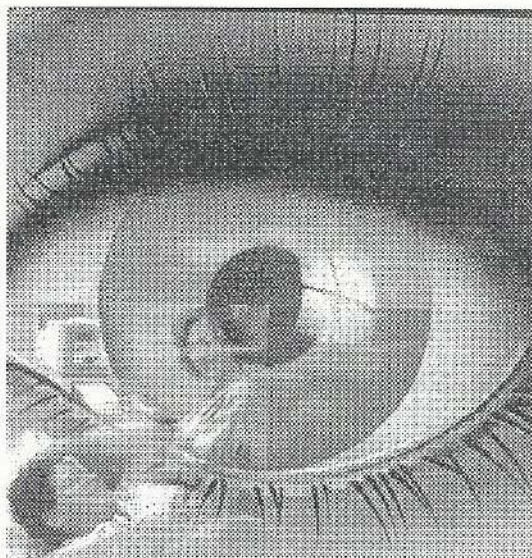


BIBLIOGRAFIA

1. HERNÁNDEZ CONESA, J.: Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. 1ª edic. Ed. Interamericana. Pag. 57-62. Madrid. 1995.
2. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.E. y CHACÓN FERRERA, R.: ¿Qué Hemos hecho por la profesión?. Jornadas Lanzarote. 1992.
3. HERNÁNDEZ CONESA, J.: Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. 1ª edic. Ed. Interamericana. Pag. 26-27. Madrid. 1995.
4. VENTOSA ESQUINALDO, F.: Historia de la Enfermería Española. 1ª edic. Ed. Ciencia 3. Madrid 1984.
5. GARRIDO ABEJAR, M.: «Los cuidados de Enfermería: Una visión antropológica» en: AAVV. Enfermería y Sociedad, 1ª edic. Ed. Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha. 1991.
6. BUXÓ I REY, M.J.: «Construir culturas profesionales». XV Sesiones de Trabajo de la AEED. Barcelona. 1994.
7. ORTEGA MARTÍNES, C. y cols.: «Reconocimiento Social de la Enfermería» en AAVV. Enfermería y Sociedad, 1ª edic. Ed. Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha. 1991.
8. CARRETERO GUTIÉRREZ, A. y Cols.: «Visión de la Enfermería por el usuario almeriense: Estudio comparativo.» XII Sesiones de Trabajo de la AEED. Toledo. 1991.
9. MANSILLA LÓPEZ, M. y Cols.: «Imagen Social de la Enfermería en Ciudad Real». XII Sesiones de Trabajo de la AEED. Toledo. 1991.
10. GARRIDO ABEJAR, M. y cols.: «Apuntes sobre la Imagen Disciplinar». Sesiones de Trabajo de la AEED. Sevilla. 1992.

IMAGEN DE LA ENFERMERÍA EN LOS ESCOLARES



Elvira Cobas Couto
M^a Jesús Movilla Fernández
Nuria Varela Feal
Dolores Romero Martín
Juan Fernández Méndez
Mercedes Cabanas Polo

Escuela Universitaria de Enfermería de Ferrol

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento social de la Enfermería como una profesión con capacidad de ofertar un servicio propio, es uno de los objetivos que hoy pretende alcanzar la Enfermería.

Este objetivo, será alcanzable siempre y cuando la Enfermería sea capaz de representarse a sí misma, así como a la labor que realiza, ante las personas a las que cuida, ante otros profesionales, y ante el público general.

El problema de reconocimiento e identificación del rol enfermero, nace sobre infinidad de factores causales, que no son hoy objeto de nuestro estudio, y sobre los que ya se ha teorizado enormemente.

Nuestra pretensión, se remonta en el tiempo para intentar vislumbrar el problema en sus orígenes y es así, como hemos intentado estudiar la imagen de la Enfermería en los escolares.

Pese a la juventud de nuestra población, de todos es sabido que los cuidados, y en general los aspectos relacionados con la salud, entran a formar parte de los juegos de los niños desde muy tempranas edades y aunque este tipo de juegos tienen también otras connotaciones de descubrimiento de los propios cuerpos y del otro sexo, no debemos olvidar que con ellos, comienza también la diferenciación de los dos roles profesionales: el del médico y el de la enfermera, situación que se ve favorecida por el proceso de socialización mediante el que el niño va asimilando las imágenes que los adultos le transmiten.

A la luz de todo lo expuesto y como ya les he adelantado, nuestro objetivo ha sido el de descubrir cual es la imagen que los escolares de 12 a 15 años poseen de la Enfermería, en aras de identificar o descartar

posibles grupos de intervención que nos permitan aportar nuestro grano de arena, en la resolución de este déficit existencial de nuestra profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Emprender este estudio, nos resultó tanto más difícil cuanto más avanzábamos en la revisión bibliográfica del tema, dada la escasez -que no ausencia- de estudios de este tipo.

Fue por ello que nos vimos en la necesidad de crear, junto con profesionales de la psicología, un cuestionario estandarizado para la recogida de datos: un cuestionario de elaboración propia con preguntas abiertas y cerradas.

Además de la recogida de datos en nuestro cuestionario, les ofertamos la posibilidad de realizar un dibujo que reflejase lo que ellos consideraban que era el trabajo de una enfermera. Los dibujos realizados, fueron analizados por varios psicólogos, utilizando técnicas de proyección gráfica.

La población en estudio, fueron los niños de 7º y 8º de E.G.B., así como los de 1º y 2º de E.S.O., de los dos colegios que hay en el barrio ferrolano de Esteiro.

Las variables estudiadas, fueron el sexo, la edad, el colegio, el curso, la profesión y la edad de los padres, y se le realizaron diversas preguntas en relación con su estancia en el sistema sanitario.

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS, y ello fue lo que nos permitió obtener gran parte de nuestros resultados.

Sin el ánimo ahora de exponerles todos los resultados obtenidos, paso a ofrecerles los más relevantes, que pudieren influir en el objetivo de nuestro estudio.

RESULTADOS

En un intento de describirles la población estudiada, les diré que contestaron nuestro cuestionario 157 niños, constituyendo un colectivo homogéneo en cuanto al sexo y la edad.

Las profesiones que con mayor frecuencia se observaron en los padres de los niños fueron: amas de casa, técnicos profesionales y autónomos en el caso de las madres, mientras que entre los padres, se observó un elevado porcentaje de profesionales de las fuerzas armadas, lo que no hace sino evidenciar la fuerte tradición militar que desde hace muchos años acompaña a la ciudad de Ferrol.

Le siguieron de cerca el grupo de los obreros con y sin cualificación y los trabajadores de servicios.

Si bien debo decir, que en un primer momento pensamos que la profesión de los padres determinaría la identificación de la enfermera por parte de los niños, el análisis estadístico de los datos, demostró que las diferencias encontradas en sus respuestas no eran significativas, al menos para una población de este tamaño.

Lo que sí desearíamos reseñar, es el grupo de profesionales técnicos (entre los que se incluyen tanto los de grado medio como superior) que hay entre los 'padres de los niños, por la repercusión que -a criterio de los psicólogos- esta variable ejerció en la identificación del rol enfermero por parte de los niños, aunque en nuestro estudio no pudimos obtener una significación estadística que corroborase esta hipótesis.

Todos los niños estudiados, estuvieron en alguna ocasión en una consulta o en un hospital, y la mayor parte de ellos manifestó haber sido atendido en algún momento por una enfermera. De éstos, más de la mitad identificaron bien su función.

El sexo o la edad de los niños, así como los hechos, situaciones u objetos que más les hayan gustado o disgustado a su paso por el sistema sanitario, tampoco influyeron en el reconocimiento de la labor de la enfermera, ni tan siquiera en aquellos niños, a los que no les gustó nada.

Lo que sí condicionó sus respuestas fueron las edades de los padres, en tanto que a mayor edad de los padres o a menor edad de las madres, los niños identificaron mejor la función de la enfermera.

Otra variable que influyó en esta identificación, fue el haber estudiado en el colegio que siendo de carácter privado, tiene un convenio con Educación, lo que pensamos es probable que se deba al mayor nivel

socio-cultural y posiblemente también económico de los padres de estos niños. Claro, que a la luz de este resultado habría que considerar la privacidad o no de la asistencia sanitaria que estos niños recibieron en su infancia.

Se evidenció igualmente, que los niños que manifestaron haber sido atendidos en alguna ocasión por una enfermera, reconocían mejor sus funciones, lo que nos encantaría achacar a la intervención de la enfermería.

Para no extenderme demasiado en lo relativo al reconocimiento de funciones enfermeras, les diré que básicamente nos identifican como ayudantes de médicos, luego como personas que atendemos a enfermos y como ejecutoras de técnicas.

Sin embargo a la hora de diferenciarnos de los médicos, señalan la disparidad de funciones a realizar, luego la vestimenta y tercer lugar la subordinación a los facultativos, aunque no quisiera obviar el tono peyorativo con que se expresaron algunos niños a este respecto. Debo decir, que ni la profesión, ni la edad de los padres ni la de los niños, ni el sexo o el hecho de conocer a algún enfermero condicionaron el modo en que los niños diferenciaron a los sanitarios.

Por último, decirles que en general no manifestaron tener preferencia por recibir la atención de un enfermero o de una enfermera, aunque muchos manifestaban que si en alguna ocasión pudiesen elegir, elegirían a alguien de su mismo sexo, como decían un par de niños... "por si había que enseñar algo..."

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La verdad, es que dado la poca información que pudimos conseguir relativa a este tipo de trabajos, queremos hacer una especial mención a Amezcua de Granada, por cuanto pudimos comparar algunos de nuestros resultados. Al igual que en su trabajo, los dibujos de nuestros niños relacionaron en repetidas ocasiones la imagen de la enfermera con la del celador, lo que es probablemente atribuible a la tradicional figura

También ha sido frecuente la equiparación de técnicas al trabajo enfermero, sin embargo, nuestros niños sólo identifican el inyectable (sólo hubo un caso) y la toma de temperatura y no los vendajes, por ejemplo, al que sólo se refirió un niño.

Esta identificación masiva del inyectable, se ve amparada por el informe psicológico que indica el miedo atroz que los niños sienten hacia el inyectable, como se ha ido observando en los dibujos que hicieron, no sólo por el número de veces que han aparecido en ellos, sino también por su desmesurado tamaño.

Es importante aclarar que si bien en nuestro estudio no aparecieron más datos correlacionados, mantenemos nuestra sospecha de que sí existen, en tanto que es posible que esto se deba al tamaño poblacional.

CONCLUSIONES

A la luz del análisis y la discusión de los resultados, hemos concluido en que entre los 11 y los 15 años de edad, existe ya una figura de la enfermera en la mente de los niños, aunque ésta no se adapte a los cánones de la realidad.

Claro que podríamos preguntarnos cuál es la realidad que ellos conocen y no quisiera obviar al decir esto, la situación actual de la enfermería gallega, en tanto que la mayoría de los enfermeros de nuestra comunidad no reconocen aún sus funciones propias y por tanto no las asumen.

Consideramos que es enormemente difícil vender a la población un producto que el mercado no oferta. Sin embargo la Reorientación de la Atención Primaria que está teniendo lugar estos días en nuestra comunidad, viene a dar uno de los pasos más importantes para iniciar esta singladura.

A ello se unen pequeñas iniciativas desde algunas direcciones de Enfermería tanto del sistema especializado, del primario como de algunas escuelas de Enfermería, para formar profesionales con una conciencia diferente a la tradicional figura del técnico subordinado y que facilite y lleve a delante el cambio que la Enfermería pide a voz en grito.

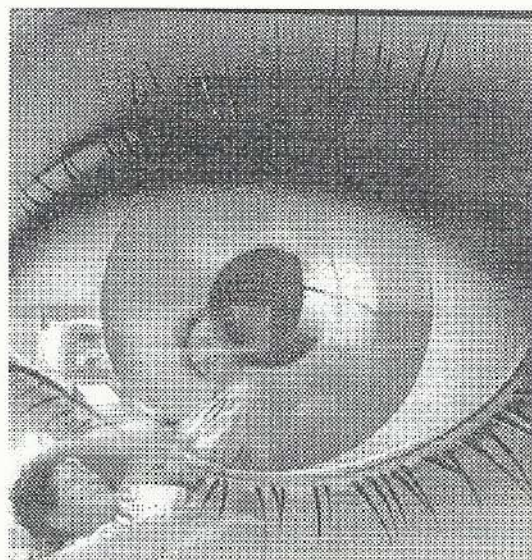
Por nuestra parte, y centrándonos en el estudio realizado, si bien por un lado hemos descubierto las carencias de nuestro método a la hora de extraer los resultados, también hemos abierto dos caminos: el del acceso a los grupos escolares tanto para futuras evaluaciones como para intervenciones de marketing enfermero, como el del ánimo que todos necesitamos para seguir trabajando en estos temas que todo el mundo cree tan alejados de la Enfermería.

Para acabar, sólo quisiera dejar una frase en el aire, una frase que nosotros hemos consensuado podría resumir la importancia de la imagen de la Enfermería.

”¿COMPRARÍA USTED ALGO EN UN EMBASE OPACO Y SIN ETIQUETA?”.

A Vds. se la dedicamos. El que sea aplicable a nuestra profesión, sólo depende de todos nosotros.

ENFERMERIA: AUTOPERCEPCION PROFESIONAL Y SOCIAL



**Esteban Fernández, M. A.
Pollán Rufo, M.
Santos Laraña, M. A.
Notivol Tejero, P.**

*Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad Pública de Navarra*

INTRODUCCION

En la imagen profesional que se proyecta y en el trabajo desempeñado tienen significación la consideración social, el contexto organizacional horizontal y vertical que vivencian los trabajadores (que contribuye a la calidad y satisfacción laboral) y la propia percepción que el profesional tiene de su rol.

La propia personalidad es a veces incompatible con las expectativas inherentes al rol que a uno mismo le ha sido asignado. Cuando surgen conflictos entre las personas y el rol, se produce una tensión entre la propia personalidad y las actitudes o las expectativas que corresponden a dicho rol. Existen igualmente conflictos entre roles que originan la tensión procedente de expectativas contradictorias acerca del desempeño de una actividad.

A estos factores que matizan una atribución real del rol profesional se suman las relaciones socio-laborales que pueden desdibujar la relación subyacente entre las actitudes y/o la realidad de la acción. La representación de roles influye en las actitudes. Si entendemos por rol el conjunto de acciones prescriptivas, las formas de conducta que esperamos de los que ocupan un lugar social específico, no podemos evitar que el rol o desempeño del papel profesional, esté sujeto a controversias. Por un lado, las subyacentes al binomio formación-actividad; por otro, el status socio-laboral que condiciona piezas claves como salario, responsabilidad, promoción, cargos en las instituciones etc.

De las posibilidades de promoción y del reconocimiento de la profesión dependerá en gran medida la satisfacción y la relación -comunicación, colaboración- entre profesionales de niveles iguales o semejantes (comunicación horizontal) y con otros miembros de nivel jerárquico diferente del suyo (comunicación vertical).

Finalmente, otra característica destacable en la interpretación de la atribución social de la que es objeto el profesional es la generalización excesiva -estereotipos- que influye en los juicios previos -prejuicios-. Las ideas preconcebidas inclinan la percepción social acerca del comportamiento de la persona. En esta forma de percepción juegan un papel relevante dinero, poder y prestigio, contribuyendo a racionalizar el criterio de desigualdad.

Partiendo de estas consideraciones previas, nuestro **OBJETIVO** es indagar y profundizar en la autoimagen que en sentido amplio percibe e interpreta la enfermera; es decir, advertir que imagen tiene la enfermera de sí misma y que traducción realiza sobre la imagen que refleja en su entorno. Para ello y como abordaje metodológico del trabajo nos hemos servido de la problemática derivada de su especificidad profesional.

MATERIAL Y METODOS

Población: Se considera el colectivo de profesionales de Enfermería colegiados en Navarra. Número: 3.300 personas.

Muestra: Se extrae al azar mediante el método de conglomerados, combinando en su diseño los criterios: Centro público/privado, Atención Primaria/Hospitalaria y Zonificación Sanitaria.

Se asume un nivel de confianza del 95% con una previsión de muerte experimental del 10%, admitiendo una imprecisión en la estimación del 3%. La muestra invitada resulta: $n = 347$.

Obtención y análisis de los datos: Se realizó mediante encuesta con escala tipo Lickert.

Variables utilizadas: datos generales, reconocimiento profesional, equipo de trabajo, relaciones establecidas, participación, satisfacción, promoción, características profesionales, capacitación profesional y dificultades entre otras.

Los datos fueron valorados utilizando una técnica descriptiva mediante el cálculo de porcentajes.

RESULTADOS

Como enfermero/a percibe su trabajo igual de importante que el desarrollado por otros profesionales de la salud (54,1%). Sin embargo, sólo un 16,7%

estimaron que se da la misma valoración por parte de la administración, considerando que ésta lo valora como menos importante (63,9%). (Tabla 1).

Juzgaron como bastante la relación mantenida entre ellos y otros profesionales de la salud de acuerdo a los siguientes porcentajes: personal auxiliar 76'4%, personal médico 60'7%, asistentes sociales 33'1%, apoyos 17%. (Tabla 2).

El trabajo en equipo fue valorado como muy importante con su equipo/unidad en el 83'60%, con todos los profesionales del centro en el 59%, con otros profesionales del ámbito de la asistencia sanitaria en un 48'5%, con los Organos de Dirección en un 35'4% y con otras entidades en un 20'3%. (Tabla 3).

Las reuniones de trabajo fueron muy estimadas en un 91,1% con objetivos de organización, 89'5% para coordinación, 83% para intercambio y 90,2% para formación. (Tabla 4).

Las dos razones por orden de preferencia y en primera opción que implican existencia de un espíritu de trabajo en los centros según los encuestados fueron: planificación conjunta de objetivos 40'7%, organización conjunta sobre medios y métodos 36'4%, un sistema de trabajo uniforme 6'2%, ejecución en base a protocolos establecidos 3'9% y evaluación conjunta del trabajo desarrollado 2'3%. (Tabla 5).

El 48'9% de los profesionales encuestados no se sentía satisfecho con sus condiciones de trabajo; el 32'5% si lo estaba. La estabilidad en el trabajo 40,3% y el trabajo en equipo 23,6% se estimaron como factores más satisfactorios para su desarrollo profesional. (Tabla 6).

Un 82'3% de los enfermeros percibían estar preparados para asumir responsabilidades propias a nivel personal; a nivel profesional un 77'4%.

Los aspectos que proporcionaban mayor seguridad eran: dominio técnico 48'2%, relaciones humanas (paciente/familia) 18%, conocimientos teóricos 7'5%, comunicación con otros profesionales 7'2% y trabajo en equipo 6'2%.

Los elementos (recursos o factores) más necesarios para desarrollar su trabajo correspondieron a: saber trabajar en equipo 78%, creatividad 73'1%, y dinamismo 71'5% entre otros. Fueron valorados en último término el dominio de técnicas de estudio y trabajo 65,2%, la empatía 56,1% y los conocimientos curriculares 45,6%. (Tabla 7).

El 58,7% de los profesionales de enfermería no habían accedido nunca a un cargo de responsabilidad; el 34,4% si. Además tan sólo un 17,7% juzgaban que ello era una meta importante, aduciendo como principales motivos, y en primera opción, para ejercer estos cargos el aumento de ingresos 8,2%, mejor horario 5,9%, prestigio profesional 2,6% y posibilidad de formación 1,3%. (Tabla 8).

DISCUSION

La aceptación del rol profesional que desempeña está en la mayor parte de los encuestados asumido como igual de importante, desde el ámbito laboral, que el desarrollado por otros profesionales y, en consonancia, con sus expectativas. Aspecto corroborado por autores como Peiró (1993, 1990); Maslow (1970); Alderfer (1972).

Sin embargo, la enfermera interpreta que esta contribución no es reconocida en toda su magnitud por el entorno y fundamentalmente por la administración y la sociedad. En estas distintas percepciones acerca de la importancia que tiene su rol creemos que intervienen entre otros criterios la escasa responsabilidad en el diseño global del proceso asistencial y el desempeño de una actuación secundaria en la dirección del mismo. Saranson *et al* 1986; Walpin *et al* 1991; Cohen y Wills 1985.

Este esquema de atribución asumido por las profesionales de enfermería mantiene un cierto paralelismo con la dinámica laboral de la institución. Y así entienden que, su trabajo es menos valorado por la dirección, los profesionales del centro de niveles superiores y en su equipo/servicio y/o unidad por el nivel superior de los restantes miembros. Peiró (1990 y 1993); Boltaina (1995). *Opus cit.*

Está igualmente confirmada la relación existente entre promoción y/o puestos de responsabilidad desempeñados y el nivel de satisfacción en los profesionales de enfermería. Son pocos los puestos de promoción relacionados con la actividad, formación, años de trabajo, así como la retribución económica y el incremento en el nivel de satisfacción. No existe una relación directa entre las variables y la promoción laboral en el indicador de satisfacción. La formación permanente o continuada que en otros colectivos contribuye a la mejora en los puestos de trabajo, no se halla incluida dentro de la carrera profesional de este grupo de trabajado-

res/as siendo éste, otro de los obstáculos en la percepción social-personal del colectivo. En líneas generales esta aserción se ve reforzada por la motivación profesional que los encuestados conceden al desempeño de cargos (prestigio profesional- prestigio social). Se da más importancia a la seguridad en el puesto, al estar sometido a presión (necesidad de seguridad) a la oportunidad de ayudar a los demás (necesidad de estima) y a poder estrechar lazos de amistad (necesidad social) cuando se desempeña un puesto/cargo en la organización; pero cuando no se posee cargo alguno se da más importancia a la necesidad de seguridad a través de un salario satisfactorio. De Diego (1995); Maslow (1970), *opus cit.*.

De los resultados obtenidos se deduce que algunos de los factores que influyen en la satisfacción laboral vivenciada por las/os profesionales de enfermería, están determinados por la organización vertical de las instituciones y su tamaño. Peiró (1990); Fazio (1990). El tamaño de la institución vertical interviene en el nivel de satisfacción debido a las dificultades que conlleva establecer relaciones interpersonales adecuadas, y la escasa incidencia en la toma de decisiones.

Sigue vivenciándose como equipo básico de trabajo el tándem auxiliar/enfermera. Las relaciones laborales también se mantienen frecuentemente con el médico aunque consideramos que dicha relación más parece fruto de comunicaciones puntuales entre ellos que de un verdadero espíritu de equipo. Las relaciones con otros profesionales son mucho más esporádicas y tampoco se asumen como tal. Este aserto parece ratificarse cuando las dos razones que esgrimen como más importantes para la existencia de un trabajo en equipo son la planificación conjunta de objetivos y la organización conjunta sobre medios y métodos. Sin embargo, únicamente un 3'9% valora la ejecución a base de protocolos establecidos y su evaluación.

Así, el profesional de enfermería participa de relaciones laborales estables y equilibradas con colectivos auxiliares, manteniendo la estructura organizacional vertical. Peiró (1993) *opus cit.* Los grupos profesionales con los que incrementa su relación son los de rango inmediatamente superior e inmediatamente inferior, con un claro incremento hacia niveles inferiores. Eagly y Wood (1991).

La eficacia del trabajo en equipo como indicador de satisfacción laboral está por otro lado sometido a ciertas contradicciones en cuanto a las condiciones personales -actitudes- para ponerlas en práctica y el nivel

de preparación (formación) o sintonía con grupos (empatía) para llevarse a cabo. Tal y como se evidencia en la jerarquización de las exigencias expresadas por los profesionales para ser eficaz en técnicas grupales.

Por último observamos una ambivalencia profesional y social de las enfermeras/as que aman su profesión, que se sienten preparados/as para ejercerla, pero que no les satisface por sus condicionantes implícitos y más solapados. Este mundo contradictorio de sentimientos y sensaciones, vivencias y realidades se sufre ciertamente por estos profesionales y esto afecta fuertemente a su autoestima.

“Se imagina lo que se desea, se quiere lo que se imagina y al fin se crea lo que se quiere”

Bernard Shaw.

BIBLIOGRAFIA

1. Alderfer, C.P. (1972). Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational setting. New York: Free Press.
2. Benedito, M.; Cava, J.M. (1995). Comunicación y satisfacción laboral. En procesos psicosociales básicos y grupales. Cop. Sanchez, C. Ullan, A.M. Elidena. Salamanca.
3. Boltaina, J. (1995). La política de gestión de los RRHH en la administración pública española para el periodo (1995-1997). AEDIPE. Marzo, 38-45.
4. Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the Buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98 (310-357).
5. De Diego, V.R. (1995). Actitudes de las enfermeras y su participación en las tareas hospitalarias de supervisión. En: Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de Recursos Humanos y nuevas tecnologías. Compiladores, González, L.; De la Torre, A.; De Elena, J.. Eudema. Salamanca.
6. Eagly, A.H.; Wood, W. (1991). Explaining sex differences in social behavior: A meta-analytic perspective. Personality and Social Psychology Bulletin. 17, 306-315.
7. Fazio, R.H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior. The MODE model as an integrative framework. San Diego, C.A: Academic Press.
8. Goldhaber, G.M. (1977). Organizational communication. Dubuque. Iowa: W.M. C. Brown co. Publ.
9. Maslow, A.H. (1970) Motivation and personality. New York: Harper.
10. Peiró, J.M. (1993) Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudena.

11. Peiró, J.M. (1990). El desarrollo de la carrera en la organización. En peiró, J.M. Psicología de la organización. Madrid UNED, 375-393.
12. Peiró, J.M. (1984). Psicología de la organización, Madrid: UNED (2v.)
13. Saranson, I. G.; Saranson, B.R. y Sherin, E.N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. Journal of Personality and Social Psychology, 50. (845-855).
14. Walpin, J.; Burke, R.J. y Greenclass, E.R. (1991). Is Job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological Bunout: Human Relations, 44, 2, 193-209.

TABLAS

TABLA 1. Valoración de su trabajo con respecto a otros profesionales de la salud

	Igual importante.	Más importante	Menos importante
Enfermera	54'1%	25'9%	7'5%
Administración	16'75	3'0%	63'9%
Sociedad	32'1%	8'2%	44'3%
Familia	39'0%	17'4%	25'6%

TABLA 2: Relaciones profesionales

	Bastante	Poca	Ninguna
Auxiliar	76'4%	6'2%	5'2%
Médico	60'7%	28'9%	1'3%
Asistente Social	33'1%	35'9	9'5
Apoyos	17'0%	38'0%	22'0%

TABLA 3. Valoración del trabajo en conjunto

VALORACION CON/ IMPORTANCIA	Mucha	poca
Equipo/unidad	83'6%	5'9%
Profesionales centro	59'0%	28'6%
Otros profesionales Sanidad	48'5%	37'7%
Organos Dirección	35'4%	51'8%
Otras entidades	20'3%	57'4%

TABLA 4: Importancia a reuniones en el trabajo

REUNIONES/IMPORTANCIA	Si	No
Organizacion	91'1%	1'0%
Trabajo	90'2%	1'3%
Formacion	90'2%	0'7%
Coordinacion	89'5%	2'3%
Intercambio	83%	2'3%

TABLA 5: Razones existencia espíritu de trabajo

RAZONES/PREFERENCIA	1° Opción	2° Opción
Planificación conjunta de los objetivos	40'7%	15'7%
Organización conjunta sobre medios y métodos	36'4%	17'4%
Un sistema de trabajo uniforme	6'2%	16'1%
Ejecución en base a protocolos establecidos	3'9%	14'1
Evaluación conjunta del trabajo desarrollado	2'3%	25'6%

TABLA 6: Factores de satisfacción

FACTORES SATISFACCIÓN	1° Opción	2° Opción
Estabilidad	40'3%	17'4%
Trabajo equipo	23'6%	18'7%
Horario	9'5%	4'9%
Salario	4'5%	6'9%
Vacaciones	2'6%	4'3%
Coordinación centro	1'3%	3'6%
Apoyo Administración	1'3%	0'0%
Actividades Formación	0'3%	3'0%
Cercanía domicilio	0'3%	7'5%

TABLA 7: Importancia aspectos necesarios en los profesionales

ASPECTOS/IMPORTANCIA	Mucha	Poca
Saber trabajar en equipo	78'0%	5'2%
Creatividad	73'1%	6'6%
Dinamismo	71'5%	7'9%
Conocimientos Psicología	68'2%	11'5%
Buen humor	67'2%	12'5%
Dominar técnicas estudio y trabajo.	65'2%	9'8%
Empatía	56'1%	13'4%
Conocimientos Curriculares	45'6%	26'2%

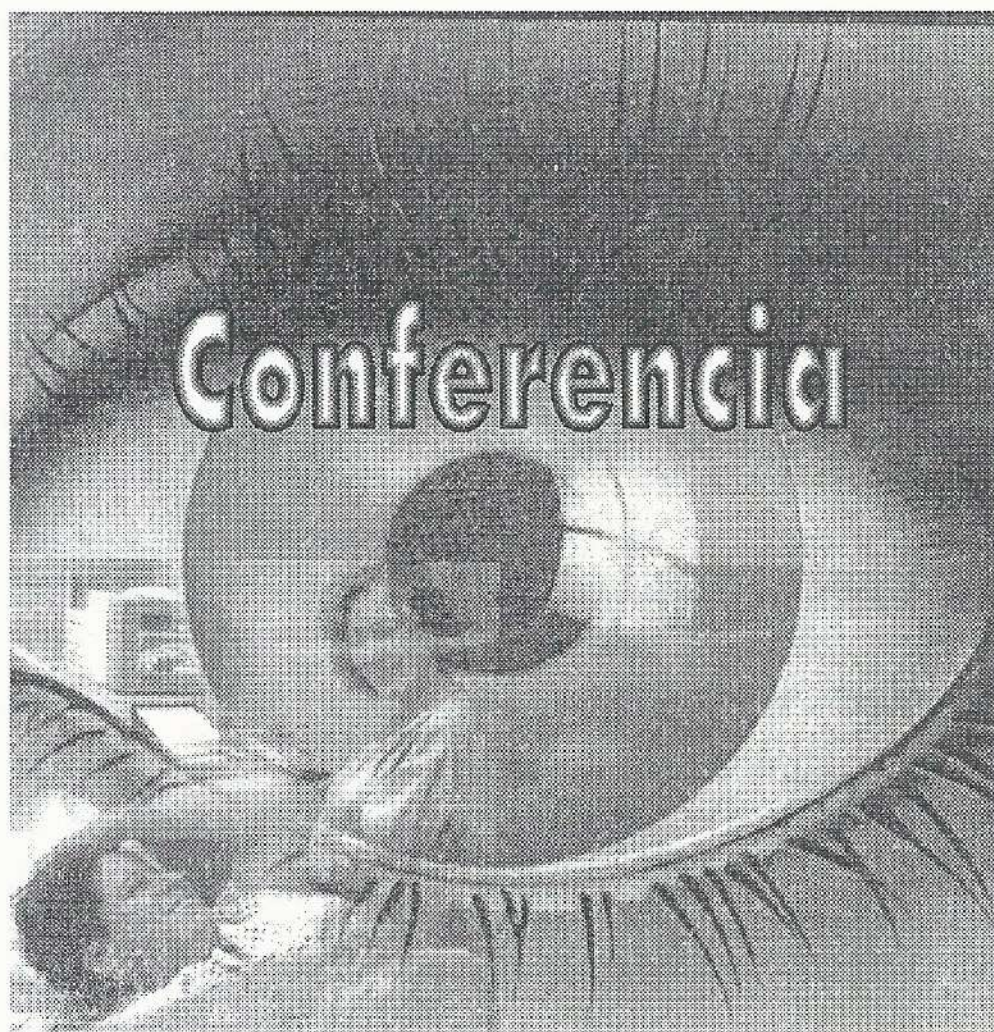
TABLA 8: Motivaciones para desempeñar cargos de responsabilidad

MOTIVACION/ IMPORTANCIA	1° Opción	2° Opción
Aumento ingresos	8'2%	1'0%
Mejor horario	5'9%	-----
Prestigio profesional	2'6%	7'5%
Posibilidad formación	1'3%	5'9%
Prestigio social	-----	1%



la
evolución
de una imagen

LA EVOLUCIÓN DE LA IMAGEN ENFERMERA DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD



Ricard Gutiérrez Martí

*Director General del Instituto Municipal de Asistencia
Ayuntamiento de Barcelona*

A. REFLEXIONES PREVIAS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

a) **El Sistema Nacional de Salud** con cobertura universal y aseguramiento único, tiene una historia propia caracterizada por ser la suma de diecisiete servicios regionales de salud, en este momento siete con competencias transferidas; (1981 Cataluña, 1984 Andalucía, 1988 País Vasco y Valencia, 1991 Navarra y Galicia y 1994 Canarias) que suponen el 61% del gasto sanitario y 10 no transferidos que suponen el 39% del gasto sanitario; y con un instrumento, el Consejo Interterritorial, como elemento coordinador.

b) **El Sistema Nacional de Salud es el gran empleador de los profesionales sanitarios** de este país; aproximadamente el sector sanitario emplea a 300.000 personas, de las cuales 225.000 están en el Sistema Nacional de Salud y más del 50% con profesionales de enfermería.

c) Es un Sistema de Salud con una de las coberturas más completas del mundo en cuanto a prestaciones sanitarias. Precisamente, para reconocer este derecho subjetivo del ciudadano español, se aprobó el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, más conocido como Catálogo de Prestaciones, que garantiza la existencia de las mismas.

d) **Es un sistema con unos resultados más que satisfactorios** que, tanto si los medimos a través de los clásicos indicadores de salud de la población; esperanza de vida y mortalidad infantil, cuyas cifras están entre las mejores de los países de la Unión Europea, esperanza de vida (73,2 hombres, 80,5 mujeres), mortalidad infantil (7,05%), como si los medimos por el coste económico; las 90.000 ptas./habitante/año es una cantidad muy aceptable.

e) Es un Sistema de Salud que tiene dos protagonistas, los ciudadanos con sus demandas cambiantes de salud y son los profesionales sanitarios y estos profesionales tienen un alto nivel de excelencia y son los verdaderos protagonistas, porque la sanidad es un servicio cuyo núcleo fundamental es, precisamente la atención personal, la prestación profesional al ciudadano. Por ello, cuando hablamos del alto nivel de calidad de nuestro sistema sanitario, lo que estamos haciendo es hablar de la **elevada preparación científica y calidad profesional de nuestro personal**, del alto nivel de dedicación y competencia, que se encuentran indiscutiblemente en el grupo de cabeza de la comunidad internacional.

f) Antecedentes históricos

- 1963, Ley General de Seguridad Social.
- 1977, Ministerio de Sanidad.
- 1978, Pactos de la Moncloa: INSALUD, INSS, INSERSO, INEM.
- 1978, Constitución Española, Artículo 43; derecho a la protección de la salud.
- 1986, Ley General de Sanidad. 1944 Ley de Bases de Sanidad Nacional, 1904 Instrucción General de Sanidad.

B. PREMISA

En mi opinión a partir de este momento, cualquier mejora y desarrollo de nuestro Sistema Sanitario ha de pasar, necesariamente por estos dos protagonistas, por un lado teniendo en cuenta las demandas cambiantes de los ciudadanos en materia de salud y por otro lado por la mejora y desarrollo de nuestros profesionales y contando con su colaboración y apoyo.

Hemos vivido hasta ahora una etapa de actuaciones de reforma en lo que podríamos denominar **el ámbito organizativo y de gestión de nuestro sistema sanitario** y, aunque no se ha olvidado el desarrollo de los profesionales, sí que, asentadas estas reformas, es necesario centrarse, cara al futuro, en el desarrollo de competencias y consolidación de los recursos humanos del sistema sanitario.

C. GRANDES CAMBIOS ACONTECIDOS EN LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA

a) Hace poco más de veinte años, ¿qué recursos humanos tenían, por ejemplo, los hospitales españoles?, ¿se acuerdan?: médicos por las mañanas y sin cobrar la mayoría, escaso personal de enfermería y monjas que, con una encomiable labor, intentaban sacar adelante los centros.

b) Hace poco más de veinte años, **España hizo el despegue de su red hospitalaria** gracias, por un lado, a la infraestructura cuantitativa que **creó la red de hospitales** de la Seguridad Social y, por otro lado, a todo el proceso de incorporación a la filosofía de hospital moderno que **conllevó la jerarquización y retribución de los médicos, la incorporación masiva de personal de enfermería**, la incorporación de otros titulados superiores, como los farmacéuticos, etc... el inicio de los programas MIR de formación, la incorporación de tecnología, etc.

c) **En 1985, dentro del proceso de reforma hospitalaria** (antes incluso de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986), se publicaron las Órdenes Ministeriales de 28 de febrero y de 1 de marzo, sobre los nuevos órganos de gestión en los hospitales. Y en 1987, el Real Decreto 521/87, de 5 de abril, sobre Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, establece, ya de una forma definitiva, la composición, entre otras cosas de **los órganos de dirección de los hospitales, con la creación de la figura del Director Gerente y de las tres Divisiones, al mismo nivel, Médica, de Enfermería y de Gestión de Servicios Generales**. Este hecho, la equiparación de la Dirección de Enfermería al resto de las Direcciones, ha sido fundamental, en los años posteriores, para una correcta gestión asistencial de nuestros centros; pero, también hay que decirlo, ha ayudado a cohesionar y potenciar este colectivo profesional en nuestro país. Con ello la enfermería proyecta una imagen mas profesionalizada.

d) El cambio en Atención Primaria, si cabe, ha sido aún más copernicano. A partir del ya histórico Real Decreto de Reforma de la Atención Primaria, de 11 de enero de 1984, y la puesta en marcha de los Centros de Salud y de los Equipos de Atención Primaria; la incorporación, paulatina y progresiva pero de forma importante, de los médicos

de familia y la constitución de verdaderos equipos de trabajo con el personal de enfermería, ha consolidado ya hoy en día este modelo.

Y ha dado un papel ESTELAR a las enfermeras dándoles la posibilidad de desarrollar su ROL PROPIO, dentro de un equipo multidisciplinario, proyectando de nuevo un cambio en su papel.

e) La década de los ochenta y principios de los noventa ha sido, como les comentaba antes, la de las reformas fundamentalmente organizativas y de gestión. Ha sido la etapa de palabras clave como **EFICACIA, EFICIENCIA, CALIDAD** asistencial y también, recordémoslo, de preservar y promover la **EQUIDAD**.

f) En el presente, viene la etapa de la revalorización de los profesionales, de intentar romper **falsos igualitarismos**, de intentar romper **estrechos corsés** que no dejan excesivos márgenes de actuación. Ahora viene la etapa de la cultura de la **participación, de la corresponsabilidad**, del asumir riesgos y sus consecuencias, de ser verdaderamente coprotagonistas de la realidad asistencial y del futuro sanitario de este país.

D. LOS GRANDES TEMAS DEL PRESENTE Y DEL FUTURO INMEDIATO

Entre otros, algunos grandes temas del presente y del futuro inmediato que me gustaría comentar hoy aquí serían la carrera profesional, la reacreditación profesional y la participación de los profesionales. Durante muchos años en enfermería su única forma de progreso profesional era a través de la gestión o bien de la enseñanza, quedando un vacío en el campo asistencial donde hemos perdido enfermeras muy competentes por falta de reconocimiento profesional, que ha contribuido a la desmotivación y poca implicación de este colectivo.

Todo el mundo habla hoy de la carrera profesional y voy a referirme al caso de enfermería, que nos servirá como hilo conductor de lo que quiero exponerles.

Y, ¿qué tenemos?, desde los 70 existe una carrera profesional que se instauró con la Jerarquización hospitalaria, formada por Supervisoras, Jefes de Área y Adjuntas, etc...

Lo que pasa es que es una carrera:

1. Ligada al desempeño administrativo del cargo.
2. Que, con los años, ha devenido excesivamente vertical y cerrada, aunque numerosos hospitales la han flexibilizado con otras figuras.
3. Y que, con el desarrollo hospitalario, ha quedado pequeña para dar cabida a la expectativa de muchos profesionales.

Ante esta situación, un posible camino de avance podría tener en cuenta, entre otros, los siguientes elementos:

1. Separación de lo que es desempeño administrativo de un cargo de la categoría profesional.
2. Dibujar un marco general a nivel estatal para todo el Sistema Nacional de Salud de evaluación de competencias acreditando y reacreditando a los profesionales sanitarios. Sería con carácter voluntario y podría gestionarse e instrumentarse a nivel autonómico y podría contemplar, por ejemplo, tres niveles a lo largo de la vida profesional, podría abarcar a los profesionales que ejerzan tanto en la Sanidad Pública como en la Privada. (¿quién lo haría? ¿para qué?. ¿Quién podría hacer esta acreditación profesional?. Nuestra idea es que en este organismo podrían estar presentes todas las partes implicadas (médicos y Enfermeras desde la Administración a las diferentes Corporaciones Profesionales. Sociedades Científicas, etc.; lo importante del mismo sería que ofreciese el máximo de credibilidad a todos los profesionales.

Pensamos que esta acreditación y reacreditación profesional, a los primeros que puede interesar es a los propios profesionales sanitarios porque de esta manera demuestran ante la sociedad que tienen, en todos los momentos de su larga trayectoria profesional, el máximo de conocimientos científicos y técnicos para poder realizar su labor al máximo nivel; pero también interesa a la Administración, tanto en cuanto es una garantía de la calidad asistencial de sus profesionales; y también a los ciudadanos, en general, por cuanto son los receptores de la asistencia sanitaria.

3. Esto enlazaría y se coordinaría con **la carrera profesional** «sensu estricto» que puede tener un desarrollo diferente en cada Comunidad Autónoma, aunque las diferencias en la práctica tampoco serían tantas, pues casi todo está inventado: cuando se determinan los diferentes niveles de carrera profesional, que oscilan en tres, cuatro o cinco, siempre se valoran los mismos elementos (edad de la persona, años en un puesto determinado, conocimientos, méritos, etc.) y les diría más, puede tener unas adaptaciones peculiares y singulares, dependiendo del hospital en concreto.
4. Y todo esto, además, consiguiendo la participación de los profesionales, que es una necesidad ineludible, pero que es el gran reto para el conjunto del Sistema, pues supone una búsqueda constante de diferentes fórmulas y métodos **que concilien las culturas clínica y de gestión**, porque no se trata de convertir a los profesionales **sanitarios en gestores, sino de implicarlos en la gestión cotidiana**.

Si gestionar quiere decir coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir los objetivos de ésta o si se quiere «hacer cosas, mediante personas», cuanto mayor es la autonomía profesional, menor es la autoridad de la gerencia.

En Sanidad se pueden distinguir tres tipos de gestión:

- La macrogestión sanitaria: política sanitaria
- La mesogestión sanitaria: gestión de los centros.
- La microgestión sanitaria; gestión clínica, que es donde se decide la asignación de la mayor parte de los recursos sanitarios del día a día.

Los profesionales sanitarios son los protagonistas, por tanto, de la gestión clínica y, a través de ella, tiene que conseguirse su implicación en la gestión de los centros. Sin olvidar que participar quiere decir abrir y tener siempre cauces permanentes de diálogo. Porque la única política posible, a mi modo de ver, para hacer avanzar nuestro Sistema Sanitario, es la de la **colaboración** con los profesionales sanitarios, nunca la de la **confrontación**.

E. ALGUNOS TEMAS PENDIENTES

1. Desarrollo del R.D. 992/1987 de 3 de febrero sobre especialidades de enfermería.
2. Licenciatura en enfermería
3. Necesidad de una Ley de Funciones
4. Desajuste entre la oferta formativa y las necesidades asistenciales.

F. CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONOMICO

El sector sanitario es especial y complejo desde el punto de vista económico y, en este sentido, quisiera resaltarles las siguientes características:

1. Es un sector en el que los avances tecnológicos no tienen como efecto disminuir los costes, antes al contrario, los incrementa, pues exigen más personal o, al menos, personal con una formación más especializada.
2. Es un sector con demanda ilimitada pues es la propia oferta la que genera la demanda, que también se ve incrementada mediante el aumento de los niveles de exigencia que, cuantitativa y cualitativamente produce el aumento del nivel cultural y económico de los ciudadanos y usuarios y el fenómeno general de envejecimiento de la población.
3. Es un sector que no se autorregula en el gasto, que no puede autorregularse en la medida en que quien elige la prestación, el profesional, no es el que hace uso de ella, y éste, el consumidor, el usuario, no es el que paga, ya que quien aúne el coste es el financiador del sistema.

G. ALGUNAS CONCLUSIONES

En este mundo complejo que acabo de esbozar, nunca deberíamos olvidar que el principal activo y la mejor garantía de futuro del Sistema Nacional de Salud son sus profesionales y entre ellos, sin duda alguna, la enfermería.

Las profesiones sanitarias encuentran su **razón de ser en el hecho de que atiendan y resuelvan los problemas de salud de los ciudadanos**. Cada vez con mejor atención, mayor calidad y eficacia. Nunca tienen sentido por sí mismas.

Muchas de las situaciones conflictivas a las que nos enfrentamos tienen su base en que a veces perdemos la perspectiva de utilidad social, pero la enfermería tiene este hecho bien presente y difícilmente se puede apartar de él, porque, a pesar de la tecnología que hoy es necesaria en Sanidad, su esencia es y sigue siendo, el cuidado de las personas. **Esto requiere trabajar con personas con un alto nivel de calidad humana y profesional, que son la base del progreso de las instituciones.**

Además enfermería será realmente reconocida cuando sea capaz de definir su modelo propio, su cartera de servicios, la cuantificación de costes del servicio y la evaluación de su eficiencia y como consecuencia mayor calidad asistencial a menor coste.

Hay que decir que si algo caracteriza a la sanidad moderna frente a la de otros tiempos pasados es el papel determinante e insustituible que juega en ella la **enfermería**. Un papel que se define por las acciones y responsabilidades propias que llevan a cabo las **enfermeras** y los **enfermeros a todos los niveles de la atención sanitaria**.

Los hospitales funcionan fundamentalmente hoy día porque la enfermería organiza los cuidados de los pacientes, protocolizando la totalidad de sus acciones, diestramente resuelve por medio de distintos procedimientos la atención en quirófanos y realiza o colabora en las cada día más complejas pruebas diagnósticas.

Son actividades que hay que mantener y mejorar a través de la experiencia, el estudio y el ensayo de nuevos procedimientos. Es decir, a través del debate profesional, la formación permanente y la investigación en Enfermería.

El futuro de la enfermería no será nunca el avance tecnológico, sino su capacidad para poner éste al servicio del ser humano. No será nunca la superespecialización sino reconciliar a las personas con su condición humana. Será, en definitiva, el mismo que ha presidido siempre su quehacer a lo largo de la historia: los cuidados, el trato personal y, en

ello, la consecución de una mayor autonomía y libertad del paciente. Por eso hay que trabajar y espero que con ello se consiga un Sistema Nacional de Salud tan solidario como el actual, pero más humano aún y más personalizado.

En mi opinión los docentes y asistenciales deben asumir la responsabilidad de concretizar líneas de formación de forma que los futuros profesionales, que sientan, perciban, la realidad de la sociedad, puedan en definitiva desarrollar la actividad del cuidado conociendo la verdad del impacto en esa sociedad demandante, administrando con rigor los medios a su alcance, -tienen Vds. la obligación de formar enfermeros capaces de cubrir las expectativas expuestas, de generar profesionales seguros de poder atender las demandas generadas- el futuro está en las manos de los dos sectores: tanto en cuanto sean capaces de reflexionar y planificar los resultados obtenidos lograrán enfermeros óptimamente satisfechos, una sociedad ansiosa de sus prestaciones y una mejora indiscutible de la imagen que de ustedes tendrá el Sistema de Salud.

LA EVOLUCIÓN DE LA IMAGEN ENFERMERA DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL



Rosa M^a González Cabezas

*Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Blanquena
Barcelona*

I. INTRODUCCIÓN

Desde mi punto de vista, carece de sentido analizar ante ustedes la evolución de la imagen enfermera desde la perspectiva profesional si no es para intentar esbozar propuestas de futuro. A todos nos gusta la historia y su conocimiento es imprescindible para evaluar el presente y prepararse para el mañana. Pero lo que realmente buscamos son respuestas a los problemas inmediatos que nos rodean, en primer lugar, y, en segundo término, ideas sugestivas que permitan anticiparnos con eficacia a los problemas futuros. De hecho, esta sesión de trabajo es en sí misma una prueba de lo que quiero decir: hay algo que nos preocupa en lo que se refiere a la proyección exterior de nuestra profesión de enfermería, de lo que cabe deducir que algo todavía más importante nos inquieta sobre la naturaleza, el concepto y la aplicación práctica de nuestra profesión en el último lustro del siglo XX en el que nos encontramos actualmente.

Por lo tanto, mi reflexión quiere servir, sobre todo, a ofrecer elementos útiles para acomodar la imagen enfermera desde la perspectiva profesional a las demandas actuales y previsibles de nuestra actividad. Partiendo de la base elemental de que la imagen es la representación de la realidad, nuestro objetivo irrenunciable debe ser que aquélla no difiera de ésta última, por lo que es esencial llegar a un conocimiento racional de la realidad de nuestro entorno evolutivo, al objeto de proyectar nuestra imagen de modo que se corresponda con nuestras propias aspiraciones y, sobre todo, con plena aceptabilidad y utilidad social. Es preciso, por lo tanto, acomodar nuestras propias exigencias y ambiciones a las demandas reales y potenciales de quienes esperan algo de nosotros. De esta armonía es de donde debe nacer nuestra imagen profesional, y no de cualquier fabricación artificial que nos aparte de alguno de los dos factores, o de ambos a la vez.

Mi propuesta es tan sencilla como compleja y supongo que en gran parte es compartida por los aquí presentes, a partir de un planteamiento sumamente elemental: ¿Quiénes somos? ¿Para qué somos lo que somos?

Con franqueza, no lo sabemos muy bien. Pero no debemos inquietarnos, porque los pensadores griegos ya nos enseñaron que de la duda nace el conocimiento. Además, de esta misma duda participan la mayoría de los profesionales relacionados de un modo u otro con el servicio público: todos nos enfrentamos a cambios espectaculares en nuestro entorno cultural, económico, social y político, coincidiendo con el final del milenio.

Los formidables desafíos derivados de la nueva sociedad tecnológica y de la información también afectan a la profesión enfermera. La tecnificación y la globalización, entre otros muchos factores, influyen directamente en nuestra actividad profesional cotidiana. Pero, a diferencia de otras profesiones, la nuestra sigue operando sobre algo que forma parte de la naturaleza humana más estricta y que se remonta al principio de la vida de los individuos y los grupos sociales: me refiero, obviamente, a su bienestar personal frente a las amenazas derivadas de su propia naturaleza. En pocas palabras, a la enfermedad o la pérdida de las condiciones de salud.

Mi propuesta, como les decía, es tan elemental como compleja: llegados hasta aquí, al borde del cambio de siglo, considero que estamos obligados a romper los últimos estereotipos ligados a un concepto tradicional de nuestro oficio, con el fin de poder servir mejor a nuestra comunidad y contribuir a la mejora general de las condiciones de vida. Desde mi punto de vista, hemos de resolver y compatibilizar la vieja tradición de una concepción de la enfermería puramente vocacional, basada en la atención al prójimo y vinculada a sentimientos altruistas, religiosos y/o morales, por un lado, con una nueva idea moderna ligada al servicio a los ciudadanos, por otro. Es decir, una misión social mucho más amplia, concebida y orientada a contribuir de forma integral e interactiva al bienestar, calidad de vida y progreso de la sociedad en su conjunto, todo ello entendido como la relación armónica entre las personas y su entorno vital. Para ello, la aportación de la enfermería profesional debe producirse en colaboración con el resto de agentes que intervienen en la gestión de las condiciones de vida de los ciudadanos y que, en lo que se refiere al entorno específico de la salud, atañe a médicos, personal auxiliar y al resto de profesionales de la salud y los servi-

cios sociales. Sin olvidar, por supuesto, a los propios pacientes, clientes o usuarios de los servicios de salud, los únicos sujetos agentes y pacientes a la vez de todo este universo, así como a sus propios familiares y allegados.

Olvidada ya la desgraciada aventura terminológica de los ATS; hemos de seguir reivindicando nuestra nominación y condición de enfermeras, pero rompiendo las anclas que todavía nos unen a su sentido etimológico y reafirmando nuestro enorme potencial profesional. Debemos seguir siendo "enfermeras", efectivamente, pero sólo en la medida en que este concepto no se ciña exclusivamente a los episodios o coyunturas patológicas de los individuos, sino en función de que sepa servir y satisfacer el derecho de los seres humanos a una vida digna y placentera en su relación con el entorno, ya sea familiar, laboral, social, económico o cultural. Sólo si sabemos entender esto podremos llegar a tener una idea cabal de lo que somos y para qué servimos y, por lo tanto, cuál es la imagen que queremos y debemos construir.

II. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA IMAGEN ENFERMERA

Siendo la imagen una representación de la realidad, no es posible teorizar sobre ella sin contar con el escenario, los espectadores externos y los fenómenos que ocurren en su entorno. En este sentido, la evolución de la imagen de la enfermería es paralela y hasta subsidiaria de los cambios de todo orden operados en el planeta desde los tiempos de Florence Nightingale, a finales del siglo pasado.

La enfermería como actividad se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos, y su imagen y proyección exterior han estado vinculadas, además, al alud de acontecimientos excepcionales que ha vivido el mundo en los últimos cien años.

Sólo las devastadoras guerras que han alonado nuestro siglo darían pie para escribir un enorme tratado sobre la imagen de la enfermería y su progresivo desarrollo profesional en cada fase de la vida social y política. A título de anécdota, les recuerdo que una de las fotos más emblemáticas del siglo es la del famoso beso entre la enfermera y el marine norteamericano el día en que acabó la segunda guerra mundial. Que posteriormente se haya demostrado que fue una pose solicitada por

el fotógrafo, y no un acto espontáneo de ambos protagonistas, en nada cambia que para millones de personas una enfermera es, precisamente, aquella que aparecía “representada” en la fotografía, al lado del soldado. que en aquel momento histórico era precisamente quien más requería de sus cuidados. Naturalmente, hoy las cosas han cambiado y los centros de interés de la actividad enfermera y los propios conceptos centrales de la enfermería como disciplina han variado substancialmente, puesto que van y vienen entre los diferentes paradigmas sobre los ejes fundamentales como cuidado, persona, salud y entorno. De hecho, tales conceptos han evolucionado a través de campos de actividades como la propia práctica, formación, investigación y gestión de cuidados.

Como afirman Suzanne Kérouac y otros en su libro “El pensamiento enfermero”, “la multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos, guían siempre la evolución de las concepciones de los cuidados enfermeros”. En líneas generales, me atrevería a decir que la imagen de la enfermera ha evolucionado desde la idea de una función estrictamente asistencial o reparadora, a otra posterior en la que asume progresivamente funciones médicas delegadas y que, finalmente, le conduce de forma gradual a participar en las técnicas y tratamientos de la organización sanitaria en su conjunto y a constituirse en un agente más profesional en el universo de la salud.

Planteado de otro modo, su raíz como cuidadora que atiende reglas y consignas, con conocimientos y habilidades específicas para hacer frente a la enfermedad y suplir las carencias de las personas afectadas, ha ido derivando progresivamente hacia un nuevo modelo como miembro activo que actúa y está con las personas en la gestión de la salud. Desde el punto de vista del cuidado a la persona, que en definitiva es el objetivo último y razón de ser de nuestra existencia, podríamos decir de forma simple, si ustedes me lo permiten, que la imagen de la enfermera va y viene de su posición frente a las propias personas. Inicialmente, nuestra representación de la enfermera aparece ligada a esa figura de uniforme situada en la cabecera o a los pies de la cama de los pacientes. Posteriormente la vemos extenderse hacia otros escenarios, como laboratorios, quirófanos, etc., en los que la tecnología parece más presente que los propios pacientes. Hoy,

sin embargo, creo que su figura profesional vuelve a aparecer de nuevo estrechamente vinculada a la persona, entendida ya no como paciente sino como cliente y ciudadano con derechos. Su bagaje profesional y su formación han convertido a la enfermera en algo que va mucho más allá de su imagen tradicional de asistente de enfermos; en definitiva, en un miembro más del equipo de salud. Es decir, unos y otros, cuidadores y cuidados, han cambiado en su dimensión individual, al mismo tiempo que ha cambiado la relación que les une.

Si se fijan en las diapositivas que les voy a presentar, podremos observar en parte esta evolución.

III. APERTURA AL MUNDO

La imagen enfermera es, pues, inseparable de su evolución como disciplina y ésta ha evolucionado extraordinariamente desde la perspectiva, de sus orientaciones y conceptos centrales: el cuidado, la persona, la salud, el entorno, la práctica, la formación, la investigación y la gestión. No hemos logrado dar plena satisfacción a las exigencias de cada uno de estos conceptos, pero es requisito previo para acercarnos a ello analizar someramente en qué situación nos encontramos. Una vez más, de ello dependerá la imagen resultante de aquello que queremos construir: una profesión moderna, capaz y plenamente integrada socialmente.

Los teóricos sitúan a la enfermería en nuestros días en una fase de plena apertura al mundo, un mundo complejo y globalizado, como anteriormente he apuntado, en el que los conceptos, los métodos y las propias personas presentan una nueva dimensión. La disciplina enfermera ha evolucionado hasta aquí después de un inicio ligado estrictamente a la idea tradicional de la salud pública, que posteriormente se vuelca sobre el fenómeno de la enfermedad y la persona como individuo aislado, hasta llegar al moderno escenario actual en el que la doctrina de los derechos humanos y el progreso técnico configuran un sistema de salud basado sobre una "filosofía en la que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas". según la formulación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de los cuidados primarios, de 1978.

Parece conveniente, por tanto, examinar qué exigencias, circunstancias o ideas definen y centran esta nueva perspectiva de apertura al mundo, tan excitante como comprometida, y en qué medida estos factores contribuyen a la formulación de una imagen determinada de la enfermera desde la perspectiva profesional

CUIDADO. Desde la perspectiva del cuidado, intervenir significa hoy “estar con” la persona, acompañarla en su experiencia de salud, individualizar los cuidados y mantener una relación de colaboración entre ambos, dentro de una atmósfera de mutuo respeto en la que la enfermera crea las posibilidades de desarrollo del potencial de la persona, que a su vez también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con ella.

PERSONA. La persona debe concebirse como un todo indivisible, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define en función de su potencial y de sus propias prioridades.

SALUD. Es preciso entender la salud como un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la propia experiencia de la salud, y ésta va mucho más allá de la enfermedad, que es un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

ENTORNO. En cuanto al entorno, es necesario entenderlo como el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno sin embargo coexiste plenamente con ella, pues ambos están en constante cambio mutuo y simultáneo.

Esto en lo relativo a los conceptos centrales de la disciplina enfermera y que, como es fácil percibir, traducen una imagen muy distinta de la enfermera moderna. En cuanto al apartado de los campos concretos, la situación de la disciplina parece perfilarse con arreglo al siguiente diagnóstico:

PRACTICA. Desde un punto de vista disciplinar, la práctica de la enfermería obliga actualmente a utilizar la moderna tecnología de forma que respete los recursos disponibles y, al mismo tiempo, la dignidad del ser humano. Los conocimientos deben ser aplicados siempre en atención a una calidad de vida que tenga presente el punto de vista de las personas. Esta circunstancia avala, precisamente, la necesidad de una

dualidad persona-enfermera en la que el cuidado debe hacerse de forma global y de acuerdo con un modelo conceptual previo.

FORMACIÓN. La formación debe estar orientada sobre una base científica que permita utilizar el conocimiento propio de la disciplina de forma creativa. Las enfermeras del mañana deberán de dar prueba de madurez, autonomía y de poseer los valores, actitudes, conocimientos y habilidades intelectuales necesarios para la discusión de las prácticas corrientes y de sus crecientes responsabilidades frente a la sociedad, según la acertada expresión formulada Sakalis y Watson en 1985. Las nuevas profesionales deberán trabajar con un sentido interdisciplinar y complementariedad, y un espíritu de respeto y confianza con los restantes profesionales que trabajan en el campo de los cuidados.

INVESTIGACIÓN. El objeto general de la investigación debe extenderse a los comportamientos asociados a la salud y las experiencias de salud, utilizando diversidad de métodos para la comprensión de los diferentes fenómenos y su aplicación práctica en el ejercicio de la defensa de la calidad de vida y la prevención y cuidado de la enfermedad. Los factores cualitativos importan tanto o más que los cuantitativos.

GESTIÓN. El modelo centralizado ha dejado paso a un concepto descentralizado de la gestión de la enfermería. Es preciso aportar enfoques innovadores para un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, compatibles con la racionalidad del gasto. La filosofía de gestión debe ir orientada hacia la persona y hacia la transformación de los entornos de trabajo. En este contexto, los profesionales deben ejercer su función bajo una relación de responsabilidad y compromiso.

De esta somera exposición de la perspectiva actual de la disciplina enfermera se deduce la existencia de un nuevo perfil de la enfermera, en la medida en que se enfrenta a una nueva cultura profesional en la que se detectan cambios de mentalidad sin precedentes derivados del paradigma de la transformación. Esta es, precisamente, la base de una apertura de la ciencia enfermera en conjunto hacia el mundo, que obviamente compromete a las propias profesionales ante un cambio que sin duda repercutirá en su propia imagen hacia sí mismas y hacia el entorno social. En buena parte, dependerá de nuestra propia ambición, honestidad y lucidez profesional conseguir la imagen que se corresponda con nuestras propias aspiraciones y, sobre todo, con las exigencias de los

ciudadanos y de la comunidad en su conjunto.

En su descripción de la nueva óptica de los cuidados primarios de la salud, Fontaine escribe en 1984 que "los profesionales de la salud no poseen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, sino más bien se presentan como personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económico". Desde mi punto de vista, esta doctrina es válida para todos los agentes que intervienen en la gestión de la salud, en la medida que proyecta un nuevo esquema de valores y hasta un nuevo modelo profesional inspirado en los principios de preparación y competencia, por supuesto, pero también en los de tolerancia, espíritu abierto, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad, según palabras de Pelland (1992).

En definitiva, una posición inteligente, creativa y útil ante una sociedad cada vez más compleja y en permanente cambio.

En su nueva posición de apertura al mundo, la enfermera debe tener plena conciencia de las transformaciones que se han operado en la propia concepción del ser humano, del entorno y de la propia salud. Como se apuntaba anteriormente, las personas han empezado a asumir decididamente una responsabilidad mayor en la toma de decisiones concernientes a su educación y a su salud, incluso de forma colectiva, como puede comprobarse en los movimientos de grupos concretos como mujeres, consumidores, etc. La población en su conjunto orienta hoy sus demandas hacia una salud global y hacia una tecnología que, como también ya apunté anteriormente, no solamente tenga en cuenta los recursos disponibles, sino también la dignidad del ser humano.

Para redondear esta reflexión, recojo una cita de Gortner (1983) en la que señala que la disciplina enfermera "es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de las personas en todas las edades de la vida; es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comportamentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de la salud". Partiendo de esta formulación, toda proyección de la enfer-

mera desde la perspectiva profesional debe traducir los nuevos valores que configuran su nueva personalidad en el ejercicio de sus funciones .

IV. UNA IMAGEN PARA EL FUTURO

Nuestra imagen futura dependerá, en buena parte, de la respuesta a la doble pregunta ¿qué somos? ¿por qué somos lo que somos? Vista la exposición anterior, difícilmente daremos una imagen positiva si no adecuamos nuestro perfil profesional a las enormes exigencias de nuestro entorno, a los nuevos recursos tecnológicos y científicos en general y, por encima de todo, a la nueva condición de las personas a las que servimos, aunque su sustancia no haya variado con respecto a los enfermos que hace un siglo atendía Florence Nightingale. En tanto que heroína de la historia de la enfermería, su ejemplo sirvió para construir un modelo de comportamiento que sirvió para implantar una serie de valores que llegaron a constituirse en base de la cultura de nuestra profesión, en el corazón de nuestra propia cultura profesional y hasta en los propios códigos de pensamiento y conducta de nuestra actividad. La suma de los héroes o mitos, los símbolos, los ritos y los propios valores dominantes son los factores sobre los que se tienden a manifestarse la cultura, pero el propio carácter cambiante de estos elementos es lo que nos obliga a tener presente los cambios de nuestra cultura profesional.

Formulada de otra manera la doble pregunta anterior, podríamos hoy interrogarnos: ¿Quién es la Florence Nightingale de finales del siglo XX? ¿Quién o qué va a inspirar o promover la nueva imagen de la enfermería a partir de las nuevas manifestaciones de la cultura profesional? En este caso sí sabemos dar alguna respuesta: nadie y todos a la vez. La profesionalización de la enfermería ha hecho desaparecer los mitos y ha colocado nuestra actividad frente por frente con sus responsabilidades, retos y exigencias. Estas se reducen en síntesis a tres: en primer lugar, las personas, en su nueva concepción ya descrita como ciudadanos con derechos y deberes, ligados a su entorno en el que actúan de manera múltiple como consumidores, usuarios y un sinfín de funciones; en segundo término, la salud, entendida como un concepto integral superador del ámbito estricto de la enfermedad y como un bien colectivo que se manifiesta individualmente y que está íntimamente ligado al concepto de calidad de vida, bienestar y progreso; y, en tercer

lugar, el servicio, es decir, los medios disponibles para contribuir a una relación positiva, digna y estable entre los dos primeros factores, recurriendo para ello a los recursos disponibles de la moderna sociedad tecnológica.

Desde el punto de vista estricto de la imagen, la percepción exterior de la enfermera ha evolucionado de forma indiscutible desde un estereotipo puramente vocacional, con abundantes elementos míticos y hasta religiosos, a una idea probablemente algo hiperprofesionalizada y despersonalizada de la actividad enfermera. Todavía es preciso hacer un gran esfuerzo para eliminar el estereotipo que liga a las enfermeras a la pura y simple manifestación de la enfermedad en su sentido más primario y más ligado a los tabúes y miedos sociales. Todavía hay que concentrar un gran esfuerzo en la formación y educación profesional de las propias enfermeras que las sitúen ante un campo de actividad mucho más amplio, complejo y, por lo tanto, rico y enriquecedor. Ni la enfermería es hoy ya una profesión estrictamente ceñida a la enfermedad, ni su actividad se encuentra limitada ya al perímetro de los hospitales o los centros sanitarios, ni, por tanto, sus potenciales clientes o pacientes son aquellos individuos situados en el marco de las dos situaciones descritas.

Así que ni enfermeras strictu sensu, ni enfermos, ni enfermedades ni hospitales deben hoy conformar la imagen de una profesión que ha trascendido las clásicas barreras de espacio y tiempo, como ha sucedido en muchas otras actividades sociales relacionadas con el servicio a la comunidad. La información, la tecnificación, la democratización de los derechos, la liberalización de las costumbres y, en definitiva, la mundialización de la cultura deben animar a la enfermera a afirmar su personalidad profesional con imaginación, seriedad y dinamismo.

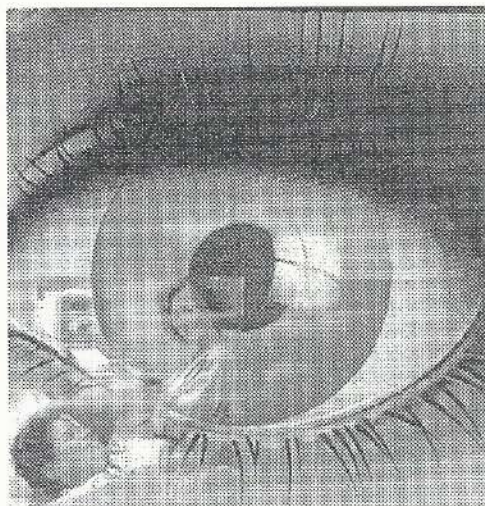
BIBLIOGRAFÍA

1. Kéroutac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F., . El pensamiento_enfermero. Barcelona : Masson, 1996.
2. Normann, R. La gestión en las empresas de servicios. Estrategia y liderazgo. Bilbao: Deusto, 1990.
3. Sanz de la Tajada, L.A. Integración de la identidad y la imagen de la empresa. Desarrollo conceptual y aplicación práctica. Madrid: Esic, 1994.
4. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Diaz de Santos, 1993.



la
evolución
de una imagen

LAS ENFERMERAS Y SU PERCEPCIÓN DEL ROL PROFESIONAL: IMÁGENES PARA LA REFLEXIÓN



**Anguiano Rodríguez, R.
Grande Gascón, M^a L.
Hernández Padilla, M^a
Linares Abad, M.
Palomino Moral, P.A.**

*Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Jaén*

INTRODUCCIÓN

Desde diferentes instancias y personalidades, se pone de manifiesto la necesidad de relanzar la imagen pública de enfermería y propiciar un clima de opinión que reconozca la utilidad y valor asociados a los cuidados.

Recientemente, el Consejo Internacional de Enfermeras ha publicado un trabajo titulado: «El valor de enfermería en un mundo cambiante», en sus páginas, se pone de manifiesto la necesidad de que el sistema político y de salud reflejen el valor social que tienen los cuidados de enfermería en nuestro tiempo.

No cabe duda, que la proyección social que consigamos de nosotros mismos dependerá, en gran medida de nuestra propia percepción y reconocimiento. Al objeto de investigar la valoración que hacemos de nuestra propia profesión, ofrecemos un estudio cualitativo que no busca objetivos de representatividad o inferenciales, tan sólo pretende ser un documento que invite a la reflexión y al debate en un foro como el presente.

OBJETIVOS

Pretendemos comentar los resultados más sobresalientes sobre las opiniones de enfermeras relativas a 3 dimensiones de valoración: satisfacción, reconocimiento social, y futuro profesional.

Ambito: Enfermeras en activo de Atención Primaria y Especializada definidas en el perfil estadístico de la enfermera española definido por el Macrodiagnóstico (Estudio de la situación de la enfermería española, Organización Colegial de Enfermería, 1992.).

Muestra: Se seleccionaron enfermeras de base que respondían al perfil definido por el estudio anterior, cuyas características básicas son: sexo (mujer 77%, hombre 21%), centro de trabajo (especializada, 70%; primaria 30%), dependencia pública del centro (95%), edad (menor de 30 años (25%), de 30a 39 años (52%), de 40 a 49 años (15%), con 15 años de ejercicio profesional medio, función principal asistencial (82,2%) y con categoría profesional de enfermero base. Las enfermeras entrevistadas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios anteriores de entre las plantillas de trabajadores de los hospitales y centros de salud de Jaén ciudad, considerando la disponibilidad para realizar la grabación audiovisual.

Se seleccionaron 15 sujetos que encajaban en el perfil estadístico anteriormente comentado, de ellos finalmente aceptaron 11 sujetos para el pase de la entrevista.

Material y métodos: Una vez seleccionados los sujetos se concertó una entrevista a realizar en el propio lugar de trabajo. Se facilitó previamente a los entrevistados toda la información sobre finalidad de la investigación, objetivos, metodología y contenidos de la entrevista. Una vez conseguido el consentimiento, se pasó una entrevista semi-estructurada a los sujetos, con la presencia de un entrevistador previamente formado y un cámara para la grabación. Las preguntas de la entrevista fueron conocidas por los sujetos 15 minutos antes de la pasación, y fueron relativas a 3 dimensiones de valoración básicas:

1. Satisfacción:

- 1.1. ¿Te satisface el trabajo que realizas como enfermera?. ¿Por qué?

2. Reconocimiento social:

- 2.1. ¿Crees que tu trabajo es valorado/reconocido dentro de tu centro o unidad?
- 2.2. ¿Crees que la sociedad reconoce nuestro trabajo?
- 2.3. ¿Crees que la sociedad tiene una visión real de lo que es la enfermería?

3. Futuro:

- 3.1. ¿Qué entiendes por cuidados de enfermería?
- 3.2. Desde tu punto de vista, ¿cuál es el futuro de la profesión?

3.3. ¿Qué obstáculos existen actualmente para el desarrollo óptimo de la profesión?

En todos los casos la entrevista se realizó con una previsión temporal suficiente, que evitó interrupciones o cortes en la misma. Los entrevistadores y sujetos entrevistados habían tenido relaciones profesionales anteriormente y mantuvieron un clima cordial en la misma.

Es importante resaltar que la presente investigación es de tipo cualitativo y sus resultados deben ser analizados con prudencia desde la perspectiva de su inferencia y representatividad a la población de enfermeras.

RESULTADOS

Los resultados correspondientes a las siete cuestiones planteadas han sido los siguientes:

1. ¿Te satisface el trabajo que realizas como enfermera?

Todos los profesionales entrevistados se sienten satisfechos con el trabajo que realizan. Tan sólo una enfermera dice no sentirse satisfecha cuando piensa en el día a día, pero sí cuando considera la cuestión globalmente.

Las razones que se aducen en relación con la satisfacción son variadas:

- Realizan la profesión que desean.
- Es vocacional.
- Realizan una labor necesaria para los pacientes.
- La principal razón está en el hecho de tratar con personas.
- El hecho de ser una pieza insustituible en el sistema, ya es motivo para sentirse satisfecho.

2. ¿Crees que tu trabajo es valorado o reconocido dentro de tu Centro o Unidad?

En general, las enfermeras entrevistadas creen que su trabajo es valorado o reconocido en su Unidad (sobre todo por sus propios compañeros) y Centro, aunque de una manera bastante inespecífica como así lo reflejan las expresiones siguientes:

"Se supone que sí, si no existen quejas...", o bien,

"Sí, no hay motivos para pensar lo contrario...", o bien,

"Sí, aunque muy a la larga..."

Queda reflejado el deseo de que alguien diga de vez en cuando "... eso está bien".

Por su parte, dos personas manifiestan que su trabajo no está reconocido desde ningún punto de vista.

3. ¿Crees que la sociedad reconoce nuestro trabajo?

En esta cuestión, las opiniones están bastante divididas. Aquellas enfermeras que creen que nuestra labor está reconocida argumentan que los escritos de agradecimiento en prensa así lo manifiestan. No obstante, el resto de enfermeras cree que puede estar reconocida por una pequeña parte de la sociedad, aquella que por cercanía está más en contacto con nosotras (familiares, amigos), pero que - en general - no está reconocida y eso porque no conocen el trabajo que realizamos y porque no nos hemos sabido hacer imprescindibles.

4. ¿Crees que la sociedad tiene una visión real de lo que es la enfermería?

Existe acuerdo en que no existe una imagen o visión real de lo que es la enfermería, ya que la mayoría de las personas nos siguen viendo exclusivamente como las ayudantes del médico y también junto a la cabecera de una cama. Se argumenta que esto es así porque las enfermeras no hemos sabido decir a la sociedad qué es lo que hacemos y tampoco se conoce cuál es nuestra formación académica.

Tan sólo una persona argumenta que "puesto que la mayoría trabaja en el área asistencial, la sociedad tiene una visión ajustada de lo que es la profesión".

5. ¿Qué entiendes por cuidados de enfermería?

Hay -en general- una referencia a la dimensión integral de los cuidados. Se han definido como aquellas acciones que realiza la enfermera y que ayudan al paciente a cubrir sus necesidades, además de ayudarle a

adaptarse a las distintas circunstancias cambiantes de la vida, así como a fomentar su autonomía.

Aún siendo esto así, muchas veces estas acciones son de tipo puntual por carecer del tiempo suficiente.

6. Desde tu punto de vista, ¿cuál es el futuro de la profesión?

En general se entiende que el futuro profesional pasa por seguir desarrollando o profundizando en los cuidados de enfermería, en el sentido de seguir dotándolos de su componente científico esencial. Para esto es preciso que las enfermeras sigan cultivando la necesidad de formación permanente.

También se identifica la necesidad de la Licenciatura en Enfermería y el desarrollo satisfactorio de la carrera profesional.

7. ¿Qué obstáculos existen actualmente para el desarrollo óptimo de la profesión?

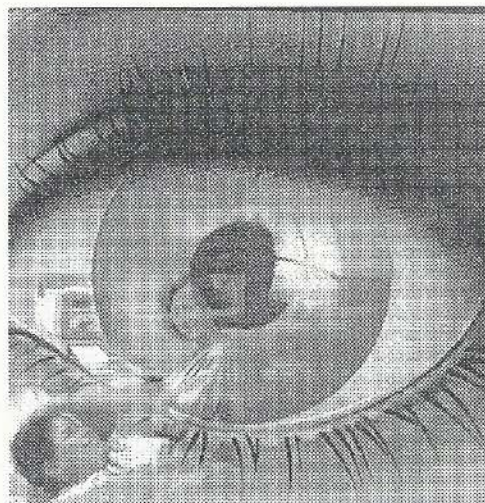
Uno de los obstáculos más mencionados es el presupuestario. Se necesitan presupuestos mayores para dotar a las unidades de más personal, lo que revertiría positivamente en la calidad de los cuidados. También se requiere más presupuesto para la formación en relación con las necesidades del propio puesto de trabajo.

Otra de las dificultades que se mencionan es de tipo relacional, es decir, las enfermeras comocolectivo no perseguimos objetivos comunes que serían fundamentales para nuestro desarrollo como profesión.

También se propone que es desde las propias instancias políticas desde donde se nos ponen todo tipo de dificultades para no poder acceder suficientemente a puestos de responsabilidad, lo cuál va en detrimento claro de nuestro desarrollo profesional.

Finalmente -y creemos que muy lúcidamente- se apunta que el mayor obstáculo para el desarrollo de nuestro futuro está en las propias limitaciones que nos queramos crear. Obstáculos existen objetivamente, pero es la convicción propia de poder salvarlos lo que nos puede ayudar definitivamente a crear el que consideremos "mejor futuro" para la profesión.

VINCULACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL CINE PORNOGRÁFICO



**Miró Bonet, Margalida
Gallego Caminero, Gloria
Palou Oliver, Maria Antonia
Fornés Vives, Joana
Gallo Estrada, Julia
Ponsell Vicens, Esperanza
Alorda Terrasa, Carmen**

*Escuela U. de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears
Palma de Mallorca*

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a dudas puede afirmarse que la enfermería ha existido y existe porque representa un servicio imprescindible a la sociedad. No obstante, la imagen y la función de la enfermera han sido objeto de diversos cambios y controversias a lo largo de la historia. Aunque parece evidente que en la actualidad, las enfermeras hacen valer mejor sus competencias profesionales, poseen más conocimientos técnicos y han mejorado su especialización, no todo el mundo está de acuerdo en que estos avances reflejen una mejor imagen social de la enfermera (*Dahl, 1992*).⁽¹⁾

Se ha comprobado que existe una gran disparidad entre la imagen que las propias enfermeras se han formado de ellas mismas y la opinión manifestada por el público. A pesar de existir algunos estudios que destacan una consideración positiva de estos profesionales (*Renado et al.*)⁽²⁾, otros (*Méndez & Louis, 1991*)⁽³⁾, han puesto de manifiesto que dicha opinión difiere considerablemente de unos grupos sociales a otros. Concretamente, Méndez & Louis encontraron una opinión más ajustada a la realidad entre aquellos grupos que estaban directamente implicados en la profesión, como era el caso de estudiantes y profesionales de enfermería.

De todos modos, podríamos aceptar que la imagen social que generalmente se tiene de la enfermera, es poco acorde con los actuales planteamientos de la profesión. Habitualmente se asocia esta imagen social al estatus y al rol profesional (*Rodero y Vives, 1989*)⁽⁴⁾, menospreciando que ambos están en conflicto, especialmente, en la profesión de enfermería. Este conflicto surge al considerar el rol enfermero como estereotipo femenino (*Barkley & Kohler, 1992*)⁽⁵⁾ o como auxiliar de otro profesional, más que como una profesión independiente. Estos factores

constituyen, tal como apuntan algunos autores (*Canal, 1992*)⁽⁶⁾ una de las principales causas del creciente número de deserciones en la profesión.

Por otra parte, no hay que olvidar que desde el punto de vista sociológico, el estatus depende de lo que la sociedad espera de un individuo, profesión o grupo determinado y que estas expectativas pueden verse ampliamente afectadas por el bombardeo constante de información que se recibe a través de los media. Esta información como señalaba Salvador Bernal en la Jornada "Comunicar: aprender a vivir" celebrada en Palma de Mallorca en Marzo 1996, puede esclarecer determinados valores inherentes a grupos y profesionales, pero también puede dividir opiniones y destruir imágenes que transmiten un concepto profesional.

Dentro de la amplia gama de imágenes que contribuyen a la formación de la opinión sobre el profesional de enfermería hay que destacar el cine. Actualmente, está considerado como uno de los medios más influyentes y con mayor capacidad para fijar en la población unos estereotipos determinados (*Domínguez, 1985*)⁽⁷⁾. Desafortunadamente, la imagen que se ha transmitido de la enfermera ha sido en la mayoría de ocasiones una de las más inexactas y éticamente perjudiciales. Este hecho se agrava al vincular muchas de dichas imágenes a películas denominadas "porno" o clasificadas "X".

En este trabajo partimos de la hipótesis que imágenes de los profesionales de enfermería, especialmente de sexo femenino, aparecen con más frecuencia que las de otros sectores profesionales ligadas al "cine porno".

Por consiguiente, el propósito de este trabajo es doble:

- 1º) Averiguar con qué frecuencia se usa la imagen del profesional de enfermería en las películas de cine pornográfico clasificado X, y relacionar esta frecuencia con la que este cine ofrece de otras profesiones.
- 2º) Describir posibles causas de la aparición de estas imágenes según la opinión de profesionales y alumnos de enfermería.

Debemos señalar que está fuera de nuestro propósito y de nuestro alcance, establecer cuales son las causas de que los usuarios de estos productos cinematográficos y seguramente un sector importante de la

población, elijan para sus fantasías sexuales imágenes enfermeras. Sólo se pretenden esbozar algunas posibles causas y llamar la atención sobre este hecho.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han contabilizado las películas clasificadas X en 12 Vídeo clubs, 4 tiendas de objetos sexuales y en 2 cajeros automáticas de emisión de películas para vídeo, situados todos ellos en Palma de Mca (*Gráfica 1*). En ellos se ha buscado la presencia de cualquier profesión u oficio en las carátulas o títulos de los filmes.

La muestra seleccionada se ha clasificado por profesiones/oficios y se han comparado las frecuencias obtenidas.

Finalmente se ha realizado ún sondeo a un grupo de 63 alumnos de la EUE de la UIB que opinaron sobre las posibles causas de la relación pornografía/enfermería, basados en un listado elaborado previamente según todas las causas expresadas según la opinión emitida por un grupo de 7 profesores de la EUE y un grupo de 32 profesionales (6 médicos, 16 enfermeras y 10 auxiliares), que fueron entrevistados previamente.

RESULTADOS

En los 18 centros revisados, se encontraron un total de 255 películas pornográficas relacionadas con profesiones u oficios. De las cuales 67 (26'3%), tenían relación con enfermería, quien aparece en la portada y es mujer en el 100% de este grupo de películas. Les siguen en frecuencia de aparición las monjas con 23 (9'1%), policías con 21 (8,3%), los médicos con 18 (7'1%), las modelos con 12(4'7%), prostitutas con 8 (3,2%), camareras con 7 (2,7%) y maestras con 6 (2'4%), criadas, militares, estudiantes, y secretarias aparecen en 5 (1'9%) películas cada una de ellas. El resto de las 73 películas relacionadas con 30 profesiones/oficios que aparecen, lo hacen con una frecuencia igual o menor a cuatro (1'2%) películas (*Gráfica 2*).

Las películas más frecuentes en los que aparece "enfermera" en el título son:

<i>Cuerpo de enfermeras</i>	<i>3 veces</i>
<i>Escuela de enfermeras</i>	<i>2 veces</i>
<i>Las enfermeras de Leticia</i>	<i>2 veces</i>
<i>Jugando a enfermeras</i>	<i>1 vez</i>
<i>Enfermeras con pom-pom</i>	<i>1 vez</i>
<i>Fantasía con enfermeras negras.</i>	<i>1 vez</i>

Los títulos más frecuentes son enfermeras en carátula son:

<i>Sexo en el Hospital</i>	<i>3 Veces</i>
<i>Hospital muy especial</i>	<i>3 Veces</i>

El listado de las causas en orden de frecuencia, que se elaboró según la opinión de un grupo de 39 profesionales, entre los que había profesores de la EUE y sanitarios en el siguiente:

1. Profesión eminentemente femenina
2. Uso del contacto físico (tocar con permiso)
3. Es una profesión sumisa
4. Hay relaciones muy cercanas con otros profesionales sanitarios
5. Las enfermeras ofrecen mala imagen
6. Llevan uniforme
7. Despiertan instintos maternales
8. Su profesión tiene relación con el dolor y el placer
9. La sexualidad se despierta jugando a médicos y enfermeras
10. Las antiguas escuelas formaban para la sumisión
11. Existe una percepción social de "chica para todo"
12. Afecta la imagen ofrecida en los medios de comunicación
13. Hay una falta de interés profesional por cambiar esta imagen distorsionada.

A cada alumno se le pidió que señalara en este listado una o varias causas, que en su opinión motivaran la alta relación encontrada entre la imagen del profesional y el cine pornográfico al ser comparada con otras relaciones profesionales.

En orden de frecuencia la opinión expresada por los alumnos de enfermería atribuían como causas más frecuentes las siguientes:

- 1.- Profesión eminentemente femenina (48 resp.)
- 2.- Afecta la imagen ofrecida en los medios de comunicación (39resp.)
- 3.- Uso de contacto físico (tocar con permiso) (39resp.)
- 4.- La sexualidad se despierta jugando a médicos y enfermeras (25 resp.)
- 5.- Llevan uniforme (23 resp.)
- 6.- Existe una percepción social de "chica para todo" (15 resp.)
- 7.- Falta de interés profesional por cambiar esta imagen (14 resp.)
- 8.- Hay relaciones muy cercanas con otros profesionales sanitarios (11 resp.)
- 9.- Su profesión tiene relación con el dolor y el placer (9 resp.)
- 10.- Despiertan instintos maternales (6 resp.)
- 11.- Es una profesión sumisa (5 resp.)
- 12.- Las antiguas escuelas formaban para la sumisión (4 resp.)
- 13.- Las enfermeras ofrecen mala imagen (1 resp.)

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

La profesión de enfermería es la que con más frecuencia se relaciona tanto en las carátulas como en los títulos de las películas pornográficas. El resto de profesiones/oficios que aparecen lo hacen con una frecuencia al menos tres veces menor y es habitual que la relación con el resto de profesiones sea 67 veces menos frecuente.

Las causas de la relación que aparecen con más frecuencia en los dos grupos encuestados son:

- Profesión eminentemente femenina
- Uso de contacto físico permitido.

Además el grupo de alumnos encuestados considera con más frecuencia, que el grupo de profesionales, que la causa de esta relación se

debe al influjo de la imagen que ofrecen los medios de comunicación y la falta de interés profesional por cambiar esta imagen. Por otra parte despreciaron las causas de que las enfermeras ofrecen mala imagen y de que las antiguas escuelas formaban para la sumisión, aspectos que aparecen con más frecuencia en la opinión de los profesionales.

Los datos que se ofrecen en este estudio nos llevan a la reflexión de que no sólo la imagen de enfermería aparece distorsionada en las series de televisión y en el cine proyectado en salas convencionales sino que protagoniza con una frecuencia alarmante las películas clasificadas X.

La distorsión que ello provoca en la imagen del profesional de enfermería que se fija en la sociedad, sería el punto de partida de futuras investigaciones sociológicas en las que se determine el efecto de ese impacto.

A la luz de todo lo constatado, sugerimos las siguientes acciones:

- Individualmente transmitir en nuestro entorno el desacuerdo que nos une ante la imagen que se ofrece del profesional de enfermería, sin embargo, estamos seguros de que ninguno de nosotros aporta la más mínima razón que apoye esta visión distorsionada de la labor de enfermería y por ello creemos que ha llegado la hora de actuar a otro nivel, y por tanto proponemos:

- Como colectivo importante de consumidores que somos, los profesionales de enfermería, (160.000) boicotear los productos y marcas que promocionan series, películas, anuncios, etc., en los que aparece la imagen de enfermería como objeto sexual.

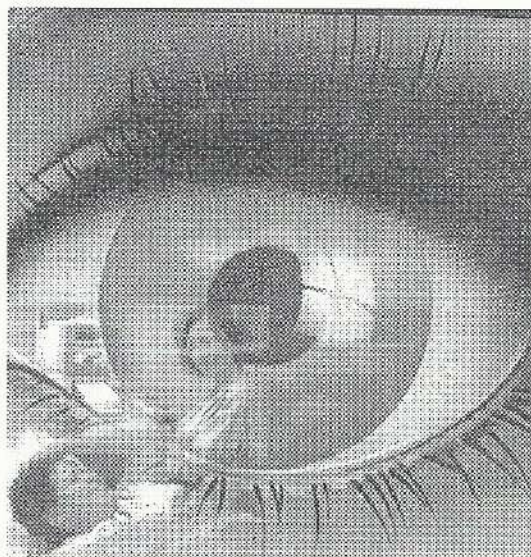
Y que desde aquí se transmita a todas las organizaciones que nos colegian y representan, la necesidad de concentrar los recursos necesarios para emprender una campaña institucional que dé a conocer el gran papel que, hoy en la sombra, cumplen los profesionales de enfermería.

Este estudio habrá valido la pena si se pone en marcha todo lo anteriormente expuesto, si no, quedará como un testimonio real del deterioro de nuestra imagen, así, los medios de comunicación seguirán presentando impunemente a las enfermeras como un colectivo de juguetes sexuales de corto alcance intelectual.

BIBLIOGRAFIA

1. Dahl, M. An image change still needed. University of Canberra. Australia. 1992 Jul-Aug 39(4) 121-3, 127. ISSN 0020-8132.
2. Renedo, GP, Canteras, JM. Santoja MF. Cerezo SM. Huertas MJ. Ignoto SM. Imagen Social de la Enfermería. Encuesta al usuario. Revista Rol de Enfermería 1989, Junio, 130; 31-37.
3. Mendez,D. Louis, M. College students's image of nursing as a career choice. Valley Medical Center. Las Vegas. 1991 Sep; 30(7), 311-9. ISSN 0022-3158.
4. Rodero VS. Vives RC.¿ Cual es la imagen de la enfermería? Notas de Enfermería, 475, 63-69.
5. Barkley, Tw. Kohler, Pa. Is nursing's image a deterrent to recruiting men into profession?. Male high school students respon. Florida state University, Tallahassee. 1992 Apr,Jun; 27(2): 9-14. ISSN 0029-6473.
6. Canals,J. La imagen femenina de la Enfermería. Condiciones socioculturales de la profesión de cuidar. Revista Rol de Enfermería, .1992, Dic, 172, 29-33.
7. Domínguez, AC. Imagen de la Enfermería en la sociedad. Revista Rol de Enfermería. 1985, Jun,83, 66-72.

UN ANÁLISIS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



M^a Begoña Mendoza de la Rosa (*)

Jose A. Lopez Cócera (*)

Ana M^a Perez Vera (*)

M^a Dolores Serrano Parra()**

() Enfermeros de la Unidad Residencial del Instituto Provincial de
Servicios Sociales. Diputación Provincial*

*(**) Profesora E.U.E. Cuenca. Universidad Castilla La Mancha*

INTRODUCCIÓN

Somos conscientes de lo pretenciosa que, a primera vista, pudiera parecer nuestra comunicación, si sólo la juzgamos a través del título con el que la hemos denominado. Sin embargo nada mas lejos de la realidad, únicamente hemos pretendido aportar una opinión más aprovechando el lema tan sugerente que este año ha propuesto la AEED.

En realidad el conocimiento de nuestra identidad como enfermeras y enfermeros ha sido y es un tema subyacente en el discurso profesional, sobre él se han elaborado estudios, se han publicado reflexiones, análisis, etc.; pero crear un marco para aunar todos los esfuerzos es, en nuestro criterio, algo que faltaba por hacer, y que consideramos una aportación muy valiosa.

Cuando se analiza la identidad de alguien, forzosamente se manejan diversos elementos conceptuales como la autoimagen, la autoestima, la imagen social, los valores, los ideales, el estilo ético personal..., es decir se analizan las diferentes estructuras del ser: el ser ideal, el ser real y la forma en que éstos interaccionan con lo demás o son proyectados. Se supone que la identidad está más sólidamente construida cuanto más coincida el hecho de ser lo mismo en realidad que aquello que de esa persona o cosa se imagina o se busca. O lo que es lo mismo que la imagen o el autoconcepto que ese alguien tiene de sí mismo coincida con el que tiene la sociedad.

Una identidad fuerte supone el haber realizado un proceso de crecimiento y desarrollo positivo, supone también proyectar seguridad y confianza a los demás, supone que durante el proceso se han afianzado las similitudes y diferencias con los demás, supone ser reconocido.

Partimos del supuesto que la identidad de las enfermeras se configura de este modo, y dado que es un elemento esencial para el progreso

disciplinar, nos ha parecido muy útil reflexionar sobre el estado en que se encuentra a través del análisis de diferentes opiniones: estudiantes de enfermería, usuarios, médicos y de las propias enfermeras. De este modo y mediante el planteamiento de diferentes cuestiones, podríamos llegar a discernir qué imagen tenemos de nosotras mismas, qué imagen nos gustaría proyectar, qué imagen tienen los demás y si éstas son coincidentes entre sí. según nuestro planteamiento teórico cuanto más coincidentes fueran estas imágenes, mejor y más consolidada estaría nuestra imagen como enfermeras; si por el contrario éstas fueran divergentes, nuestra identidad estaría en crisis o quizás débilmente construida.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Objeto de estudio

Este trabajo tiene como objeto de estudio indagar sobre las diferentes imágenes enfermeras, desde diferentes perspectivas de dentro y fuera de la profesión, y en este sentido desde profesiones que nos miran tradicionalmente de una forma determinada y también desde la mirada del alumno al que se le presupone una imagen más idealizada, dado que todavía no ha sido expuesto de lleno a los problemas, obstáculos o frustraciones del mundo profesional circundante.

Nuestra hipótesis de trabajo la planteamos del siguiente modo: «Las enfermeras tienen una autoimagen profesional bastante coincidente con la que los demás, la sociedad en su conjunto, tienen de ella; sin embargo lo que ocurre es que ésta no coincide con la que deberían tener dadas su capacidad y preparación en la actualidad, por tanto existe una crisis de identidad importante».

Material y métodos

Para desarrollar nuestro estudio elaboramos, después de revisar los diferentes trabajos publicados sobre el tema, una encuesta con diferentes ítems, que se decidió pasar a una población de estudiantes de tercer curso de Enfermería de la E.U. de Cuenca, a enfermeras y médicos que trabajan en diferentes centros sanitarios de nuestra ciudad, y a los usuarios de los servicios de salud que hubieran tenido alguna experiencia reciente de uso de los servicios de salud.

La muestra fue seleccionada por el sistema aleatorio simple, la componen:

- 64 enfermeras de las cuales el 60% tiene menos de cinco años de ejercicio profesional, el 22% entre cinco y diez años y el 18% restante lleva en la profesión más de 10 años. De ellas el 44% trabaja en atención especializada, el 37% en atención primaria y el 16% restante en ámbitos no determinados, quizás porque prestan el servicio mediante contratos de corta duración. El 5% manifiestan tener una especialidad sin que ésta afecte a su puesto de trabajo.
- 20 médicos de los cuales el 53% tiene más de diez años de ejercicio profesional, el 36% entre cinco y diez años y menos de cinco el 11% restante. De ellos el 47% son especialistas. Su ámbito de trabajo se reparte entre atención primaria el 57% y atención especializada el 43% restante.
- 60 estudiantes de tercer curso de la Escuela U. de Enfermería de Cuenca, de los cuales el 87% son mujeres. El 94% de ellos están en edades comprendidas entre 20 y 25 años.
- 130 usuarios de los cuales el 20% tiene estudios universitarios, el 34% bachillerato superior o equivalente, un 14% graduado escolar y el 32% estudios primarios o elementales.

A todos ellos se les pidió que rellenaran una misma encuesta, con preguntas abiertas y cerradas, que puntuaran según una escala previamente establecida y realizasen comentarios sobre el porqué de sus creencias en una de ellas.

RESULTADOS

Es importante destacar, que al pasar la encuesta hemos detectado algunas lagunas en el diseño, por falta de especificaciones puntuales fundamentalmente, pero que hemos soslayado con explicaciones verbales previamente acordadas entre todos los participantes. De este modo, algunos de los términos que pudieron generar confusión fueron aclarados.

Esquema de la encuesta y resultados de la misma

Pregunta n°1: ¿Cuál cree que debe ser la señal de identidad de la enfermera? : El uniforme, Su presentación al usuario, Sus acciones.

Con esta pregunta hemos querido conocer qué es más importante para la población encuestada si las señas de identidad externa como el uniforme, o su hacer profesional. Los resultados demuestran que para todos los encuestados el aspecto fundamental de diferenciación de las enfermeras son sus acciones, los usuarios en un 8% opinan que es importante el uniforme, pero sólo el 4% de los estudiantes y el 3,5 % de las propias enfermeras opinan de este modo.

OPINIONES:

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
Sus acciones	72%	78%	73,5%	68,7%
Presentación	20%	18%	26,5%	28%
Uniforme	8%	4%	0%	3,3%

Preguntas n° 2 y n° 3: ¿Cree que para ser enfermera es suficiente tener vocación o tener buena formación, preparación?, ¿Considera que el papel de la enfermera está asociado al de la mujer?

Al analizar las cuestiones relativas a las preguntas 2 y 3, quisimos conocer el peso de la tradición histórica sobre la actual imagen enfermera, considerando dos aspectos: Vocación/Formación y Profesión femenina.

En el primero de ellos destacamos la opinión tajante de los estudiantes, que en un 95% expresan que es más importante la buena formación y preparación, mientras que el 21% de los médicos consideran más importante la vocación.

En el segundo, enfermería profesión femenina, es sorprendente cómo las opiniones de enfermeras, estudiantes y usuarios son bastante

coincidentes, al asociar el papel de la enfermera al de la mujer en un 35% de media, mientras que los médicos lo creen de este modo en un 10%.

OPINIONES PREGUNTA N°2:

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
Vocación	14%	5%	21%	12%
Formación/Preparación	86%	95%	79%	88%

OPINIONES PREGUNTA N°3:

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
SI	31,4%	42,6%	10%	31,25%
NO	68,6%	57,4%	90%	68,75%

Pregunta n° 4: Indique, por orden de prioridad, de mayor a menor importancia, cuáles de las siguientes capacidades corresponden a las que representan mejor a la profesión de enfermería.

- Conocimientos técnicos y procedimientos
- Trato psicológico adecuado
- Información sobre el estado del paciente
- Ayuda al médico

Al analizar esta cuestión, procuramos averiguar cual de los roles atribuidos a la enfermera, prevalece y/o está más arraigado entre la población encuestada, para ello hemos destacado cuatro tipos de rol asociados a la profesión: Conocimientos técnicos, Trato psicológico, Información al paciente sobre su estado y Ayuda al médico.

La tendencia de todos los sectores encuestados, se inclina en un amplio porcentaje hacia un papel técnico-instrumental. Destaca en este apartado cómo ninguno de los estudiantes ha puntuado la ayuda al médico. Sin embargo este papel si ha sido considerado por los usuarios y los médicos en un 16% de media, e incluso por un 10% de las enfermeras, a pesar de que la muestra seleccionada tiene un amplio porcentaje de enfermeras de reciente incorporación a la práctica en general. Pero además la puntuación del papel de apoyo socioemocional ha sido coincidente entre estudiantes y enfermeras y también más alta que entre los médicos y usuarios.

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
Conocimiento Técnicas	80%	97%	94%	75%
Trato Psicológico	51,4%	91%	58%	75%
Información al paciente	51,4%	11,4%	31,5%	40%
Ayuda al médico	17%	0%	15,5%	10%

Pregunta nº 5: ¿Cree que las funciones de Enfermería son independientes de la profesión médica?

En esta pregunta nuestra pretensión fue analizar si todavía prevalece de forma unánime la opinión subsidiaria de la enfermería respecto de la profesión médica. Los resultados reflejan que las opiniones son divergentes entre dos grupos: el de los estudiantes y de las propias enfermeras, quienes opinan mayoritariamente, un 60%, que Enfermería es una disciplina diferenciada, pero forma parte de un equipo; y el grupo de los usuarios y médicos que un 70% creen que Enfermería no es independiente porque complementa la función médica. Sin embargo y curiosamente ningún médico ha opinado que la Enfermería depende totalmente de la función médica y si lo ha pensado el 16% de los estudiantes, el 11% de los usuarios y el 3% de las propias enfermeras.

OPINIONES:

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
SI	37%	60%	16%	62%
NO	63%	40%	84%	38%

¿Por qué?

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
Compl. func. Médica	57%	30%	84%	34%
Dependen Totalmente	11%	16%	0%	3%
Son discipl. Dif. Forman parte de un equipo	32%	54%	16%	63%

Pregunta nº 6: Qué profesionales considera que tienen más presencia en los debates públicos (TV, Radio, Prensa, Foros de discusión....), sobre temas de salud y generan opinión

- Enfermera
- Psicólogo
- Médico
- A.T.S.
- Farmacéutico
- Trabajadores sociales
- Dietistas
- Psiquiatras
- Fisioterapeutas

En este apartado hemos querido poner de manifiesto qué profesionales a juicio de los encuestados, tienen más presencia en los medios de comunicación y, por tanto, generan más opinión entre la población.

Ha sido muy curioso observar cómo el conjunto de la población coloca al médico en primer lugar, destacamos la opinión de las enfermeras que unánimemente, el 100%, lo destacan de este modo. El psicólogo ocuparía el segundo lugar para todos ellos, excepto para los médicos, quienes lo sustituyen por el psiquiatra. Igualmente a juicio de los médicos, estudiantes y enfermeras, serían las propias enfermeras las que ocuparían el siguiente lugar en la escala, los usuarios puntúan mejor al farmacéutico.

OPINIONES:

	USUARIOS (130)	ESTUDIANTE (60)	MEDICOS (20)	ENFERMERAS (64)
Médicos	99%	98%	98%	100%
Psicólogos	74%	88%	20%	68%
Psiquiatra	54%	41%	45%	53%
Farmacéutico	34%	9%	20%	0%
T. Social	28,56%	11,4%	5%	40%
Dietista	20%	19,5%	5%	3%
A.T.S.	14%	14%	25%	33%
Enfermeras	14%	35%	30%	40%

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, percibimos que la sociedad demanda de las enfermeras unas señas de identidad que las distinga de los otros profesionales del equipo de salud, éstas tendrían que ver con un papel más activo por el que manifestaran sus elementos diferenciadores: sus acciones.

Quizás el poco reconocimiento recibido, los horarios o el estrés les induce a mostrar una actitud pasiva o poco motivadora hacia la tarea.

Por otro lado la buena formación ha sustituido a la tradición vocacional de la profesión enfermera, según nuestros resultados también parece que se ha perdido el rol tradicional femenino, aspecto que hemos valorado negativamente en cierto modo, debido a la pérdida de los valores humanitarios que éste contenía y que ha aportado la mujer tradicionalmente. Su casi completa sustitución por la técnica es la causa de esta pesimista evaluación. Igualmente por esta razón justificamos que, tanto el usuario como el médico, consideran menos elevada en la escala el papel de la atención socioemocional por parte de las enfermeras. Sin embargo sí lo hacen ellas mismas y sobre todo los estudiantes.

Por ello consideraríamos bastante notable hacer una llamada de atención y proponer a las enfermeras dos cosas, una de ellas a reflexionar sobre la forma en que se ofrece este óptimo producto del cuidado a la sociedad, la otra a la búsqueda de estrategias para incorporar los aspectos socioemocionales al hacer. En nuestro criterio cuando la sociedad experimentase los beneficios de una atención individualizada, con garantía de apoyo socioemocional, de respeto y aceptación, y de ayuda terapéutica, no podría renunciar a ello y formaría parte de una demanda formal.

En lo que respecta a la revisión de la imagen subsidiaria e independiente, no se observa con suficiente nitidez la consideración de una autonomía de las enfermeras entre el público, quizás nos vean de este modo porque la capacidad de decisión o la integración en las estructuras de poder que incuestionablemente mantienen otros profesionales de la salud, no se les atribuye claramente a las enfermeras, probablemente, pensamos, a causa de asumir otros roles no específicamente profesionales y a la falta de una regulación jurídica que permita a las enfermeras decidir sobre su presente y su futuro. Otra de las causas sería la desigualdad en los niveles formativos, por los que para unos profesionales se considera incuestionable la formación de licenciatura, y no así para las enfermeras a pesar de ser una cuestión tradicional y unánimemente demandada. La desigualdad la producen las diferencias que, para el conjunto de profesionales que trabajan con las enfermeras y para el público en general, se observan entre titulación de diplomados y licenciados, ya que el nivel

licenciatura determina los puestos de trabajo reconocidos, la posibilidad de ascenso o de carrera profesional regulada, elimina los obstáculos existentes hasta ahora para poder acceder al staff de los puestos políticos y de gestión, el salario, el estatus, el prestigio social.

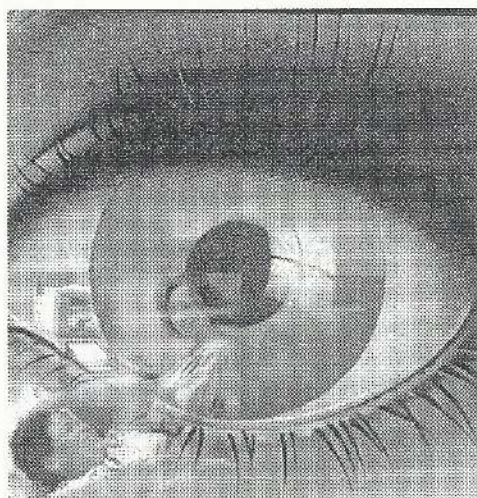
Finalmente destacar que consideramos bastante positivo el resultado respecto de la presencia de las enfermeras en los medios de comunicación, nos dan el tercer lugar en la lista de profesionales, parece que existe una mayor consideración sobre sus opiniones, que son favorablemente consideradas, sin embargo falta mucha más presencia de las enfermeras en los medios de comunicación y debates públicos, existen múltiples materias que se verían enriquecidas con su presencia, y la aportación de todo su bagaje teórico y experiencial.

En resumen, en nuestro criterio existe una falta de diálogo de las enfermeras con la sociedad, éste justificaría el desconocimiento que se tiene sobre las nuevas aportaciones de las enfermeras, su nuevo rol terapéutico, es decir los nuevos aspectos del cuidado para los que están siendo formadas. Nuestra propuesta es informar y ofrecerlos a la población.

BIBLIOGRAFIA

1. Alberdi Castell, R.M: «La identidad profesional de la enfermera». Rv. Rol Enf, 1992; 170: 39-44.
2. Alberdi Castell, R.M.:»Sobre las concepciones de la Enfermería». Rv. Rol Enf.,1988; 115: 25-30.
3. Alberdi Castell, R.M.:»La Enfermería ¿Profesión femenina?. Rv. Rol Enf., 1983; 57: 21-26.
4. Dominguez Alcon, C.:»Imagen de la enfermera en la sociedad».Rv. Rol Enf.,1985; 83:66-72.
5. Dominguez Alcón, C, Rodriguez, J.A., DeMiguel, J.M.: Sociología y Enfermería. Pirámide, Madrid, 1983.
6. Fernandez Ferrin, C., Garrido Abejar,M; Santotmás Perez, M. y Serrano Parra MD: Enfermería Fundamental, Masson S.A., Barcelona, 1995.
7. Marriner, A.: Modelos y Teorías de Enfermería, Rol S.A., Barcelona, 1995.
8. Renedo García, P.y cols.:»Imagen Social de la Enfermería. Encuesta al usuario». Rv. Rol Enf., 1989; 130:31-37.
9. Rodero Sanchez V. y Vives Relats, C.: «¿Cual es la imagen de la enfermera?».Notas de Enfermería, 1991.1(8):475-481.

UNA MIRADA EN EL ESPEJO DE LA NORMAS JURÍDICAS: UNA CONTRADICCIÓN



**Suárez Suárez, A.
Medina Castellano, C.D.
Farrerons Noguera, L.
Hernández Rodríguez, J.E.
Chacón Ferrera, R.**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS NORMAS ACADÉMICAS

A lo largo de este siglo se han sucedido una serie de normas jurídicas que han regulado los estudios de enfermería. Comenzaremos nuestro análisis a partir de los años 50. En primer lugar tenemos el Decreto de 4 de Diciembre 1953 por el que se unificaron los antiguos estudios de los llamados "Auxiliares sanitarios con título" de Enfermera, Matrona y Practicante estableciendo un nuevo régimen para los estudios de dichas profesiones y creando un único título profesional de A.T.S.. Tendríamos que esperar hasta 1976 para que el Ministerio de Educación y Ciencia reglamentara el carácter mixto de las escuelas donde se cursaban estos estudios.

Este mismo Decreto de 1953 faculta al Ministerio de Educación y Ciencia para la creación de las Especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos diplomas. Efectivamente, 3 años después en 1957, también por Decreto de 18 de Enero, se establece la primera especialización en Asistencia Obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos femeninos, creándose el resto de las especialidades a lo largo de los años 60 y 70, siendo la última la de "Urología y Nefrología" en 1975. El número especialidades que se pudieron cursar fueron 7 en total, aunque algunas dejaron de existir antes del cambio de legislación en 1987.

Superponiéndose a lo anterior, por Real Decreto 2.128/1977, de 23 de Julio, se integran los estudios de Ayudante Técnico Sanitario en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería y a su amparo se obtiene el título de Diplomado en Enfermería.

En 1980 la falta de regulación sobre la correspondiente adaptación de las especialidades de enfermería a la nueva titulación, es cubierta por una Orden que autoriza a los nuevos profesionales con categoría universitaria a estudiar las especialidades de A.T.S..

También en ese mismo año por Real Decreto se homologa el Título de A.T.S. al de Diplomado en Enfermería y una Orden concede otra oportunidad mediante un plazo extraordinario a las Enfermeras, Practicantes y Matronas que aún no habían convalidado estos títulos por el de A.T.S..

En 1987 se regula la obtención del título de Enfermero Especialista, donde se reconoce a los Diplomados en Enfermería la equivalencia de las especialidades obtenidas según la legislación anterior a los nuevos títulos de especialistas, y a los A.T.S. en posesión de Diplomas de Especialistas, la vigencia de los efectos previstos en las normas que regulaban su obtención.

LA CUESTIÓN ACADÉMICA

Las normas relativas a la materia académica en la última mitad de este siglo, como podemos ver, se han sucedido aportando una serie de cambios, que si bien ha supuesto un avance para los enfermeros/as, la forma en que se ha producido no ha dejado de generar ciertos problemas que pasamos a analizar:

No se previó con suficiente tiempo de antelación la posibilidad de que los A.T.S. convalidaran el título por el de Diplomado, sobre todo para evitar que los primeros estudiantes universitarios tuvieran profesores, que si bien desde el punto de vista sustantivo eran los únicos capacitados para transmitir los conocimientos enfermeros, desde un punto de vista formal, no tenían una titulación adecuada a la nueva situación.

Otra alternativa que podía paliar tal situación pero que también llegó con retraso fue la creada por una serie de normas, que afectaba entre otros, a las Escuelas Universitarias de Enfermería durante los cursos académicos 1983-1984, 1984-1985, 1985-1986 por la que se habilitaban los títulos para impartir docencia a determinadas categorías de profesores, que carecían de las titulaciones exigidas por la legislación vigente para impartir docencia universitaria, lo que se hizo realidad en las Escuelas que cumplieron los requisitos exigidos para tal fin, sin embargo, en otras, tal vez por desconocimiento ni siquiera se inició el procedimiento que lo hiciera posible.

Mientras tanto, en el año 1983, por imperativos de la Constitución Española, se promulga la Ley Orgánica de Reforma Universitaria, en la que se establecen los principios de libertad académica (de docencia y de

investigación), autonomía de planes de estudios, autonomía estatutaria o de Gobierno, capacidad para seleccionar y promocionar su propio profesorado dentro del marco de los principios que rigen todo acceso a un puesto de trabajo dentro de la Administración Pública, configurando la Universidad como un auténtico servicio público, en la que todos los españoles tienen derecho a cursar estudios en condiciones de igualdad.

No obstante, la aplicación de la misma no ha tenido el resultado esperado, invirtiéndose en la práctica algunos de sus principios, originando en algunos sectores sociales numerosas críticas y la necesidad de su reforma, en especial, por lo que se ha venido a llamar "la endogamia en la universidad", endogamia que en ocasiones ha dado lugar justo a lo que la Ley trataba de evitar que expresamente recogía: "Por ello, esta Ley está vertebrada por la idea de que la Universidad no es un patrimonio de los actuales miembros de la comunidad universitaria, sino que constituye un auténtico servicio público referido a los intereses generales".

Siguiendo con las normas de ámbito académico nos adentraremos en las específicas de Enfermería. Al integrarse los estudios de enfermería en la Universidad no se desarrollaron las especialidades adecuadas a la nueva titulación, como se dijo, sino que por el contrario, se autorizó a los Diplomados a cursar las ya existentes para los A.T.S., creándose una situación anacrónica que se mantuvo hasta casi finales de los años 80, si tenemos en cuenta que el Real Decreto 922/1987, de 3 de Julio, por el que se Regula la Obtención del Título de Enfermero Especialista, impide que se realicen nuevas matrículas conducentes a la obtención de las citadas especialidades, pero permitió la finalización de los estudios a los alumnos que a su entrada en vigor los hubieran iniciado.

Para esas fechas la especialidad de Fisioterapia había dejado de existir para convertirse en Escuela Universitaria en 1980. Lo mismo ocurriría con la de Podología, permitiéndose a los enfermeros que habían cursado estas especialidades previo cumplimiento de una serie de requisitos obtener las nuevas diplomaturas. Las de Radiología y Electrología así como la de Análisis Clínicos simplemente pasaron a ser una titulación de Formación Profesional. El Real Decreto crea las siguientes especialidades en Enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) pediátrica, de Salud Mental, de Salud Comunitaria, de Cuidados Especiales, Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería.

Hasta el día de hoy, no se ha desarrollado este Real Decreto a excepción de la aprobación con carácter provisional, del programa de formación y los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), cuyo contenido es ajustado a la normativa europea, incorporada al Derecho español por Real Decreto donde se reconocen los diplomas, certificados y otros títulos de los Estados miembros de la CEE (Unión Europea) y el ejercicio del derecho de establecimiento y libre prestación de Servicios.

Esta laguna normativa y por ende formativa la están tratando de cubrir las Universidades al amparo de la Ley de Reforma Universitaria mediante cursos de postgrado de especialización profesional (Expertos y Master). Que a pesar, de la firma del Convenio Interuniversitario sobre Estudios de Postgrado que tiene por objeto establecer criterios homogéneos en los tipos y condiciones de estos títulos propios, así como velar por la calidad de los mismos, los resultados obtenidos (al igual que en otras disciplinas) han sido inferiores a las expectativas de los enfermeros, teniendo prácticamente todos un problema común, cual es, que el número real de créditos prácticos es muy bajo, cuando no son sustituidos por un trabajo de investigación o de otra índole. En este aspecto, el sistema instaurado para la obtención de la especialidad de Matronas semejante al M.I.R, ofrece mayor formación y control en la calidad de la misma, estableciendo 3.534 horas, de las cuales 2.344 son prácticas. En este sentido, cabe decir que resulta difícil concebir en enfermería a un especialista sin o con poco contacto con la realidad profesional en la que se especializa. Tampoco podemos olvidar la diferencias en el carácter y validez de uno título y otro.

Si observamos lo ocurrido en el resto de las profesiones sanitarias respecto a la especialización, apreciamos que aparte de la regulación de M.I.R., así como las sucesivas normas que han facilitado el acceso a los títulos de Médicos Especialistas, previo cumplimiento de algunos requisitos como por ejemplo, ser Doctor a profesores ayudantes de las Facultades de Medicina entre otros. Tenemos la de Farmacéutico Especialista (F.I.R.) y de más reciente creación la de Psicólogo Clínico (P.I.R.), profesionales que, por otro lado, no tienen ni la tradición y ni la presencia que en número se refiere de los enfermeros en el Sistema Sanitario.

LA CONFIGURACIÓN EN EL MARCO ASISTENCIAL

En el ámbito laboral, las normas que regulan la profesión, huelga decir, que no son las adecuadas, incluso en este terreno las cosas han sido menos afortunadas. Porque a pesar de que la nueva titulación universitaria, según expresa el citado R.D. 2.128/1977, habilitará para el ejercicio con los derechos, atribuciones y prerrogativas que determinen las disposiciones legales, cuya consecuencia más inmediata en base a una Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1979 es el reconocimiento además de a los Diplomados, a los A.T.S., Practicantes, Matronas y Enfermeras como personal sanitario titulado de grado medio a todos los efectos al personal estatutario de la Seguridad Social, reflejándose en salario de estos trabajadores, y en 1984, la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública realiza un encuadre similar con estas titulaciones agrupándolas en el Grupo B; no se ha producido el desarrollo normativo necesario que habilite a los enfermeros para el ejercicio de su profesión de acuerdo con los conocimientos adquiridos en la Universidad, como veremos.

Por otro lado, la Ley General de Sanidad establece que el personal de la Seguridad Social, el de las Entidades Gestoras que asuman servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se regirá por un Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno de la Nación, que contendrá la normativa básica aplicable y en desarrollo de la misma, la concreción de las funciones de cada estamento se establecerá en sus respectivos Estatutos que se mantendrán como tales. Han pasado 10 años desde que se promulgó esta Ley y dicha normativa básica no ha sido aprobada aún, lo que está originando numerosos problemas en materia de recursos humanos a las Comunidades Autónomas que han asumido las competencias sanitarias.

Así, en relación a la gestión, es de obligado reconocimiento el hito que marcó el Reglamento de Estructura de Hospitales, de 1987, para las instituciones gestionadas por INSALUD, donde se contempla una División de Enfermería gestionada por un Director que se integra en el organigrama sin dependencia jerárquica del resto de los directores de las otras divisiones. Tampoco se establecen diferencias respecto al sistema de provisión de estos órganos de dirección que se efectúa conforme al régimen laboral especial de alta dirección. La aplicación de esta norma

ha obligado a los enfermeros/as a realizar un esfuerzo considerable para formarse en este campo, cuyos resultados se han objetivado en la gestión altamente profesionalizada irradiada a al resto de los responsables de las Unidades, elevando la calidad de tal forma, que en buenas ocasiones ha superado a la realizada por otras direcciones.

Sin embargo, las Direcciones de Enfermería en la actualidad, constituyen una figura cuestionada, que ha entrado en crisis y ha sido extinguida en algunos ámbitos territoriales del Estado Español, como por ejemplo en Galicia. En otras, la designación del sujeto a ocuparlas ha estado influida por la tendencia política de turno, los poderes fácticos o preponderantes dentro de la Institución, presiones que precisamente la mayor de las veces, no son precisamente de la propia División de Enfermería, sino ejercidas por profesionales ajenos a ella, con lo que la selección o perfil del enfermero para desempeñar el puesto en estos casos, no responde a los criterios de eficacia y eficiencia que deben de presidir esta función, ocupando su lugar otras razones, que a la larga no han favorecido el papel, ni la imagen de la profesión en estas instituciones.

Por otra parte, el Reglamento conforme a los principios de la Ley General de Sanidad sobre integración, eficacia, economía, flexibilidad, control democrático, participación, control y mejora de la calidad asistencial y promoción de la formación e investigación sanitaria, también contempla una serie de órganos de participación y asesoramiento en los Hospitales, aportando a nivel general un avance importante en los mismos. Ahora bien, si examinamos lo dispuesto en relación a la composición de estos órganos colegiados, percibimos que en unas comisiones la representación asignada a los enfermeros/as resulta baja en comparación con la de otros profesionales, entre las que se encuentra la Junta Técnico- Asistencial; y fácilmente inexistentes en otras, cual es el caso de las Comisiones Clínicas cuyos miembros son nombrados por la Dirección de la División Médica. Por el contrario, es alentador el Decreto de 1987 sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales en la Comunidad Autónoma de Andalucía que establece órganos o comisiones de asesoramiento para cada Director de División, contemplándose con este fin una Junta de Enfermería. Cabe decir lo mismo de la Circular 3/1995 de la Dirección General del INSALUD, así como de normas de Comunidades autónomas que aporta mayor equidad en la composición de las Comisiones Clínicas de Ética.

Por lo que respecta al resto de las funciones tenemos que insistir en que el marco jurídico actual está completamente obsoleto, ya que las normas existentes son las creadas para regular las competencias de los A.T.S.. Y en ellas no se contemplan las funciones de docencia e investigación, ya sea en la norma reguladora de la competencia profesional del Ministerio de la Gobernación del año 1960, ya en el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo, o en la mayoría de los convenios colectivos que regula las prestaciones a realizar por el personal laboral en la Empresas públicas o privadas, que en cualquier caso, no pueden contravenir la citada regulación general. Ello no ha sido óbice para que muchas Direcciones de Enfermería, dentro de sus divisiones, hayan creado puestos de responsabilidad cuyo objetivo fundamental sea todo lo relativo a la formación continuada y eventualmente la investigación. Pero su misma configuración graciable dentro del organigrama de los Centros, por decirlo de alguna manera, permite que puedan desaparecer en cualquier momento, como de hecho, así ha ocurrido o que simplemente queden vacíos de contenido.

En la función asistencial, el imparable desarrollo tecnológico ha producido un fuerte empuje que se ha manifestado en la vertiente técnica de la Enfermería y quizás, sea el campo donde de forma más clara y homogénea se ha manifestado la evolución, por lo menos, en la asistencia especializada de las Instituciones cerradas, desbordando el marco establecido en las normas citadas anteriormente, incluso en relación a los cuidados que realiza enfermería, que son mas dependientes de otras profesiones o como dice el propio Estatuto de los profesionales que prestan sus servicios en la Instituciones de la Seguridad Social son "funciones de auxiliar del Médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquel", que como se ve, además, olvida que a estas alturas y cerca del siglo XXI, los derechos que tienen los usuarios del Sistema Nacional de Salud son imposibles de cubrir si no es desde la perspectiva del trabajo en equipo multidisciplinar.

Más difícil resulta deducir que los enfermeros según la normativa vigente puedan tener cierta independencia en su terreno profesional. En este sentido es ilustrativo lo ocurrido hace unos años con las Consultas de Enfermería.

Todo ello, no ha impedido a los enfermeros sobre todo a los que desarrollan su profesión en el ámbito Universitario, (ajenos a veces, a lo que sucede fuera de él), que con mucho empeño y desvelo hayan incor-

porado a sus estudios, enseñanzas, publicaciones etc., las aportaciones imperantes o no, de enfermería a nivel internacional e incluso realizar unos trabajos de índole más creativa que ha servido de empuje y orientación como una luz que alumbra, aún a lo lejos a otros profesionales en su caminar. Sin menoscabar su relevancia en la evolución de la profesión en el Estado español, no podemos eludir, en orden a la importancia que debe tener su irradiación y mayor generalización en el medio asistencial, la dificultad todavía presente, como muy bien reflejan los nuevos profesionales de la enfermería en sus quejas cuando comienzan a desarrollar su vida laboral. Es obvio que todos no podemos incidir en los mismos aspectos para configurar nuevas formas del "ser" de la profesión, pero tal vez, necesitemos un mayor esfuerzo para conseguir una mejor coordinación y cooperación entre los ámbitos donde se desarrolla el saber teórico y el práctico a fin de disminuir las distancias.

CONCLUSIONES

En lo que va de siglo se ha generado un abundante número de normas jurídicas sobre todo de ámbito académico donde destaca la variedad de titulaciones contempladas: Enfermeras, Matronas, Practicantes, A.T.S., y Diplomados en Enfermería con su correspondiente reglamentación que permitió actualizar y obtener los nuevos diplomas, subsistiendo en la actualidad aquellos que no cogieron el tren en la homologación o convalidación de A.T.S., a pesar de la cantidad de oportunidades que existieron hasta la concesión del plazo extraordinario en el año 1980.

Es cierto, que la diferencia en titulación en el terreno laboral no ha tenido consecuencias relevantes, en lo que respecta a la categoría, al salario y en general en las funciones, ya que si estudiamos las normas que las regulan observamos que el Decreto del año 1960 establece las mismas competencias a excepción de la prohibición a las "enfermeras" de asistir los partos y disponer de locales para el ejercicio libre de la profesión. Por su parte, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo contiene una ensalada de titulaciones que expresa (dejando a un lado a las matronas por razones obvias); las diferencias existentes están más en relación con la plaza que se ocupa (Atención Primaria, Especializada en Instituciones abiertas o cerradas etc.) que con la titulación, cuyo común

denominador es que dichas funciones corresponden al perfil de los A.T.S.. No se contemplan las funciones de gestión, docencia e investigación y que curiosamente si se hace con las dos últimas para los Técnicos Especialistas.

Si a lo anterior, le añadimos el desarrollo normativo sobre la Formación Profesional Específica, la generalización de la puesta en marcha de la LOGSE, los conflictos generados hasta ahora por el deslinde del marco competencial se pueden agravar con la instauración del Ciclo Formativo de Grado Superior.

En cuanto a las especialidades, la falta de desarrollo y por tanto la efectividad de poder cursar los estudios contemplados en el Real Decreto que las regula (excepto la de Matrona) ha creado una laguna en la formación de postgrado dentro del Sistema Nacional de Salud, donde por contra contemplamos hacer su residencia al resto de los profesionales sanitarios (MIR, FIR y PIR), resaltando aún más la ausencia de los enfermeros/as en este sentido en el Sistema.

Si la integración de los estudios de enfermería en la Universidad ha supuesto un cambio fundamental de orden cuantitativo y cualitativo para la profesión, no podemos decir lo mismo de la evolución que han tenido las normas jurídicas que hicieran posible su estructuración y consolidación posterior, creando vacíos y desfases cuyo rasgo más peligroso es la fragilidad con la que se expone la profesión al riesgo de involución en parcelas ya conseguidas, a obstáculos que la frenen en su evolución o la confundan, originando un malestar que puede manifestarse y de hecho se manifiesta, en la elaboración de su propia imagen, es decir, en su propio ser (enfermero/a).

Por ello, planteamos la necesidad de una reforma en la normativa vigente y el desarrollo legislativo necesario a fin de reconducir el papel que tiene y debe tener la profesión en nuestra sociedad. No sin antes recordar, que si bien es cierto, que la creación o reforma de las normas jurídicas en la mayoría de los casos se origina cuando ya los aspectos fundamentales de una materia están instaurados en la realidad social, no es menos cierto, que el ritmo o la mayor agilidad con que estos procesos se desenvuelven, se debe a la efectiva exigencia de los sectores sociales afectados.

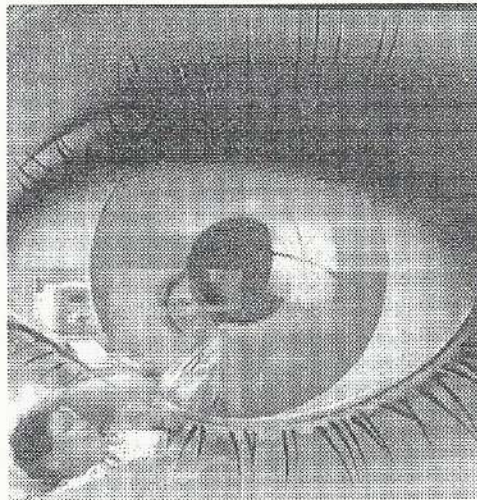
BIBLIOGRAFÍA

1. ALONSO OLEA M., Leyes sobre la función Pública, 3ª edic. Madrid, Ed. Cívitas, 1996.
2. FARRERONS NOGUERA L., "Enfermería: situación actual de la profesión y perspectivas de futuro" en: Conferencia de Clausura del Curso 1994-1995, Universidad de Las Palmas, s.e. junio de 1995.
3. FERRÁNDIZ MANJAVACAS F.A., Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1ª edic. Madrid, Ed. Centro de Estudios Procesales, 1994.
4. FERRÁNDIZ MANJAVACAS F.A. Estructura y Administración Sanitaria Pública en España.
5. MEDINA CASTELLANO C.D., "Responsabilidad de la Enfermera en el ámbito de urgencias" en: VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. s.e. Las Palmas, mayo de 1996.
6. SÁNCHEZ BURSÓN J.M., Legislación Sanitaria en Andalucía, 1ª edic. Sevilla, E.d. Universidad de Sevilla, 1994.

OTRAS FUENTES

1. Constitución Española de 1978.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. Ley Orgánica 11/1983, de 3 de julio, de Reforma Universitaria.
4. Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre contratación de profesionales sanitarios que reciban enseñanzas para la obtención del título de especialista.
5. Nuevo Diccionario de Legislación, T. II, Pamplona, Ed. Aranzadi 1975.
6. Real Decreto 922/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.
7. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico especialista.
8. Orden de 1 de junio de 1992 por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

LA APARICIÓN Y DESARROLLO DE LA IMAGEN "GESTORA" DE LA ENFERMERA: SUS APORTACIONES A LA IMAGEN CUIDADORA ACTUAL



**Mompart, M.P.
García López, M.V.
Ruiz González, M.D.**

*E. U. Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Castilla-La Mancha
Toledo*

INTRODUCCIÓN

El estudio y la consideración de la imagen profesional de la enfermera pasa obligadamente por la mirada sobre algunos de los aspectos constitutivos de esa imagen cuidadora, en las vertientes de las clásicas funciones de la enfermería: asistencial, administradora, docente e investigadora. A lo largo del tiempo, la imagen de la enfermera cuidadora se ha constituido con el entramado de estas funciones, reflejando destellos de una u otra preferentemente o bien, ha resultado del conjunto de todas estas facetas. La presente comunicación tiene como propósito realizar una visión panorámica de la evolución de la imagen gestora de la enfermera, especialmente en nuestro país, así como las consecuencias que esta evolución ha tenido para la actual imagen cuidadora. En definitiva, pretendemos cumplir los siguientes objetivos:

- Revisar los aspectos más destacados de las diferentes figuras “gestoras” que se han venido produciendo en nuestro país
- Analizar las situaciones en las que aparecen cada una de ellas
- Identificar los elementos que se han aportado desde esta perspectiva a la construcción de una figura enfermera actual

LA APARICIÓN DE UN PERFIL “GESTOR” PARA LAS ENFERMERAS

Las primeras referencias identificables en los registros históricos nos pueden ayudar a afirmar con toda seguridad que desde bien antiguo, las enfermeras desarrollan trabajos de gestión y son reconocidas por ello. De hecho, los registros históricos recogen en muchas ocasiones, la espe-

cificación de responsabilidades de las personas que tenían a su cargo los servicios de enfermería. Son todos ellos, o la mayoría, al menos en nuestro país, referencias a documentos que provienen del acervo histórico de las órdenes religiosas, encargadas mayoritariamente de la atención a los enfermos y a los necesitados de atención de forma genérica y también de forma general, en instituciones hospitalarias. Así, tanto Ventosa (1.984) como Domínguez Alcón (1.981) o Donahue (1.985) describen figuras del o la responsable de las instituciones estudiadas, en denominaciones de Hermano o Hermana o Enfermero Mayor que, de hecho, significan descripciones de personas que gestionaban los recursos del Hospital con algunas de las mismas finalidades que hoy día se manejan: calidad de cuidados, óptima utilización de los recursos, distribución de personal, etc. Dos son los motivos de la aparición de este primitivo perfil “gestor” de las enfermeras: el desarrollo de los hospitales y las situaciones bélicas del más variado cariz. Desde las Cruzadas a las más modernas y destructoras conflagraciones, los servicios enfermeros han dado respuesta a las trágicas consecuencias en materia de salud que se producen, con un enfoque de manejo de recursos bien distinto que, a lo largo de la historia, se incorpora naturalmente al bagaje profesional de las enfermeras incluso en el estilo que, en algunas épocas, consagra la actividad de gestión. Cabe recordar aquí a Florence Nightingale, gestora ella misma en situación de guerra y que afirma que *“una supervisora (ward sister) debe mantener el orden en una sala, incluso de hombres, mejor que un sargento”*. (Kelly y Joel, 1.995). En realidad, en la aparición de los diferentes perfiles de enfermera con carácter de gestión a lo largo de la historia, se observa la influencia de los aspectos sociales, políticos y económicos que en cada época definen a la propia asistencia sanitaria y que, desde el punto de vista de los cuidados se pueden representar en: .

- **Lo doméstico**, representado fundamentalmente por las tareas encomendadas a las órdenes religiosas y que trata de cubrir aquellas parcelas del cuidado más directamente relacionadas con el bienestar físico de las personas encomendadas al cuidado del servicio enfermero.
- **Lo burocrático**, al incorporar a las tareas de administración y gestión una serie de parcelas destinadas a asegurar la bue-

na utilización de los recursos e introducir además a los servicios de enfermería en ámbitos de asistencia pública, algunos de ellos militares.

- **Lo científico**, probablemente la etapa que vivimos en este momento con más intensidad, al aplicarse de forma general principios de gestión desarrollados por la ciencia, económica, política y administrativa. Destaca en este último y más moderno enfoque del perfil gestor el interés prioritario por la institución, es decir, por la empresa y sus resultados.

De alguna manera, estos tres aspectos están presentes en la actualidad: de hecho, si observamos detalladamente las responsabilidades de una gestora de servicios de enfermería de hoy mismo, encontraremos retazos de cada uno de ellos, aunque prevalezca, al menos en lo que se afirma expresamente por el colectivo profesional, el último de ellos, es decir, el científico. En nuestro país, el desarrollo y la aportación de la gestión a la imagen de la enfermería, ha sufrido también las influencias externas, fundamentalmente de los entornos socio-políticos, y las internas, provenientes del propio sistema sanitario, su definición y desarrollo. Podríamos identificar en nuestra reciente historia sanitaria tres perfiles definidos de enfermera gestora:

- La supervisora
- La Jefe de Enfermeras
- La Directora de Enfermería

Todas ellas han sido producto del desarrollo del sistema sanitario, desde mediados de los años cuarenta hasta nuestros días. Las dos primeras aparecen en los hospitales españoles y especialmente en los del entonces Instituto Nacional de Previsión (INP), transformado más tarde en Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que, a mediados de los cincuenta comienza una etapa de crecimiento sanitario sin parangón, con la apertura de grandes Residencias y Ciudades Sanitarias en prácticamente todas las capitales de provincia y en muchas de las grandes ciudades no capitales. (Santo Tomás, 1.995). Estos grandes hospitales plantean problemas administrativos inéditos, entre ellos, el de la organización del per-

sonal “auxiliar”, como se le denomina en la legislación de la época. Hasta este momento, los hospitales públicos y los centros privados han mantenido una estructura de personal centrada en la relación del médico jefe de servicio con la enfermera, generalmente única, de la sala o del servicio (quirófano, laboratorio, etc.) Esta enfermera es mayoritariamente una religiosa que aúna las responsabilidades *domésticas* con las profesionales, en un hacer que se asemeja al del ama de casa o gobernanta. La implantación de las órdenes religiosas tiene dos motivos principales: por un lado, la tendencia general a pensar que una mujer *consagrada* será más responsable, más interesada y, sobre todo, menos proclive a distraer su tiempo en otros menesteres, por lo que se cuenta con la “monjita” a todas horas y todos los días, inclusive con un escaso coste económico. Por otro lado, los fuertes compromisos del régimen gobernante con la Iglesia, hacen que incluso, dentro de los términos del Concordato con la Santa Sede, se establezcan los aspectos de un Concierto del INP con las instituciones religiosas que obliga a mantener una comunidad de religiosas en cada hospital, reservando los puestos de responsabilidad de los servicios de enfermería a las religiosas de la propia comunidad. De esta manera, la legislación establece que las monjas tengan reservado y ocupen realmente, los puestos de Enfermera Jefe en la persona de la Madre Superiora y todos los cargos de Supervisoras, además de un número de puestos de la plantilla en enfermeras y otras categorías profesionales. También es determinante la circunstancia del escaso número de enfermeras seglares, que no comienzan a ser significativamente numerosas hasta bien entrados los años sesenta, al crecer de forma importante el número de Escuelas de A.T.S., hasta llegar a tener casi una por Hospital, tanto público como privado.

Sólo dos grandes centros públicos, modélicos para la época, el Hospital General de Asturias, en Oviedo y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, mantienen una estructura “seglar” en sus servicios de enfermería, probablemente por la presencia en ellos, en etapas sucesivas, de una enfermera y gestora ejemplar, Adela Simón Pera, precursora e innovadora en muchos aspectos. En el terreno del INP, el primer Hospital que diseña un servicio de enfermería encomendado totalmente a enfermeras profesionales seglares es la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, ejemplar también por otros muchos aspectos. La Clínica abre

sus puertas en 1.964 y lo hace con una estructura moderna de servicios de enfermería dependientes de una Jefatura de Enfermería, y con Unidades supervisadas por enfermeras seculares, siguiendo el modelo de San Pablo y el General de Asturias.

La progresiva secularización de las costumbres, la crisis de las órdenes religiosas, con la falta de vocaciones, el gradual aumento del número de enfermeras, y sobre todo el cambio político, con la llegada de la democracia, hace que, de forma natural, este estado de cosas cambie y se cubran paulatinamente todos los puestos con enfermeras seculares, desapareciendo totalmente, al menos de hecho, la unión de la figura de la Enfermera Jefe con la de la Madre Superiora de la Comunidad religiosa de cada Hospital Público. En todo caso, las dos figuras "gestoras" de esos tiempos son la de la Supervisora y la de la Jefe de Enfermeras, que mantienen una estrecha relación de dependencia, la primera con el Jefe de Servicio Médico, la segunda, con el Director del Hospital, al estilo de lo que venían haciendo las religiosas. Es decir, las funciones de unas y otra son, principalmente, proporcionar una base organizativa y un complemento técnico a la labor de los médicos de cada servicio o del total del hospital.

Los años finales de la década de los setenta y comienzos de los ochenta son trascendentales para la sociedad española y para algunos grupos profesionales, las enfermeras entre ellos. En el año 1.977 se transforman los estudios de A.T.S. en universitarios y, en ese nuevo Plan de Estudios, se incluye la asignatura de Administración, lo que inicia la formación académica de las enfermeras en el terreno de la gestión. Muchas Escuelas, asociaciones e instituciones de variado cariz diseñan y desarrollan cursos para preparar a las enfermeras para ocupar los puestos de supervisión y jefatura, con contenidos que entran ya en el campo de lo *científico* a que antes me refería. La Asociación Española de Enfermería Docente programa el primero de estos cursos de formación en *Administración Básica para Enfermeras*, en el año 1.981, con la colaboración del Prof. Hugo Villar, que orientó a muchos en el inicio de estas actividades. El propio sistema sanitario también emprende en estos años y los comienzos de los ochenta cambios importantes: la gestación de la Ley General de Sanidad, que verá finalmente la luz en el año 1.986, el inicio

de las actividades en la Atención Primaria (R. D. sobre estructuras básicas de salud, 1.984) y, en materia de hospitales, principalmente, la aparición del Real Decreto sobre Organización Hospitalaria y Humanización de la Asistencia (junio de 1.985, modificado en 1.991 y más recientemente, en 1.993), en el que se establece una estructura hospitalaria dividida en tres direcciones sectoriales, dependiendo de un gerente: la división médica, de gestión y de enfermería. Similar estructura se observa en Atención Primaria.

El análisis de la utilidad de esta estructura está por hacer y parece que en estos momentos corre grave peligro de desaparición. En líneas generales, el colectivo enfermero ha valorado en estos años positivamente la existencia de las Direcciones de Enfermería, ya que han permitido el desarrollo de planteamientos de cuidado que hubieran probablemente sido impensables de no contar con autoridad clara en la División de Enfermería. Existen, sin embargo, voces, fundamentalmente procedentes del colectivo médico, que rechazan esta forma organizativa, por disfuncionalidad y falta de eficiencia, arguyendo además, que han sido motivos políticos y no organizativos, los que han dado origen a esta situación (Varo, 1.994). Sin embargo, es de destacar que las Direcciones de Enfermería de los últimos años están diseñadas para producir un trabajo de gestión de recursos humanos y materiales, encaminado fundamentalmente a asegurar la prestación de cuidados enfermeros, como un producto intermedio diferenciado dentro de la labor asistencial general, complementaria a la labor de otros colectivos sanitarios y colaborador necesario e imprescindible de la obtención del producto final de la atención, ya sea el diagnóstico o el tratamiento.

3. LAS APORTACIONES CONCRETAS: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA IMAGEN Y UN DISCURSO ENFERMERO

Los efectos de la presencia de las enfermeras en las instituciones sanitarias públicas o privadas con un alto nivel en la toma de decisiones está teniendo resultados todavía difíciles de valorar. Quizá el más importante sea el de la utilización creciente de una determinada forma de hacer, hablar y escribir la enfermería, lo que se podría denominar la consolidación del discurso enfermero. Es, sin embargo, difícil identificar separadamente, en sectores profesionales, los logros a que se han llegado en

un complejo colectivo profesional, como es el nuestro. En efecto, el cambio en la gestión no se hubiera producido sin un soporte educativo, que tampoco habría sido diseñado de no existir una necesidad de formar a las enfermeras para esas responsabilidades. Igualmente, hay que señalar que los cambios en la organización de los servicios sanitarios se han visto impulsados por la presencia de algunas enfermeras en lugares destacados en la Administración, lo que ha tenido su origen en la situación política. En este contexto compartido, las aportaciones más significativas pueden cifrarse en: **el lenguaje, la figura, las acciones.**

En primer lugar, **el lenguaje:** Las palabras puramente administrativas se han extendido en su utilización y la propia gestión sanitaria. Las enfermeras se encuentran cada vez más cómodas y comprenden cada vez más un lenguaje que trata a los usuarios como clientes, que define los cuidados como un “producto” y que tiene en cuenta los elementos económicos no como un aspecto negativo, sino como una parte imprescindible de su organización laboral. Ello ha tenido repercusión en los documentos escritos que se vienen utilizando, no sólo en publicaciones enfermeras, sino también en aquellas de carácter general sanitario que tienen que ver con aspectos de la gestión, en materias como la calidad, la organización de servicios, etc. Incluso la propia Administración ha publicado algunos de estos trabajos, dentro de su política de difusión de los aspectos relevantes del sistema y su planificación (Frías, 1.991, INSALUD, 1.988)

En segundo lugar, la **figura enfermera gestora** con características diferenciadas, dentro del colectivo. es la de una profesional que aúna en su persona una triple responsabilidad:

- **Ante los usuarios,** la del mantenimiento de un elevado nivel de cuidados enfermeros
- **Ante la institución,** la de la utilización de los recursos de que dispone de una manera eficaz y eficiente, es decir, consiguiendo los mejores resultados al menor coste
- **Ante los trabajadores a su cargo,** la de conseguir las mejores condiciones de trabajo, en aspectos de desarrollo personal y profesional, promoción y formación continua.

Por tanto, la figura de la gestora de servicios enfermeros debe elegir entre ser una enfermera-administradora o una administradora que además es enfermera. Cuestión que, aunque a primera vista pudiera parecer semejante, es más que un simple juego de palabras, toda vez que una u otra opción serán las que determinen las prioridades de su actuación. En el primer caso, la orientación principal serán justamente los cuidados enfermeros, en el segundo, los intereses de la institución primarán sobre cualquier otro. De más está decir que abogamos por el primer modelo, ya que entendemos que únicamente a través de la decidida defensa de un perfil eminentemente enfermero, de prestación de cuidados, se puede consolidar cada día más el puesto y la responsabilidad de la gestión en enfermería.

En cuanto a las **acciones**, los servicios de salud y la enfermería han recibido el aporte no tanto de las acciones, sino de sus resultados. La incorporación al hacer de todas las enfermeras, no sólo de las gestoras, de las actividades relacionadas con la gestión, ha dado un nuevo enfoque a los cuidados y una nueva motivación a muchos de ellos. Ya no es cuestión solamente de proporcionar cuidados que cada profesional entienda correctos, sino que ha de plantearse su oportunidad, su coste y su influencia en un trabajo total, de equipo y de institución. Este principio general está teniendo como consecuencia, en primer lugar, la mayor consideración del trabajo de las enfermeras por parte de las instituciones sanitarias y todos sus trabajadores y, en segundo lugar, la mayor reflexión de las propias enfermeras acerca de sus acciones, sus consecuencias y resultados, en términos de impacto económico y de bienestar de sus usuarios. Cabe citar aquí la trascendencia profesional que algunas acciones "gestoras" en principio, pueden alcanzar: por ejemplo, el establecimiento, a efectos organizativos o económicos, de programas, normas, protocolos, que tienen como consecuencia la elevación del nivel de cuidados y constituyen un soporte de estudio acerca de la actividad enfermera. Por citar un ejemplo concreto, quiero recordar el proyecto denominado SIG-NO II de Enfermería, cuya finalidad principal es su aplicación en los hospitales públicos, a efectos de realizar una apreciación económica del trabajo enfermero, (Almazán, 1.994).

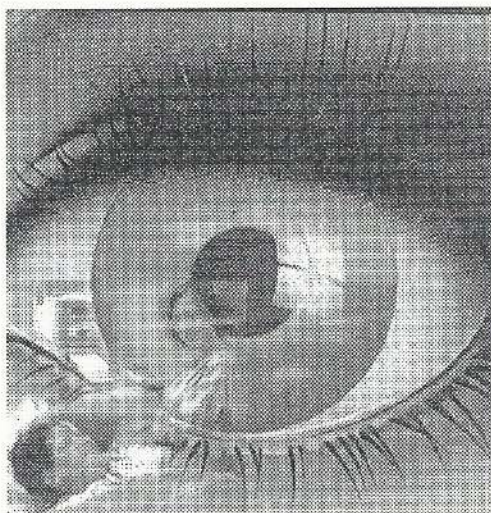
CONCLUSIONES

- Las enfermeras han ocupado desde siempre puestos de “gestión” en la prestación de los cuidados que les han sido encomendados.
- La figura “gestora” en enfermería ha asimilado a través de los tiempos, las circunstancias en que cada una ha aparecido.
- Las gestoras actuales aúnan responsabilidades hacia los usuarios, la institución y los trabajadores
- La inclinación mayoritaria hacia una u otra de estas responsabilidades proporciona un perfil diferente a cada gestora.
- Las aportaciones fundamentales que se pueden extraer del trabajo de la gestión se encaminan a consolidar el discurso enfermero del total del colectivo profesional

BIBLIOGRAFÍA

1. ALMAZÁN, S. “Gestión analítica, SIGNO II” en MOMPART, M.P. “Administración de Servicios de Enfermería” Salvat-Masson, Barcelona, 1.994
2. DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. “L’Infermeria a Catalunya” ROL, Barcelona, 1.981
3. DONAHUE, P. “Historia de la Enfermería” DOYMA, Barcelona, 1.988
4. FRÍAS, A. “Control de calidad en enfermería comunitaria” Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1.990
5. INSALUD. “Avance de la Enfermería en el siglo XX” S^a Gral, Madrid, 1.988
6. KELLY, L.Y. , JOEL, L.A. “Dimensions of Professional Nursing”, 7^a ed. McGraw Hill, N.Y., 1.995
7. SANTO TOMÁS, M. “Historia de la Enfermería” en FERNÁNDEZ , C.y otros. “Enfermería Fundamental” Masson, Barcelona, 1.995
8. VENTOSA, F. “Historia de la Enfermería Española” Ciencia 3, Madrid, 1981

ENFERMERÍA: UNA IMAGEN DINÁMICA



M^a Isabel Elorza
Maite Ciorraga
M^a Pilar Manrique
M^a Pilar Tazón

E. U. Enfermería
Universidad del País Vasco
San Sebastián

El Ethos, la naturaleza de la Enfermería como profesión, como disciplina, como ciencia, se deriva de la naturaleza del sujeto de su servicio, el hombre, la vida, la salud humana. Por lo tanto, tiene un contenido científico más humanista que biológico y un método integrador que orienta su acción de cuidar a todas las dimensiones de la persona, la social, la biológica, la espiritual, dentro de una relación interpersonal de respeto a la individualidad, dignidad de la persona, la cual es siempre un interlocutor válido con derecho a participar y decidir sobre su cuidado.

Si pudiéramos reducir los aspectos de la profesión a unas cuantas ecuaciones, prescripciones o ilustraciones diríamos que las características de la profesión pueden agruparse en dos partes:

Lo constante en enfermería:

- Proporcionar cuidados
- Rol propio
- Interdependencia con otras profesiones
- Ejercida mayoritariamente por mujeres

Lo variable en enfermería

- Diferentes estados de evolución de la enfermería
- Expectativas que se han ido creando como mujer y profesional en la profesión de enfermería
- Dificultad para asumir cambios

A partir de esta consideración observamos que, en enfermería, lo constante es algo asumido, se refiere a una parte del centro de interés de la disciplina. Pero, la sociedad está en constante cambio. Las nuevas tendencias sociales, económicas, políticas, cambios demográficos, epidemiológicos, avances científicos y tecnológicos son producto de la

inteligencia del hombre con miras al bienestar y mejorar la calidad de vida. Enfermería, inmersa en la sociedad, adaptándose a la misma está en constante cambio casi en forma imperceptible hacia una transformación progresiva del entendimiento y autoridad.

Teniendo en cuenta estos cambios queremos invitar a reflexionar y preguntarse sobre los aspectos cambiantes de la Enfermería que le van a dar una imagen dinámica, polivalente, flexible.

Diferentes estados de evolución.

La profesión de enfermería ha pasado por distintas etapas, a veces superpuestas, que obligan a la adaptación constante: la enfermera como trabajo femenino, como madre, religiosa, ayudante del médico o la posición "anónima" en la que se desconoce el papel que la enfermera cumple en la sociedad.

La imagen de las enfermeras va paralela a la evolución social de la mujer y éste es el momento en el que existe un compromiso activo en el que somos responsables de nuestro propio comportamiento para que enfermería tenga credibilidad y coherencia profesional

Expectativas que se han ido creando como mujer y profesional:

Los cuidados no aportaban ningún crédito social a la enfermería, son considerados como tareas de bajo nivel que necesitan poca capacidad contribuyendo a forjar una imagen basada en la abnegación y disponibilidad. La técnica dará a las enfermeras la oportunidad de probarse a sí mismas marcando de forma determinante el ascenso social, encontrando una compensación a la servidumbre del cuidado a los enfermos.

Es por ello, que el desarrollo profesional se orientó hacia el hipertecnicismo. Esta búsqueda de competencia técnica supuso una devaluación de los servicios de cuidados. Con esta perspectiva la enfermería no encontraba función propia: La técnica le interesa porque como función delegada le exime de responsabilidades, y surge una contradicción difícil de asumir: Enfermería no quiere ser técnica, quiere asumir su función propia, CUIDAR. Pero cuidar supone un riesgo y en muchos casos Enfermería no quiere asumir riesgos ya que ellos suponen autonomía, control y responsabilidad social. Las enfermeras se encuentran, por

tanto, entre dos polos el de la técnica y el contacto humano.

La relación cuidador-persona cuidada, vuelve a dar a la práctica de enfermería "el sentido humano" e introduce, otras fuentes de conocimiento además de las relacionadas con la enfermedad y la técnica.

Pero no basta con los conocimientos para comprender lo que dice el enfermo, lo que necesita. Cuidar y aprender a tener en cuenta a los dos sujetos de los cuidados tanto al que cuida como al que es cuidado, hace que las enfermeras quieran reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados.

La nueva orientación de la práctica de enfermería introducida por la relación cuidador - persona cuidada y el deseo de comprender las necesidades fundamentales de la persona crea nuevas exigencias en la formación de las enfermeras

Estas exigencias son el motor de la investigación: descubrir, plantearse preguntas, tratar de verificar las informaciones que se tienen y posteriormente investigar la naturaleza de los cuidados que hay que prodigar, de qué manera y durante cuanto tiempo. Para ello se requieren entre otras cosas una formación adecuada, una reorganización del trabajo en función del concepto de cuidados y un reajuste de las tareas técnicas, que no las elimina, sino que les da sentido y las vuelve a situar en un contexto global.

Dificultad para asumir cambios:

Con todo lo expuesto se constata que la enfermería está en continuo cambio, es dinámica y todo cambio supone una toma de decisiones, unos riesgos, una pérdida obliga a asumir el cambio y adaptarse al mismo.

Sin embargo parece paradójico que en la búsqueda de nuevas soluciones nos resistamos a realizar cambios que serían beneficiosos. No obstante, tras pensarlo un poco, no debe sorprendernos que incluso los profesionales más motivados a hacer algo respecto a los problemas planteados encuentren difícil cambiar.

Pero, ¿por qué es difícil cambiar?

El cambio da miedo: Las formas de trabajo no siempre responden a sus intereses pero proporcionan protección ante las amenazas y angus-

tias de la vida. Los profesionales tienen que renunciar a una parte de sí mismos, existe un gran riesgo en abandonar formas familiares de actuar y pensar y cambiarlas por estilos que resultan nuevos y desconocidos

Las personas somos reactivas: Las personas tenemos una tendencia natural a reaccionar en contra o resistirnos a las presiones o influencias de otros. Aunque dicha resistencia puede ser percibida como cabezonería u obstinación, una interpretación más válida sería pensar en la necesidad de individualidad y autoprotección.

Interferencia de otras personas: La persona que realiza el cambio puede sentir miedo al igual que lo pueden sentir los de alrededor. A su vez podemos sentir miedo de los cambios de los otros. Por ello, es fundamental aprender competencias para negociar con otros que pueden estar oponiéndose a los esfuerzos de aquellos que han decidido realizar los cambios.

Logros secundarios: Muchas veces el cambio lleva consigo pérdida de ganancias secundarias a la situación que nos proporcionaba. Hay que adaptarse para aprender a satisfacer dichas necesidades de otra manera

Falta de competencias: A menudo no se tiene éxito en alcanzar las metas propuestas porque no se han valorado las competencias adecuadamente.

Desesperanza y pesimismo: La profesión, el profesional debe creer en sus capacidades para realizar cambios. Si no se tiene esperanza y se anticipa el fracaso hay pocas probabilidades de alcanzar las metas establecidas.

El cambio es doloroso y da miedo y solo pueden lograrlo aquellas personas que están convencidas de sus ventajas y animados a sentirse orgullosos de sus logros.

El futuro de la enfermería la clave del progreso está en la adaptación a los cambios, lo que supone un continuo análisis sistemático de la práctica y de la docencia y de un compromiso activo entendido este como capaces de asumir la responsabilidad de nuestro propio comportamiento.

Los cambios conceptuales van paralelos a los cambios históricos de la disciplina. Pero la empresa científica no es conseguir el concepto

ideal, porque no hay una forma ideal. Los cambios han de ir dirigidos hacia un continuo crecimiento y desarrollo conceptual. Este punto de vista parece encajar bien en Enfermería pues existen potenciales que se deben aprovechar:

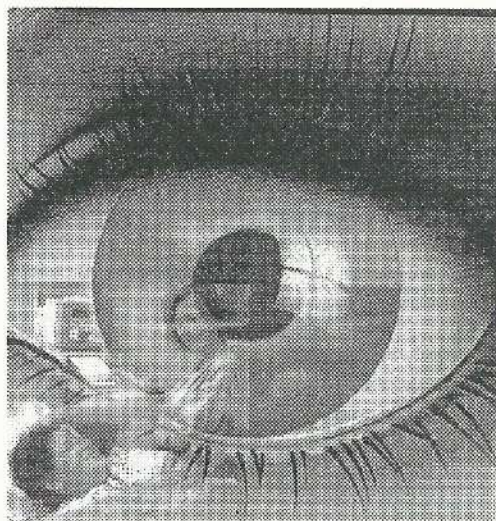
- Diferentes marcos teóricos y conceptuales
- Cada vez mayor número de enfermeras preparadas en investigación
- Experiencias prácticas con modelos de cuidados de Enfermería
- Bases filosóficas y humanistas en la preparación profesional

Una masa crítica de académicos de enfermería que pueden conformar una comunidad científica seria y responsable, comprometida con el progreso de la Enfermería para beneficio y bienestar de la humanidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Adam, E.: "¿Hacia dónde va la Enfermería?" Interamerica. Madrid. 1982.
2. Colliere, M.F.: "Promover la vida". Interamericana. Mac-Graw Hill. Madrid. 1993.
3. Chris L.- Kleinke. "Principios comunes en Psicoterapia". Ed. Descleeé de Brouwer. Bilbao 1995.
4. Kérouac S. y Cols.: "El Pensamiento Enfermero". Masson, S.A.. Barcelona 1996.

LAS ENFERMERAS EN LA GESTIÓN: REFLEXIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO



J. Hermoso de Mendoza Cantón
M. Aliaga Marín

Universidad Pública de Navarra
Servicio Navarro de Salud

INTRODUCCION

Con la presente comunicación pretendemos analizar cual ha sido la evolución de la gestión/administración de enfermería en las últimas décadas en nuestro país.

La labor de las enfermeras en la Administración no surge con la creación de los nuevos sistemas de salud, aunque bien es cierto que esta actividad se profesionaliza e institucionaliza en las últimas décadas, ya Nightingale en 1859 escribió sobre la «Administración y el cuidado de los pequeños detalles» señalando la importancia de que la enfermera sea capaz de gestionar el entorno que tiene asignado: «Todos los resultados de una buena enfermería, pueden echarse a perder o ser completamente negativos por un defecto, es decir: los pequeños detalles, o en otras palabras, por no saber conseguir que lo que Ud. hace cuando está allí se haga igual cuando no esté». Igualmente plantea que «estar al frente, o ser la persona responsable, ciertamente no es sólo cumplir las propias tareas, sino procurar que todos los demás lo hagan también»¹.

Esta última frase, escrita en el siglo XIX, sobre la persona responsable de los cuidados, mantiene su vigencia ya que, en la actualidad Gillies dice que «administrar es hacer que el trabajo se lleve a cabo por la acción de los demás»².

Si con los planteamientos de Nightingale sobre la enfermería, se inició el proceso de profesionalización de la misma, igualmente se puede afirmar que con ella se iniciaron las primeras actividades de la enfermera administradora.

Sin embargo, en nuestro país existen referencias anteriores a la mencionada, revisando la historia de la enfermería en España, aparece

descrita la Enfermera o Enfermero Mayor, figura instituida por los Reyes Católicos, que permanece hasta finales del siglo XIX, principios del XX.

La Enfermera o Enfermero Mayor, según describe la bibliografía será «un sujeto de señalada experiencia, virtud y caridad, será nombrada/ o por la Consulta Mayor y cada Hospital contará con dicha figura; a cargo de ella estará el régimen y administración de las Enfermerías, el cuidado de las medicinas y alimentos que estén sanos y que se administren en el tiempo oportuno» además «debe tener particular cuidado en que cada uno cumpla con su deber». Tendrá tres libros donde anotará la recepción del enfermo recogiendo sus datos, las medicinas, horas de aplicación y el alta por curación o muerte de los pacientes³.

En la descripción realizada sobre las actividades de la Enfermera/o Mayor y en la sucesiva evolución de las enfermeras en la administración, es preciso destacar el papel jugado por diferentes Instituciones Religiosas, entre otras los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas de la Caridad, que durante un amplio período de tiempo han sido los responsables de la administración, de diferentes Centros Hospitalarios.

MATERIAL Y METODO

Cabe aludir la escasa bibliografía existente, en nuestro país, durante la primera mitad del siglo XX, sobre la aportación de las enfermeras en los diferentes niveles de gestión, es a partir de los años 60 cuando ya se cuenta con algunos datos y sobre todo con referencias legislativas.

Las fuentes consultadas han sido publicaciones Españolas a partir de 1980, y se ha realizado una revisión de la legislación desde 1960. De dichas fuentes se ha analizado, la denominación de las enfermeras gestoras, el reconocimiento legislativo, la responsabilidad y funciones.

RESULTADOS

En 1962 con la Ley de Hospitales se pretende regular la situación de los mismos, en ella se reconoce explícitamente la figura del Director Médico pero no así la de Enfermera Jefe y Supervisoras, aunque estas figuras ya existían en varios Hospitales.

Coincidiendo con la promulgación de esta Ley se inicia una transformación de las Instituciones Sanitarias, generando una demanda de personal y una dinámica de funcionamiento distinta, lo que originó que algunos Hospitales empezaran a considerar la necesidad de establecer Jefaturas de Enfermería, así como una estructura organizativa, con mayor o menor independencia y poder, dentro de los mismos.

En esta década la enfermera que realiza tareas de gestión se denomina Enfermera Jefe y Supervisora, no existiendo reconocimiento legislativo. Tampoco estaban explicitadas las funciones y dependían éstas de la organización de cada Institución.

La existencia de estos puestos la ratifica Dominguez-Alcón ofreciendo datos sobre el número de Enfermeras Jefes y Supervisoras en Hospitales, en 1963 el número era de 625 y el porcentaje que representaban del total del personal de los Hospitales era el 0'8⁴.

Guilera menciona que en este periodo, en el Hospital General de Asturias se impulsa y establece una organización estructurada de enfermería, diferenciando e independizando la gestión de enfermería de la gestión médica, este modelo es importado a otros centros del país, como la Paz y Puerta de Hierro de Madrid y Santa Cruz y San Pablo de Barcelona⁵.

No obstante la legislación continúa sin reconocer los diferentes puestos de enfermeras en gestión, y es a partir de 1972 cuando se regula la práctica profesional con el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Es en este Reglamento donde se institucionaliza la figura de la Jefe de Enfermería, dependiente de la Dirección Médica del centro.

Las funciones descritas en el Reglamento para la Enfermera Jefe son las siguientes:

- Proponer la organización y distribución del personal
- Dirigir la Unidad o Servicio de Enfermería
- Velar por el mantenimiento de la disciplina, distribuir el trabajo y cuidar que se cumpla el horario

- Analizar las actividades del personal de enfermería en orden a la uniformidad del trabajo, elevación del nivel profesional y rendimiento
- Mantener informada permanentemente a la Dirección del Centro
- Organizar y dirigir las reuniones del personal cualificado de enfermería
- Promover y participar en programas de formación específica
- Instruir al personal de nuevo ingreso
- Emitir los informes administrativos relacionados con su función
- Cuantas misiones se le encomienden por la Dirección

Se establece en este Reglamento la figura de Enfermera Adjunta para aquellas Instituciones que por su tamaño fuera precisa y describe la Supervisora como la responsable de plantas de enfermería o unidades clínicas⁶.

Esta regulación de la práctica profesional sirvió para que a través del reconocimiento legislativo se institucionalizaran los puestos de gestión para enfermeras y se fuera consiguiendo un espacio dentro de la administración de servicios de salud.

A partir de 1975 comienza una etapa de transición política, en la cual se inicia el proceso de reforma de la sanidad, cuyo marco legal de obligada y necesaria referencia llegará a ser la Ley General de Sanidad (LGS), pero en el interín hasta su aprobación y dado el desarrollo sanitario producido en el mundo y en particular en Europa, fue necesario que se instrumentalizaran medidas concretas de reforma en los diferentes campos asistenciales.

Toda esta situación lleva a que en el terreno de la gestión de enfermería se produzcan una serie de avances como son:

- Por primera vez se abre para las enfermeras un cauce de participación dentro de los Organos de Planificación y Gestión del Sistema Sanitario. Se incorporan enfermeras a la Admi-

nistración central del Insalud e igualmente en las Comunidades Autónomas las enfermeras entran a formar parte de los Servicios Regionales de Salud, ocupando diferentes puestos como asesoras, técnicos, jefes de servicio y de sección, participando así, tanto en organismos centrales como en autonómicos, en las políticas y en la gestión sanitaria y de enfermería.

- La publicación del Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria plantea a las enfermeras un nuevo reto en gestión, proponiendo la necesidad de que el personal de enfermería, en colaboración con el resto del equipo asistencial, organice su propia estructura funcional, para así crear los equipos de Dirección, cuya filosofía será la Dirección por Objetivos⁷.
- Las Ordenes Ministeriales de 28 de Febrero y 1 de Marzo de 1985, en las que se establecen tres grandes divisiones en los Hospitales, una de estas divisiones será la de Enfermería. Por primera vez en nuestro país se reconoce legalmente la independencia de la Dirección de Enfermería de la Dirección Médica, considerándosele como órgano unipersonal de dirección y colocándose al mismo nivel de responsabilidad que las otras direcciones.

Las funciones que se le atribuyen a la Dirección de Enfermería en dichas Ordenes son:

- Ser responsable ante el Director Gerente del funcionamiento de los Servicios de Enfermería coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras
- Todas aquellas funciones que con carácter general corresponden al Director Gerente y que éste delegue. La Directora de Enfermería es miembro de la Comisión de Dirección⁸.

- La LGS que como se ha mencionado anteriormente es la pieza legislativa básica con la que continua el proceso ya iniciado de la reforma de la Sanidad.

Posteriormente a la aparición de ésta Ley se publica el RD 521/1987 sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Insalud que, sustituye a las Ordenes de 1985 y en el que se mantienen las Direcciones de Enfermería y se estructuran sus funciones quedando en:

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en los mismos.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería.
- Asumir las funciones que expresamente le delegue o encomiende el Director Gerente⁹.

Resumiendo lo mencionado, observamos en el siguiente cuadro la evolución de las variables analizadas:

AÑOS	1960	1970	1980/90
DENOMINACION	Enfermera Jefe	Jefe de Enfermería	Director/a
LEGISLACION	*****	Reglamento G.	OM/RD
FUNCIONES	*****	Descritas	Descritas

REFLEXIONES

Con las últimas reglamentaciones se consiguió lo que años antes parecía impensable, las enfermeras tenían la posibilidad de tomar decisiones, de controlar sus actividades, en definitiva de organizar y dirigir su trabajo, es decir, gestionar los cuidados de enfermería.

Aunque el recorrido en estos últimos años ha sido duro, se puede afirmar que, en la década de los 80, la enfermería en general ha avanzado

e igualmente han dado grandes pasos las enfermeras en la gestión de cuidados. Pero hay que tener presente que el papel de las enfermeras en la gestión se está cuestionando por la Administración y otros Directivos y que por otro lado, en muchas ocasiones, la inestabilidad en el puesto no ha permitido a los Directivos de Enfermería desarrollar y continuar los proyectos que se planteaban.

En algunas Comunidades Autónomas se han reestructurado las funciones y atribuciones del Director/a de Enfermería limitándose a coordinar y no dirigir, lo que supone un claro retroceso respecto a las funciones reconocidas anteriormente.

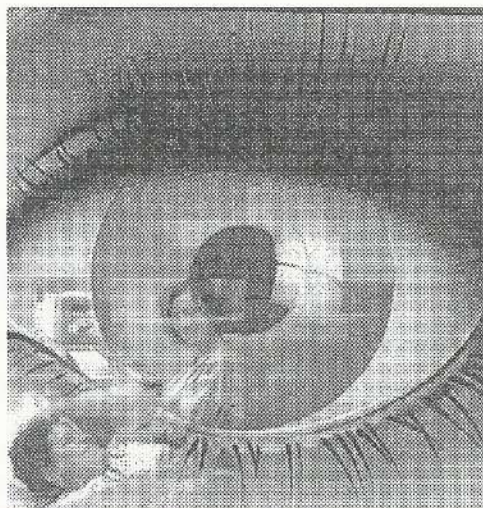
Para concluir podemos decir que:

- El reconocimiento legislativo y la definición de las funciones de las Direcciones de Enfermería, han sido de transcendental importancia para el avance en la Gestión de los Cuidados. Entendiendo que la gestión de cuidados no solamente se ejerce en función de la aplicación de teorías administrativas sino en relación a concepciones propias de la disciplina enfermera, siendo el cuidado de la persona el centro del servicio enfermero.
- Compartimos con Almazán que para las Direcciones de Enfermería el futuro representa oportunidades y desafíos que se pueden instrumentalizar en torno a las siguientes cuestiones:
 - La disposición para liderar cambios, que pasan por cambios de estilos de dirección y cambios en la organización.
 - La profesionalización, siendo conscientes de que como profesionales expertos en cuidados, las enfermeras son el instrumento para asegurar tanto la calidad de la atención como el éxito económico del centro.
 - La productividad y la eficiencia.
 - La gestión de enfermería ha de dirigirse hacia una gestión eficaz que minimice los costes procurando la mejora de la calidad de los cuidados¹¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Nightingale F. Notas de Enfermería. ¿Qué es y qué no es?. Barcelona: Salvat, 1990.
2. Gillies DA. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los Sistemas. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1994.
3. Ventosa F. Historia de la Enfermería Española. Madrid: Ciencia 3, 1984.
4. Domínguez-Alcón C. Los Cuidados y la Profesión Enfermera en España. Madrid: Pirámide, 1986.
5. Guílera E. Evolución de la enfermería desde la óptica de la gestión. Rol 1986; 100: 32-35.
6. Ministerio de Trabajo-Instituto Nacional de Previsión. Reglamento general para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid, 1972.
7. Gutiérrez R. Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Insalud, 1984.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden Ministerial de 28 Febrero y 1 de Marzo de 1985. B.O.E. nº 55 de 5 de Marzo/1985.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 521/1987. B.O.E. nº 91 de 16 de Abril/1987.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984. B.O.E. nº 27 de 1 de Febrero/1984.
11. Almazan S. Perspectivas de la gestión. En: AAVV. Las enfermeras del tercer milenio. Sevilla: AEED, 1992; 57-66.

¿QUÉ IMAGEN TIENEN LOS MÉDICOS DE LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS?



**Benavente Sanguino, M^a. J.
Morgado Villaverde, M**

*Enfermeras
E.U.E. INSALUD. Badajoz.*

INTRODUCCIÓN

La imagen es reflejo de la relación profesional. Las relaciones entre médicos y enfermeras han sido a lo largo de la historia un camino de rosas con flores y espinas. Han transcurrido casi de forma paralela a ambos lados de la finísima línea que separa el amor y el odio.

La solución a los problemas de relaciones y por tanto de adecuación de la imagen sigue siendo cosa de dos. En este caso particular, de médicos y enfermeras.

Se supone que a medida que la enfermería se profesionaliza, se desarrolla la dimensión independiente de la profesión.

Una de las mayores contribuciones a la profesionalización es la formación universitaria. En Julio de 1997, se cumplirán 20 años del establecimiento de la Diplomatura en Enfermería. El objetivo del estudio es comprobar si después de dos décadas en la Universidad, ha cambiado sólo el nombre de la titulación o si se han formado actitudes nuevas en los profesionales más cercanos: los médicos. Este cambio de actitud implica el reconocimiento de la contribución independiente de las enfermeras al equipo de salud.

Se analiza en este estudio mediante una investigación descriptiva, el conocimiento que los médicos tienen de la competencia profesional de las enfermeras.

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en MEDLINE hasta el año 93 y en IME (Índice Médico Español) del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) hasta el año 76. Aunque los problemas de relación médico-enfermera son tratados en artículos como los de Sweet S. J. y Norman I.J. o Adamson B. J., Kenny D.T. y Wilson-Barnett, éstos no abordan el aspecto de la imagen profesional que se pretende analizar en este estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Para recoger las opiniones de los médicos, se ha utilizado el sistema de entrevista personal haciendo uso de un cuestionario con 25 preguntas. A continuación se explican brevemente los aspectos más relevantes de la metodología empleada.

CUESTIONARIO

Además de recoger los datos referidos a la población entrevistada (sexo, edad, situación laboral y puesto de trabajo), las preguntas abordaban los distintos aspectos de la profesión de enfermería a nivel asistencial, docente investigador y de gestión. Dicho formulario se adjunta como Anexo 1.

POBLACIÓN

Médicos españoles, de los que se han obtenido 444 entrevistas.

LOCALIZACIÓN

La encuesta fue enviada a 16 ciudades españolas, encontrando respuesta en 12 de ellas. (Figura 1).

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para analizar los datos se ha utilizado el programa estadístico BARBRO. Las preguntas del cuestionario han sido estudiadas con tablas combinadas de las variables edad/sexo y edad/categoría profesional. La gran cantidad de datos obtenidos en esta contrastación es tal, que son imposibles de exponer en tan corto espacio de tiempo. Se han seleccionado las respuestas pro-enfermería para su comentario posterior.

RESULTADOS

El cuadro resumen (Anexo 2) muestra los resultados más relevantes obtenidos en el presente estudio. Dicho cuadro se subdivide en tres partes en función de que la opinión de los médicos se refiera a la Enfermería como profesión, a la valoración de la enfermera como profesional y al reconocimiento del rol profesional autónomo.

En cuanto al reconocimiento profesional los resultados señalan que hay un apoyo máximo de la población encuestada (oscilando los porcentajes entre el 79 y el 46%). En las tablas contrastadas de edad y sexo se observa que son las mujeres jóvenes las que valoran más positivamente el aspecto profesional. (Cuadros del 1 al 7).

En la valoración de la enfermera como profesional, se aprecia una opinión moderadamente negativa (oscilando los porcentajes pro-enfermería entre el 44 y el 30 %). Continúan siendo las mujeres jóvenes las más positivas en su valoración: (Cuadros del 8 al 16). Llama la atención que lo que más valoran es la capacidad técnica de la enfermera.

En la última parta del cuadro resumen, se aprecia la opinión francamente negativa de los médicos cuando se trata de valorar el rol autónomo de la enfermera (oscilando los porcentajes entre el 26 y el 7 %). Es significativo que en este aspecto ni la edad ni el sexo influyen, existiendo una completa unanimidad en la opinión. (Cuadros del 17 al 22).

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

Se observa que las opiniones de los médicos sobre las enfermeras son muy variables según el capítulo a que corresponda. Hay una actitud bastante favorable hacia la Enfermería cuando se trata de reconocerla como profesión. En cambio la valoración de las enfermeras como profesionales que expresan los médicos es moderadamente negativa; y la opinión es francamente negativa cuando se trata de reconocer el rol autónomo de la enfermera.

Otra de las conclusiones a la que se ha llegado, es que los médicos no observan una imagen adecuada a la que correspondería después de estos 20 años de Universidad. Creemos que sería interesante analizar desde dentro de la profesión, si este cambio no percibido por los profesionales más próximos se ha producido realmente.

No obstante, pensamos que hay que mantener las controversias y el espíritu de cambio, ya que pueden ser poderosas fuerzas positivas. La Enfermería, no hay que olvidarlo, es una profesión joven y necesita esta fuerza para seguir creciendo. Nosotras añadiríamos algo ya sabido por

todos, que la Enfermería consiste en cuidar. A pesar de la imagen que podamos ofrecer, las enfermeras hacemos un trabajo importantísimo.

Estamos con la Dra. Dorothy C. Hall cuando afirma que:

“Las enfermeras necesitan dejar de lamentarse sobre el valor terapéutico de su disciplina, Deben reconocerse a sí mismas y a su profesión por lo que realmente son y deben ser: Organizadoras y proveedoras esenciales de servicios para la prestación de cuidados dentro de la sociedad, compañeras de otros profesionales de la salud y la asistencia social y servidoras de nadie más que sus clientes y de las exigencias razonables de su disciplina”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbara J. Adamson, Dianna T. Kenny and Jenifer Wilson-Barnett; «The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses»; *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 21, 172-183.
2. Sarah J. Sweet, and Ian J. Norman; «The nurse-doctor relationship: a selective literature review»; *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 22, 165-170.

ANEXO 1

Nº Entrevista _____ Ciudad _____

Datos Profesionales:

P.1 Edad:

Menos de 30	1	30 a 44	2
45 a 64	3	65 o más	4

P.2 Sexo

Varón	1	Mujer	2
-------	---	-------	---

P.3 Categoría Profesional:

Dirección / Gerencia	1	Jef- de Servicio	2
Titular / Adjunto	3	Residente	4

P.4 Posición en el sistema Sanitario:

Sólo sanidad pública	1
Pública y privada	2
Sólo privada	3

P.5 Especialidad

Internista	1	Especialista	2
Cirujano	3	Médico de familia	4
Otros	5		

P.6 Esta es una encuesta específica sobre las Enfermeras / ATS.
Por cierto, ¿usted que título considera más conveniente?.

Enfermeras	1
ATS	2
Le da igual	3

P.7 ¿Qué opina del plan de estudios que siguen las enfermeras (ATS)?.

Es muy completo	1
Está bien	2
Es insuficiente	3
Es un disparate	4
No tengo ni idea	5

P.8 Las escuelas de Enfermería (ATS) deben ser dirigidas y organizadas por médicos o por enfermeras (ATS).

Por médicos	1
Por enfermeras (ATS)	2
Ambos indistintamente	3

P.9 ¿Sería conveniente que un alumno de Medicina, con tres años de carrera pudiera convalidar sus estudios por la Diplomatura de Enfermería (ATS)?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

P.10 ¿Cómo debe ser el trabajo de las enfermeras (ATS) en un hospital en relación con los médicos?.

Más bien dependiente de los médicos	1
Más bien como colaboradores ambos	2
Más bien independiente de los médicos.	3

P.11 Suponga el siguiente caso. Una enfermera (ATS) de su unidad, modifica por su cuenta la pauta de analgesia de un enfermo con dolor. A usted, ¿qué le parecería?

- | | |
|--|---|
| Le parecería muy bien | 1 |
| Le llamaría la atención, aunque se enterasen los demás | 2 |
| Le llamaría la atención en privado | 3 |

P.12 ¿Qué le parece el hecho de que algunas enfermeras (ATS) informen a la familia del paciente de la evolución del mismo?

- | | |
|---|---|
| De acuerdo, es parte de su trabajo | 1 |
| Pasa de ello, quitan un trabajo a los médicos | 2 |
| No está bien, eso corresponde a los médicos. | 3 |

P.13 A la hora de escribir el alta de un paciente, ¿en qué situación debe estar la opinión de la enfermera (ATS) ?.

- | | |
|--|---|
| Debe contar siempre su opinión | 1 |
| Sólo cuando haya problemas personales o familiares | 2 |
| Por lo general, no debe contar su opinión | 3 |

P.14 Suponga que hay un paciente con un accidente vásculo-cerebral al que hay que lograr que recobre la mayor autonomía posible para las actividades cotidianas (comer, peinarse, lavarse los dientes, etc.) . ¿A quién corresponde sobre todo esa tarea?

- | | |
|------------------------|---|
| La familia, los amigos | 1 |
| Al médico | 2 |
| Al fisioterapeuta | 3 |
| A la enfermera (ATS) | 4 |

P.15 ¿Considera imprescindible la presencia de una enfermera (ATS) en la visita médica?

- | | | | |
|----|---|----|---|
| Sí | 1 | No | 2 |
|----|---|----|---|

P.16 ¿Cree que las enfermeras (ATS) pueden hacer por sí mismas diagnósticos de salud de los pacientes?.

- | | |
|------------------------|---|
| Sí, en todos los casos | 1 |
| Sí, en algunos casos | 2 |
| No | 3 |

P.17 ¿Deben existir las Direcciones de Enfermería en los hospitales?

Sí, en todos los casos 1

Sí, en algunos casos 2 No 3

P.18 ¿De quién deben depender, funcional y primariamente las enfermeras (ATS) en un hospital?.

Del Director Gerente 1 Del Director Médico 2

Del Jefe de Servicio 3 De la Supervisora 4

P.19 Piense en las enfermeras (ATS) que usted conoce o con las que trabaja. Póngales una nota (de 1 a 10) en cada uno de estos aspectos:

(a) Conocimientos y realización de técnicas y procedimientos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(b) Valoración de los problemas no estrictamente fisiológicos de los pacientes.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(c) Coordinación del trabajo de la unidad.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(d) Valoración y asistencia integral del paciente.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P.20 ¿Cree usted que las enfermeras (ATS) deberían investigar?.

Sí, desde luego 1

Sí, con tal que se prepararan mejor 2

Basta que colaboren con otros profesionales 3

No es su cometido 4

P.21 ¿Qué le parece la organización de una Licenciatura completa de Enfermería (ATS)?.

De acuerdo totalmente 1

Antes habría que reformar muchas cosas 2

En contra 3

P.22 Según su experiencia, ¿Cuál es la mejor cualidad que debe tener una enfermera (ATS)?.

La preparación técnica 1

La capacidad organizativa 2

La capacidad humana: establecer buenas relaciones 3

Que sea leal, discreta y obediente 4

La presencia y capacidad físicas 5

P.23 Hay veces en que se presentan conflictos inevitables entre el médico y el paciente. Con independencia de quién pueda tener razón, ¿la enfermera (ATS) de qué parte debe estar?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Sobre todo debe lealtad al médico | 1 |
| Debe estar, primero, con el paciente | 2 |
| Lo mejor es que no interfiera | 3 |

P.24 ¿En general la imagen que se tiene de las enfermeras (ATS) es más positiva o más negativa de lo que se merecen por lo que hacen?

- | | |
|---------------------------|---|
| Es más positiva | 1 |
| Es la que les corresponde | 2 |
| Es más negativa | 3 |

P.25 Suponga que tiene usted una hija estudiando Bachillerato y que le plantea que quiere ser enfermera (ATS). ¿Qué haría usted?. ¿Cuál sería su reacción?.

- | | |
|---|---|
| Me parecería muy bien, si eso es lo que prefiere. | 1 |
| Le trataría de reorientar hacia la Medicina. | 2 |
| Le trataría de reorientar hacia otra carrera. | 3 |
| Me daría igual, es su problema | 4 |
| No se lo aconsejaría | 5 |
| Me sentiría muy mal | 6 |

Figura 1.- Ciudades en las que se pasó la encuesta y respuestas obtenidas



Badajoz	50
Barcelona	
Burgos	
Cáceres	50
Córdoba	50
Gijón	
Guadalajara	23
Huesca	8
Logroño	9
Madrid	78
Murcia	
Pamplona	50
Tenerife	43
Teruel	26
Sevilla	11
Zamora	50

Enviadas 850
Recibidas 444

Ítem	Descripción	Clave	%
A	Oposición a convalidar estudios	9/2	79
B	A favor de un hijo enfermero	25/1	69
C	A favor de Direcciones de Enfermería	17/1	65
D	Imprescindible visita médica con presencia de enfermería	15/1	65
E	Enfermería debe hacer diagnósticos	16/1,2	64
F	Nota alta a conocimientos	19a/8,9,10	52
G	Enfermería debe investigar	20/1	46
H	Dependencia de supervisora	18/4	44
I	Importante coordinar trabajo unidad	19c/8,9,10	43
J	Valoración de problemas generales	19b/8,9,10	42
K	Valoración asistencia integral del paciente	19d/8,9,10	41
L	Opinión de Enfermería en altas	13/1	41
M	Información de Enfermería a familia	12/1	35
N	Imagen más negativa de lo merecido	24/3	31
O	Recuperación paciente Enfermería	14/4	31
P	Licenciatura en Enfermería	21/1	30
Q	Modificación pauta de analgesia	11/1	26
R	En conflicto, Enfermería con paciente	23/2	25
S	Mejor cualidad = capacidad humana	22/3	25
T	Dirección Escuelas, sólo Enfermería	8/2	20
U	Críticos con planes de estudio	7/3,4	11
V	Trabajo independiente de los médicos	10/3	7

Cuadro 1 (1996)	Se oponen a que puedan convalidar los planes de estudio. 79 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	62	79	76	75
mujeres	88	86	69	84
total médicos	80	82	75	79

Cuadro 2 (1996)	Están a favor de que una hija sea enfermera si lo desea. 69 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	88	68	55	66
mujeres	83	70	67	74
total médicos	84	69	57	69

Cuadro 3 (1996)		Están a favor de que existan las Direcciones de Enfermería. 65 %		
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	68	59	55	59
mujeres	81	68	67	73
total médicos	77	63	59	65

Cuadro 4 (1996)		Creen imprescindible la presencia de una enfermera en la visita médica. 65 %			
% de cada combinación		edad			
sexo		jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones		71	66	74	70
mujeres		59	63	56	60
total médicos		62	64	68	65

Cuadro 5 (1996)	Opinan que las enfermeras deben hacer diagnósticos. 64 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	65	63	53	59
mujeres	70	79	40	70
total médicos	68	69	53	64

Cuadro 6 (1996)		Dan una nota alta a los conocimientos de las enfermeras. (8, 9 y 10) 52 %			
% de cada combinación		edad			
sexo		jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones		56	43	52	49
mujeres		65	56	48	60
total médicos		63	48	53	52

Cuadro 7 (1996)	Opinan que las enfermeras deben investigar. 46 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	53	45	34	42
mujeres	58	49	42	51
total médicos	57	47	36	46

Cuadro 8 (1996)	Opinan que las enfermeras deben depender de la supervisora. 44 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	53	51	31	43
mujeres	51	42	42	45
total médicos	51	48	33	44

Cuadro 9 (1996)	Dan una nota alta a la coordinación del trabajo en la unidad. (8, 9 y 10) 43 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	56	43	52	49
mujeres	65	56	48	60
total médicos	63	48	53	52

Cuadro 10 (1996)	Dan una nota alta a la valoración de problemas generales. (8, 9 y 10) 42 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	33	40	42	39
mujeres	50	41	50	47
total médicos	44	40	43	42

Cuadro 11 (1996)	Dan una nota alta a la asistencia integral del paciente. (8, 9 y 10) 41 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	44	40	40	40
mujeres	42	42	39	41
total médicos	44	39	39	41

Cuadro 12 (1996)	Debe contar la opinión de la enfermera para el alta de un paciente. 41 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	47	38	31	36
mujeres	54	53	28	48
total médicos	52	44	30	41

Cuadro 13 (1996)	De acuerdo con que la enfermera informe a la familia. 35 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	47	37	25	34
mujeres	39	42	22	37
total médicos	42	39	24	35

Cuadro 14 (1996)	Perceben una imagen de las enfermeras más negativas de la que merecen. 31 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 ó más)	total médicos
varones	32	30	21	27
mujeres	39	35	31	36
total médicos	37	32	23	31

Cuadro 15 (1996)	Opinan que la recuperación del paciente corresponde a la enfermera. 31 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	38	20	27	25
mujeres	36	41	44	40
total médicos	37	28	31	31

Cuadro 16 (1996)	A favor de una licenciatura en Enfermería: 30 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	26	25	28	26
mujeres	38	32	42	36
total médicos	35	27	31	30

Cuadro 17 (1996)	A favor de que la enfermera modifique la pauta de analgesia. 26 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	29	28	20	25
mujeres	30	32	19	29
total médicos	30	29	20	26

Cuadro 18 (1996)	La enfermera debe estar al lado del paciente en un conflicto. 25 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	32	16	18	19
mujeres	41	24	39	33
total médicos	38	19	25	25

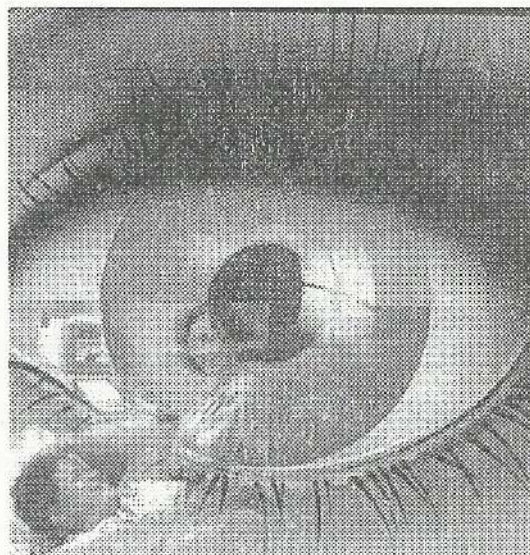
Cuadro 19 (1996)	Opinan que la mejor cualidad de la enfermera es la capacidad humana. 25 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	21	17	25	21
mujeres	19	29	25	24
total médicos	19	22	25	22

Cuadro 20 (1996)	Opinan que las Escuelas deben ser dirigidas solo por enfermeras. 20 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	24	16	19	18
mujeres	23	20	36	24
total médicos	23	17	23	20

Cuadro 21 (1996)	Son críticos con los planes de estudio de Enfermería. 11 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	6	10	22	15
mujeres	3	6	14	7
total médicos	4	8	19	11

Cuadro 22 (1996)	Opinan que el trabajo de las enfermeras es independiente. 7 %			
% de cada combinación	edad			
sexo	jóvenes (menos de 30)	maduros (30-44)	mayores (45 o más)	total médicos
varones	9	2	5	4
mujeres	9	5	25	10
total médicos	9	3	10	7

EVOLUCIÓN PROFESIONAL DE LA ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE NAVARRA EN LOS ÚLTIMOS 60 AÑOS



Blanca Marín*
Mercedes Ferro
Elena Pereyra
M^a Asun Sabalza

*Universidad Pública de Navarra**
Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea
Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN

La enfermería es la profesión cuya función primordial y valor social es CUIDAR de la salud de los individuos, familias y comunidades, desde el máximo respeto a sus necesidades y valores socioculturales. La ayuda a los individuos, el objeto del cuidado y la acción de cuidar, ha ido evolucionando a lo largo de la historia, condicionados entre otros por los siguientes aspectos:

- A. La evolución del concepto de salud, desde la salud entendida como no morir, no enfermar, no tener limitaciones físico-psíquicas, hasta el concepto de calidad de vida o el de equilibrio con el medio ambiente.
- B. La evolución social de la Medicina por sus etapas históricas de magia, religión, filosofía, ciencia¹.
- C. Los cambios sociales del trabajo y la economía, el paso de sociedades simples a sociedades complejas y sobretudo el fenómeno de la industrialización.
- D. El papel de la mujer en la familia y sociedad, desde las mujeres protectoras y cuidadoras de la unidad familiar y la descendencia, hasta la mujer que trabaja, se desarrolla intelectualmente y mantiene una autonomía propia e independencia económica.

Es fácil por tanto, situar a la enfermera entre tres fuerzas distintas y en ocasiones no solo de diferentes direcciones sino antagónicas, como son: las necesidades o demanda de salud de los individuos y familias, las pautas que marcan la tecnología y las Ciencias de la Salud, y últimamente y cada vez mas lo que la Enfermería como colectivo profesional considera que debe ser y hacer.

De esta forma se ha podido ir configurando esta profesión, cuyo valor social es un servicio de salud específico, con un cuerpo propio de

conocimientos, que a veces de forma individualizada pero más frecuentemente como parte de un equipo multidisciplinar, afronta y defiende su propia autonomía y decisión en la responsabilidad social de CUIDAR.

No obstante, y como se lee en algunos tratados de sociología "las enfermeras son generalmente reconocidas como profesionales, pero el grado de control que tiene la mayoría sobre sus condiciones de trabajo es relativamente limitado. Los hospitales son organizaciones burocratizadas, en las cuales las enfermeras están subordinadas a superiores de enfermería así como a otro personal médico².

OBJETIVO

Conocer los cambios más significativos de la enfermera, acaecidos en el Hospital de Navarra en los últimos 60 años; a partir del análisis de su estructura, organización, función e imagen proyectada desde los uniformes.

MATERIAL Y MÉTODO

FUENTES ETNOGRÁFICAS

1. **Información oral:** se seleccionan como informantes a personas que han sido testigo y/o protagonistas de la situación estudiada (tabla I).
2. **Culturas materiales y plásticas:** se recogen y analizan fotografías, guías de información y planos del Hospital de Navarra (HNA) correspondientes a las fechas de los tres cortes establecidos.
3. **Información escrita:** se analiza el "Reglamento del Hospital Provincial de Navarra" de 1936³, la "Memoria relativa a la administración provincial y municipal de Navarra" de 1938⁴, el "Reglamento del Hospital Provincial de Navarra" de 1969⁵ y la "Memoria de la actividad del Hospital de Navarra" de 1995⁶.

VARIABLES ESTUDIADAS

1. **Características de la población atendida:** habitantes, datos económicos, oferta sanitaria.

2. **Utilización de los espacios:** identificación de espacios, tipo de ocupación, elementos técnicos.
3. **Personas implicadas en el proceso asistencial:** Estamento o categoría profesional y sexo.
4. **Vestimenta utilizada (Uniforme):** elementos que lo componen, color, sistemas de identificación.
5. **Aspectos más significativos del rol profesional:** funciones y actividades desarrolladas.
6. **Aspectos generales de la organización:** tamaño de la plantilla, sistema provisión de plaza, órganos de gestión y de participación, niveles de decisión, retribución, funciones e interrelaciones.

METODO

Se realiza un estudio histórico de los últimos 60 años de existencia del Hospital de Navarra; se establecen tres cortes transversales en 1936, 1970 y 1995.

Para el análisis y discusión de los datos se aplica como modelo teórico el propuesto por el estructuralista Edmund Leach⁶.

RESULTADOS

La construcción del Hospital de Navarra comienza a finales del siglo XIX por encargo de Dña. Concepción Benitez y Ruiz de Beistegui, quien decide invertir parte de su fortuna en obras benéficas edificando un Centro Hospitalario. El estudio del plan se encomendó al Dr. Simonena y el proyecto de ejecución al arquitecto Sr. Espalza, que acababa de realizar la obra del Hospital de Basurto en Bilbao. Es así que el Hospital de Navarra se construye parecido al de Basurto, con pabellones rodeados de zonas verdes, siguiendo la concepción higienista de la arquitectura sanitaria inglesa.

Por diversas razones en el año 1913, Dña Concepción Benitez abandonó el proyecto, cediendo gratuitamente terrenos y edificios al Ayuntamiento de Pamplona, reservándose el derecho a nombrar y pagar al capellán, así como sus sucesores. Igualmente se reserva el derecho del enterramiento en la capilla para ella y para su esposo. En 1928 el Ayuntamiento, con autorización de la Diputación Foral, ofreció las instalaciones

al Estado para instalar en ellos la Fundación Nacional de Ciegos. Desistiendo más tarde el Estado de su proyecto, después de haber realizado en los pabellones construidos obras importantes de ampliación y adaptación, se devuelven en 1930 al Ayuntamiento de Pamplona y éste a la Diputación de Navarra, que decide instalar aquí sus principales servicios de Beneficencia (Maternidad, Orfanato, Hospital).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

El hospital en sus orígenes se define como un establecimiento benéfico que admite prioritariamente a enfermos incluidos en las listas de beneficencia municipales y para los cuales la asistencia es totalmente gratuita. No obstante, en las camas sobrantes puede admitir a enfermos no incluidos en la beneficencia, debiendo satisfacer los gastos derivados de la asistencia el mismo o su familia.

A partir de 1969, como queda recogido en el Reglamento del Hospital de Navarra de dicha fecha, la misión del Hospital cambia, ampliándose la prestación asistencial no solo a personas en régimen de beneficencia municipal, sino a cuantas personas lo soliciten.

En 1995 el Hospital pertenece a la red de centros asistenciales del Sistema Navarro de Salud-Osasumbidea, admitiendo a todos los ciudadanos que por su condición de beneficiarios de la Seguridad Social o de cualquier seguro, mútua o pago directo, quieran ser atendidos (Tabla II).

UTILIZACIÓN DE LOS ESPACIOS

La descripción de los espacios y evolución de los mismos queda reflejado en la Tabla III, observándose cómo las salas corridas se convierten en habitaciones dobles e individuales y cómo se van incorporando elementos técnicos y de confort.

PERSONAS IMPLICADAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL

En 1936 y según consta en su Reglamento, el personal del Hospital era de tres clases.

Facultativo: médicos y practicantes; Auxiliar: Comunidad de Religiosas y Subalterno: vigilantes de clínica y sirvientes. A éstos se suma las Voluntarias de la Cruz Roja. En 1969 desaparece el personal voluntario y se incorpora las Auxiliares de Clínica y las Ayudante Técnico Sanitario; a

los vigilantes de clínica se les llama "Enfermeros". En 1995 no existen Hermanas Religiosas, ni practicante; aparecen los Diplomados en Enfermería (que sustituyen a las ATS puesto que la mayoría convalidan su título), las Auxiliares Sanitarias y los Técnicos Especialistas. El sexo predominante de los mismos queda recogido en la tabla IV.

VESTIMENTA UTILIZADA (uniforme)

Los elementos diferenciados de los uniformes, así como el color y sistemas de identificación queda recogido en la tabla V. Como información complementaria a destacar es que en la década de 1980 se introduce el código de color para los uniformes de áreas asistenciales especiales. Estos incluyen los mismos elementos que el resto (Blusón y pantalón), pero son completamente de un color y sin sistemas de identificación por estamento profesional: verde para el Área Quirúrgica, naranja para el Área de Cuidados Intensivos, amarillo para el Área de Nefrología (Hemodiálisis).

ASPECTOS MÁS SIGNIFICATIVOS DEL ROL PROFESIONAL

En la tabla VI se detallan las funciones y actividades más significativas desarrolladas por los diferentes estamentos profesionales identificados en los tres cortes del estudio. La información presentada se ha obtenido de los documentos escritos revisados, salvo las de Auxiliares de Clínica, Diplomados de Enfermería, Técnicos Especialistas, que al no estar registrado en ningún Reglamento, son las observadas por las autoras del estudio.

ASPECTOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN

Los datos referentes a este apartado se indican en la tabla VII. En este caso las fuentes han sido los documentos escritos y los informantes orales, por lo que se conjuga información tanto objetiva y como subjetiva.

DISCUSIÓN

Período de 1936

Las actividades mas identificadas con lo que supone la prestación de cuidados, que es el núcleo identificativo del rol de la Enfermera actual, ha sido realizado a lo largo de los años por diferentes grupos profesionales. Como se extrae de los datos obtenidos, en 1936 las citadas actividades estaban repartidas entre Hermanas de la Caridad, Practican-

tes, Voluntarias, Encargados de vigilancia y limpieza, y Sirvientes o limpiadoras.

En este tiempo se observa una clara diferenciación sexual del trabajo, existiendo diferencias entre quienes prestan atención a hombres y a mujeres (los hombres para los hombres, las mujeres para las mujeres), quienes ocupan los estamentos mas profesionalizados, con formación y con mayor poder de decisión (hombres: médicos, practicantes), quienes realizan las actividades mas relacionadas con el servicio y la entrega (mujeres: Hnas. de la Caridad, Voluntarias, Sirvientes o limpiadoras). Destaca también una gran preocupación por la atención espiritual de los pacientes.

La vestimenta traduce esta realidad. Los hombres que ocupan los estamentos superiores llevan la bata blanca (mas corta que lo que se usa actualmente) que inspira respeto, autoridad, ciencia. Combinan con ésta elementos de su propia vestimenta (pantalones propios, salvo cuando están de guardia), que permite aportar una visión de individualidad, junto con la identificación de su nombre bordado en el bolsillo superior de la bata. La vestimenta del personal femenino está fuertemente influenciada por la concepción religiosa, siendo el modelo referente el hábito de las Hermanas de la Caridad. Las Voluntarias o Damas de la Cruz Roja llevan una uniforme que bien pudiera confundirse con una postulante o novicia de las citadas religiosas (imagen de recato, discreción, humildad, piedad).

Respecto a los aspectos organizativos generales del Hospital, llama la atención cómo han quedado recogidos a través del Reglamento de 1.936 el carácter, objeto y régimen del entonces Hospital Provincial de Navarra y cómo en esa fecha estaban ya reguladas distintas responsabilidades para cada uno de los grupos profesionales y/o religiosos.

Período de 1.970

La distribución de las actividades de los cuidados sigue de manera similar a la época anterior, con la salvedad de la aparición de la figura del ATS (Ayudante Técnico Sanitario). Esta figura responde a un Plan de Estudios que unifica los anteriores de Practicantes y Matronas. Es así que el ATS va sustituyendo a la figura profesional del Practicante, feminizándose la misma, ya que al desaparecer la formación de practicante, pocos hombres realizan estudios de ATS. La mayoría de las Es-

cuelas de ATS, dependientes de las Facultades de Medicina son fundamentalmente para alumnado femenino y los hombres interesados por la asistencia sanitaria inician estudios de Medicina, pudiendo obtener a mitad de su carrera el título de ATS.

En el Hospital de Navarra los Practicantes siguen realizando sus funciones específicas (técnicas y asistencia a hombres), hasta el momento de la jubilación, condicionando así la extinción de este estamento (aproximadamente hasta 1987-88).

Las ATS van abarcando gran parte de las actividades que realizaban las Hnas. de la Caridad, dejando a éstas fundamentalmente la atención espiritual. También incorporan algunas de las realizadas anteriormente por los médicos (responsabilidad dietética, toma de muestras), y algunos procedimientos en mujeres similares a los prestados por Practicantes a hombres.

Aparece la figura del Auxiliar Sanitario, que como su nombre lo indica, su finalidad es la de ayudar/auxiliar en la asistencia de enfermos. Asumen muchas de las actividades realizadas anteriormente por Voluntarias y por Encargados de Vigilancia y Limpieza (aunque éstos últimos siguen haciendo las mismas actividades a hombres).

En este corte se sigue apreciando la marcada diferenciación sexual del trabajo, en los términos expresados en el anterior, con la salvedad de que se va profesionalizando al personal femenino. Las ATS tienen formación académica reglada y mayor poder de decisión y autonomía. El hombre sigue siendo la autoridad máxima, que regula toda la organización del hospital.

La vestimenta marca claramente la distinción de género (hombre con pantalón, mujer con falda). La vestimenta masculina de Médicos y Practicantes no se modifica, conservando la imagen de sobriedad, autoridad, ciencia.

En la femenina hay una clara evolución. El hábito de las Hnas. de la Caridad toma elementos más seculares (se acorta la largura de faldada, se cubre menos la cabeza, se hace más funcional). El uniforme del resto del personal femenino (ATS, Auxiliar de Clínica, Sirvientes o limpiadores) evoluciona del llevado por las Voluntarias, eliminando elementos de sobriedad al llevar las mangas cortas, el cuello o escote en pico, etc., e incluyendo la cofia como elemento más decorativo que funcional. Este adorno de influencia inglesa, fue posteriormente muy cuestionado, unido al del delantal, por su simbolismo de servilismo y sumisión.

Se remarca la división de clases y estamentos, introduciendo un código de colores: la bata de las ATS es blanca (color de pureza, limpieza, higiene, esplendor, respeto, ciencia); la bata del Auxiliar de Clínica es marrón (color más relacionado con la tierra, el trabajo sucio); la bata de Sirvientes o limpiadoras es a cuadritos azul y blanco (colores típicos de los uniformes de las sirvientas domésticas). Solamente hay un elemento distorsionador de este análisis de la vestimenta que lo ocasionan los Celadores (Encargados de Vigilancia y Limpieza). En estos confluye la condición de género (masculino) y la de realizar actividades de rango inferior a las realizadas por Médicos y Practicantes. Es así que su vestimenta recoge los elementos masculinos (pantalón) y el color de respeto (blanco), pero al llevar pantalón y Bluson elimina el elemento de individualidad descrito para los anteriores. Esto a nuestro modo de ver hace que el público en general no identifique claramente a qué estamento pertenecen y les denominen Enfermeros (mayor categoría por ser hombres, mayor formación por llevar el color blanco, pero diferentes de las ATS y Practicantes)

Período de 1.995

En este momento el panorama en la prestación de cuidados está mucho más definido. Estos son responsabilidad de los Diplomados de Enfermería, ayudados por los Auxiliares Sanitarios. Los Celadores (anteriormente Encargados de Vigilancia y Limpieza) no realizan ninguna actividad de asistencia a los pacientes, salvo colaborar en la movilización de los mismos (levantar y acostar, traslado interno).

La diferenciación sexual del trabajo casi se ha perdido (y decimos casi por que el porcentaje mayor en cada estamento lo ocupa el sexo predominante en etapas anteriores). Tanto mujeres como hombres atienden a pacientes de ambos sexos, y lo único que diferencia sus funciones es el estamento y preparación profesional. La mayoría de los grupos profesionales tienen una titulación (Diplomado en Enfermería: primer ciclo universitario; Técnico Especialista: formación profesional de 2º grado; Auxiliar Sanitaria: formación profesional de 1º grado) y a todos se les oferta actividades de formación continuada.

Esta situación se refleja claramente en la vestimenta. Todos los estamentos utilizan el mismo uniforme (blusón blanco, pantalón blanco, chaquetilla de tela, zueco blanco,...), que es el más funcional, dejando en

segundo plano el aspecto estético (algo que en nuestra opinión se ha abandonado exageradamente). Todos llevan la identificación de su nombre y estamento. No hay códigos de colores que marque diferencia.

Hay que advertir que en la evolución del uniforme entre el segundo y tercer corte, para llegar al actual anteriormente descrito, hubo un paso intermedio en el que se unificaron los elementos fundamentales del mismo (Blusón blanco y pantalón blanco para todos), pero se utilizaron códigos de colores para marcar la diferencia de estamento, aunque menos visibles (una pequeña tira de color alrededor del escote o sisa: azul para ATS y Diplomados en Enfermería, Marrón para Auxiliares de Clínica, Verde para Celadores, Naranja para el Personal de Limpieza).

La bata blanca sobre ropa de calle ha dejado de ser monopolio exclusivo de los Médicos, siendo utilizada por todo tipo de personas vinculadas a la actividad del Hospital (Administrativos, Técnicos) o por personas de cualquier estamento que en función de su cargo o actividad tengan que salir frecuentemente a hacer gestiones al exterior.

CONCLUSIONES

1. Los cambios realizados, provocados o experimentados por las enfermeras del Hospital de Navarra en los últimos 60 años mejoran su autonomía profesional. Las enfermeras se han adaptado a los cambios inducidos por las características de la población, por el propio Hospital y por la profesionalización de su función, aunque en ocasiones esto haya generado conflictos.
2. El HNA a lo largo del tiempo no ha cambiado de concepto en lo que se refiere a la prestación de un servicio a la comunidad. Lo que ha cambiado es el modo y manera de atender esta demanda, en razón de la evolución y los cambios que la sociedad ha operado, tanto en los aspectos técnicos, psicológicos, económicos y religiosos.
3. Los cambios profesionales se han acompañado paralelamente de la evolución observada en la población, utilización de los espacios y en la imagen proyectada a través de los uniformes utilizados.

Agradecimientos: al D. Joxemartin Apalategui Beguiristain, Profesor de Antropología Social y Cultural en la Universidad del País Vasco, por sus enseñanzas, consejos y orientaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Dominguez Alcón C. y cols. *Sociología y Enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A., 1983.
2. Giddens Anthony. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
3. Reglamento del Hospital Provincial de Navarra (1936). Imprenta Provincial a cargo de M. Falces. Pamplona 16 de Junio de 1936.
4. Memoria relativa a la administración Provincial y Municipal de Navarra. Tomo 1º. Hojas de 54-88. Pamplona, 20 de Agosto de 1938. IIIº año triunfal.
5. Reglamento del Hospital provincial de Navarra (1969). Imprenta Provincial a cargo de M. Falces. Pamplona 13 de Junio de 1969.
6. Memoria del Hospital de Navarra 1994. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Pamplona, 1995.
7. Leach Edmundo. Cultura y Comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos. 5ª de. Madrid: siglo veintiuno de España Editores, S.A., 1993.

ANEXO

Tabla I.- FUENTES ETNOGRAFICAS: Información oral

Informante	Edad	Período Referencia	Situación como Informante
R. P.	83	1936	Trabajadora jubilada
M. T. O.	80	1936	Voluntaria
M. I. B.	80	1936	Trabajadora jubilada
P. B.	73	1960-1970	Familiar enfermo ingresado
M. A.	69	1969-1995	Trabajador actual
U. C.	34	1990-1995	Trabajadora actual
T. C.	46	1970	Trabajadora en ese período
B. G.	31	1992-1995	Trabajadora actual

Tabla II.- ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DE LA POBLACIÓN

Población	1936	1970	1995
Habitantes	357.551 hab.	464.867 hab.	536.192 hab.
Retribución media/hora	10,94 pts	40,09 pts	1.350 pts
Empleo	Agrario	Agrario e Industrial	Industrial
Nivel Cultural	Est. Primarios	Est. Bachiller	Est. Universitarios
OFERTA SANITARIA	Por:	Por:	Por:
Tipo Asistencia	Beneficiencia	Naturaleza enfermedad Situación económica	Sistema Público S.N.S.- O.
Servicios Médicos	Medicina Interna Cirugía Oftalmología	Especialidades Médicas Investigación Docencia	Especialidades Médicas de nivel Terciario Alta Tecnología Investigación Docencia

Tabla III.- EVOLUCION DE LOS ESPACIOS INTERIORES EN EL HOSPITAL DE NAVARRA(*)

ESPACIOS DESTINADOS A:	1936	1970	1995
Enfermos / Pacientes	2 salas de 20 camas 4 hab. individuales 4 lavabos 4 inodoros	16 hab. dobles con lavabo 2 baños comunes con bañera y lavabo 2 duchas 6 inodoros	8 hab. individuales 14 hab. dobles con inodoro, lavabo, ducha, lavabacillitas
Actividad asistencial	1 despacho médico 1 cuarto de curas	2 despachos médicos botiquín-farmacia cuarto de curas cuarto de sucio cuarto de limpio limpieza vertedero	2 despachos médicos control de enfermería sala relax enfermería botiquín-cuarto curas almacén cuarto de sucio cuarto de limpio
	oficio ropería	oficio ropería	oficio ropería aseos personal
Estar pacientes y acompañantes			Sala de estar Aseos hombres y mujeres
Elementos técnicos y de confort	1 teléfono 1 ascensor	1 teléfono 1 ascensor agua caliente calefacción	teléfono en todas las habitaciones y dependencias interfonos ascensor montacamillas agua caliente calefacción ordenador oxígeno

(*) Información relacionada con la evolución de un pabellón, por lo que no refleja la capacidad total del Hospital

Tabla IV.- SEXO

ESTAMENTO PROFESIONAL	1936	1970	1995
Hermana de la Caridad	Mujer	Mujer	N.E. ⁽¹⁾
Practicante	Hombre	Hombre	N.E.
Voluntaria (Dama Cruz Roja)	Mujer	N.E.	N.E.
Encargado de Vigilancia y Limpieza	Hombre	Hombre	Hombre Mujer
Sirvientes o limpiadoras	Mujer	Mujer	Mujer Hombre
Auxiliar de Clínica	N.E.	Mujer	Mujer
Técnico Especialista	N.E.	N.E.	Mujer Hombre
Ayudante Técnico Sanitario	N.E.	Mujer	N.E.
Diplomado en Enfermería	N.E.	N.E.	Mujer Hombre

Tabla V. VESTIMENTA

ESTAMENTO	1936	1970	1995
Hermana de la Caridad	Hábito negro Toca alada Largura hasta tobillo Delantal/bata blanca Manguitos blancos	Hábito blanco Toca de pañoleta Largura hasta debajo rodilla Delantal blanco Media color carne	N.E. ⁽¹⁾
Practicante	Bata blanca (batín) Largura hasta cadera Abrochada atrás Pantalón ropa normal Nombre bordado en bolsillo superior	Bata blanca (batín) Largura hasta cadera Abrochada atrás Pantalón ropa normal	N.E.
Voluntaria (Dama Cruz Roja)	Bata blanca Delantal blanco Toca de pañoleta Largura hasta debajo rodilla Media color carne	N.E.	N.E.
Encargado de Vigilancia y Limpieza	Sin datos	Blusón blanco Pantalón blanco Zapatilla blanca	Blusón blanco Pantalón blanco Zapatilla blanca Chaquetilla tela blanca Identificación nombre, estamento y Logotipo
Sirvientes o limpiadoras	Sin datos	Bata cuadros azul y blanco Delantal blanco Largura hasta rodilla Cofia Medias blancas Zuecos blancos	Blusón blanco Pantalón blanco Zueco blanco Chaquetilla tela Identificación nombre, estamento y Logotipo
Auxiliar de Clínica	N.E.	Bata color marrón Delantal blanco Largura hasta rodilla Cofia Medias blancas Zuecos blancos	Blusón blanco Pantalón blanco Zueco blanco Chaquetilla tela Identificación nombre, estamento y Logotipo
Técnico Especialista	N.E.	N.E.	Blusón blanco Pantalón blanco Zueco blanco Chaquetilla tela Identificación nombre, estamento y Logotipo N.E.
Ayudante Técnico Sanitario	N.E.	Bata color blanco Delantal blanco Largura hasta rodilla Cofia Medias blancas Zuecos blancos	N.E.
Diplomado en Enfermería	N.E.	N.E.	Blusón blanco Pantalón blanco Zueco blanco Chaquetilla tela Identificación nombre, estamento y Logotipo

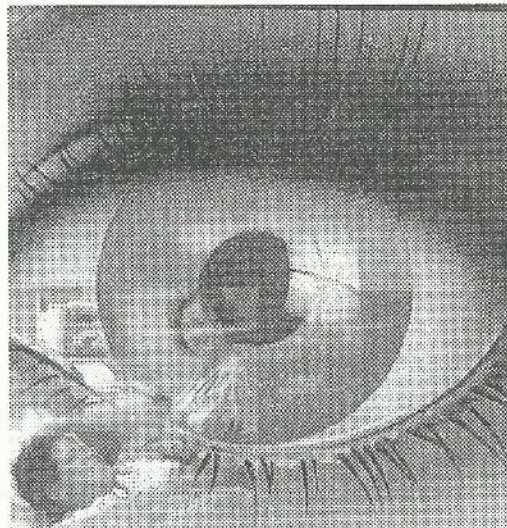
Tabla VI.- ASPECTOS MÁS SIGNIFICATIVOS DEL ROL PROFESIONAL

ESTAMENTO	1936	1970	1995
Hermana de la Caridad	Guardar y controlar material Asistir a enfermos (aseo, ropa, comida) Atención espiritual	Guardar y controlar material Atención espiritual	N.E. ⁽¹⁾
Practicante	Auxiliar-técnica del Médico Jefe Realización de procedimientos técnicos	Auxiliar-técnica del Médico Jefe Realización de procedimientos técnicos Atención a hombres	N.E.
Voluntaria (Dama Cruz Roja)	Ayudar a las Hnas. en la asistencia a ptes. Rezar el rosario con los pacientes	N.E.	N.E.
Encargado de Vigilancia y Limpieza	Limpieza salas de hombres Traslado enfermos Transporte comidas Amortajar cadáveres	Traslado de enfermos. Transporte comidas. Ayudar enferm. masc. Atención a enfermos sin procedimientos técnicos (hombres). Amortajar cadáveres	Traslado de enfermos Correo y transporte interno Movilización de pacientes
Sirvientes o limpiadoras	Limpieza salas de mujeres Reparto comidas sala de hombres y limpieza de vajilla	Cocina Limpieza de locales, ropas y objetos. Servicio de comidas y habitaciones Limpieza de vajilla Costura y planchado	Cocina Limpieza de locales, ropas y objetos. Servicio de comidas y habitaciones Limpieza de vajilla
Auxiliar de Clínica	N.E.	Tareas auxiliares. Atención a enfermos sin procedimientos técnicos (a mujeres) Acompañar a enfermos en traslados Limpiar instrumental	Tareas auxiliares. Atención a enfermos sin procedimientos técnicos Acompañar a enfermos en traslados Limpiar instrumental
Técnico Especialista	N.E.	N.E.	Realización procedimientos Técnicos con fines diagnósticos
Ayudante Técnico Sanitario	N.E.	Vigilar y atender a enfermos. Tomar muestras para laboratorio. Atención a enfermos sin procedimientos técnicos Preparar y administrar medicamentos	N.E.
Diplomado en Enfermería	N.E.	N.E.	Valorar necesidades del paciente Planificar Cuidados Ejecutar Cuidados y procedimientos técnicos Evaluar Cuidados Educación Sanitaria Gestionar recursos

Tabla VII.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS

ASPECTOS DE ORGANIZACION	1936	1970	1995
Plantilla enfermeras (turno mañanas)	N.E.	2-3	3-4
Plantilla practicantes	1	1	1 jefe de Unidad N.E.
Plantilla celadores	1	1	1
Sist provisión de plaza	oposición	adjudicación directa	oposición
Organos de gestión	Junta de Hospital Director	Director	Junta de Gobierno Director-Gerente 4 Direcciones Junta Tecnico-Asistencial
Organos participación	N.E.	N.E.	Comisiones
Distintos niveles de decisión	Director Administrador Madre Superiora Jefe de Servicio	Director Administrador Jefe Servicio Enfermera Jefe	Director Hospital 4 Direcciones Jefe Servicio Jefe Unidad pacientes médicos otros profesionales
Hospital centrado en:	médicos enfermos	médicos enfermos	médicos enfermos otros profesionales
Nombre profesional	Practicante	A.T.S.	Enfermera/o
Grupo o nivel	A Estudios medios	B Estudios medios	B Est.Univ. 1er ciclo
Retribución	240 pts x 12 pagas	5.200 pts x 12 pagas	190.000 pts x 14 p.
Actividades profesionales	curas, inyecciones, sondas, preparaciones quirúrgicas	curas, tratamientos, higienes, pasar visita médica, sondas, pruebas especiales,	curas, tratamientos, higienes, sondas, alimentaciones, cuidados enfermeros
la mas característica:	inyectables y sueros	tratamientos y pruebas	cuidados enfermeros en general
Tipos de registros	gráfica constantes	gráfica constantes libros de registros	gráficas constantes Historias enfermería Hojas de evolución
Función característica hermana	guardar, controlar asistir enfermos	guardar, controlar	N.E.
supervisora	N.E.	N.E.	organizar recursos calidad de cuidados
enfermera asistencia	asistir enfermos	cuidar al pie de cama	realizar cuidados enseñar cuidados
practicante	técnicas	técnicas y atención a hombres	N.E.
técnico especialista	N.E.	N.E.	técnicas diagnósticas
Interrelaciones profesionales entre enfermería con médicos con prof. no sanitarios con pacientes	muy buenas muy buenas muy buenas muy buenas	muy buenas muy buenas muy buenas muy buenas	buenas respeto entre colegas buenas buenas

PENSAR EN GRANDE, ACTUAR EN PEQUEÑO



**Aja, N.
Encinas, E.
Lasa, G.
Ortega, S.
Trespaderne, I.**

*E. U. Enfermería
Universidad del País Vasco
San Sebastián*

INTRODUCCIÓN

La evolución constante de las ciencias de la salud y de la propia Enfermería justifican foros de debate que nos permiten consolidar nuestra profesión.

Nuestro grupo de trabajo pretende, por medio de la reflexión y puesta en común, analizar los aspectos que entendemos condicionan la imagen de Enfermería (cómo nos percibimos y cómo nos perciben), planteándonos:

- Reflexionar acerca de la relación entre la imagen social de Enfermería, cómo nos perciben y la imagen objetivo, como queremos ser vistos
- Proponer estrategias para que imagen e identidad se superpongan

Convencidas de que “LAS PERSONAS MARCAN LA DIFERENCIA”, abordamos esta reflexión desde dos perspectivas:

1. **PENSAR EN GRANDE**, la imagen debe responder, debe comunicar, debe transmitir un mensaje claro y conciso de cual es nuestra aportación (única y específica) en el ámbito sanitario y socio-cultural.
2. **ACTUAR EN PEQUEÑO**, la imagen se verá reforzada si en la atención a nuestro cliente (único y específico también) actuamos como decimos. Como diría Claude Paquette:

“Estar a la búsqueda de la coherencia entre nuestros gestos y nuestro discurso”.

PENSAR EN GRANDE

El pensamiento puede transformar el futuro..... Conocer qué queremos ser, pensar y compartir una representación mental abstracta acer-

ca de nuestra disciplina, de la práctica de los cuidados, conocer cómo queremos que nos vean, definir nuestros objetivos, señalar los logros a los que aspiramos,... todo esto nos obliga a “pensar en grande”, a dar en definitiva, respuesta a los retos que el futuro nos depara. Es decir, una guía, una visión que nos oriente y nos ayude a avanzar.

Es fundamental el diseño de un marco de referencia común para todas las enfermeras, que nos cohesione, y nos haga sentir partícipes de un todo, a la vez que señale, cuál es el lugar al que en el futuro aspira la disciplina Enfermería.

Sin embargo, nuestra acción, nuestra actuación debe enmarcarse en el campo de lo micro, de lo pequeño, de lo a veces casi imperceptible, en el día a día, en el cuidado personalizado, individualizado hecho a medida de cada cliente.

Pero... ¿quién es nuestro cliente? “EL SER HUMANO” “LA PERSONA”, aspecto clave de cualquier gestión empresarial moderna, cliente que requiere la satisfacción de las necesidades, tratando de que alcance un nivel aceptable de satisfacción en las mismas, un equilibrio bio-psico-social que manifestará a través de un estado satisfactorio de bienestar, mediante los cuidados básicos.

Compartimos la idea que un Modelo Conceptual de cuidados y un proceder sistemático, constituyen el modo de dispensar cuidados de calidad, lo que le permitirá a la enfermera dar testimonio de su propio rol en la sociedad y dentro del equipo de salud.

Así, cada enfermera se constituirá como un vector de una parcela de la imagen global de la Enfermería y donde la calidad (hacer bien las cosas) jugará un papel determinante en la imagen de Enfermería resultante.

Ya que la imagen, en palabras de David Bernstein: es una configuración mental que resulta de la asociación acumulativa de toda clase de percepciones: mensajes visuales, sonoros, sensoriales y en un sentido más profundo, vivenciales, experienciales, racionales y emocionales.

Las percepciones que configuran una imagen son simplemente el resultado de toda clase de mensajes que, en nuestro caso, enfermería emite de modo consciente e inconsciente y que han sido asimilados por la mente de las personas

Nuestra profesión es un continuo emisor de señales. Cada acto por pequeño que sea y por insignificante que parezca es un acto de comunicación, un mensaje.

Lo que Enfermería hace y cree, determina como se percibe. Por tanto debe asegurarse que se comuniquen con exactitud sus acciones y creencias, y que todos sus mensajes y señales sean consistentes, teniendo en cuenta que el silencio transmite sus propios mensajes.

Así por ejemplo si se da a conocer sin una personalidad definida no tiene rostro que mostrar. Será el público ó las diferentes audiencias quienes se encarguen de configurarlo, de tal manera que la imagen creada pueda resultar ambigua e imprecisa.

Cuando una enfermera comunica lo hace con muchas audiencias, por lo que no va a tener una sola imagen, sino tantas como audiencias tenga. Así por ejemplo enfermería tendrá, entre otras:

- **Una imagen interna**, que es el reflejo de cómo es percibida o concebida la enfermera por sus propios integrantes
- **Una imagen externa o social**, se refiere a lo que las audiencias externas piensan de lo que la enfermería es o hace
- **Una imagen ideal**, que respondería al cómo quieren que seamos.
- **Una imagen objetivo**, que es la imagen que Enfermería desea proyectar sobre la opinión pública. Comprende su filosofía, su razón de ser, sus finalidades, objetivos, políticas y estrategias futuras, sus criterios de crecimiento y planes a corto y medio plazo.

Enfermería posee una personalidad que transmite a través de unos símbolos o señas de identidad y a través de una actuación ó comportamiento. Al final de esta transmisión el receptor hace acuso de recibo y construye una imagen. En un estado ideal de cosas imagen e identidad se superponen.

Al ser la imagen una impresión percibida por la mente de un destinatario objetivo, sería conveniente conocerla, tratando de desentrañar preguntas tales como:

- ¿Qué y cómo somos?
- ¿Cómo nos ven y por qué nos ven de ese modo?
- ¿Qué esperan de nosotros?

Pero un cambio de imagen solo se consigue a través de un planteamiento coherente de los elementos de identidad, como resultado primero de una autodefinición en la que se conteste a preguntas básicas como, que se está haciendo, en que se cree, como se opera, ... factores que constituyen la personalidad; y segundo a partir de una serie de factores externos que actúan como interferencia y que pueden desvirtuar los mensajes emitidos. Un cambio de imagen no es un cambio de nombre, de simbología, es el resultado del establecimiento de una filosofía que la empresa decide comunicar.

Ahora bien para la configuración de la imagen, el cliente percibe diferentes dimensiones en la prestación de los cuidados. Dimensiones que van desde elementos tangibles como la apariencia (aspecto externo de la enfermera), hasta:

- la fiabilidad (entregar lo acordado)
- capacidad de respuesta ante imprevistos (como la rapidez ante una urgencia)
- destreza
- habilidades en la relación y comunicación (como el ser capaz de efectuar una escucha activa ante la ansiedad que muestra un paciente ante una próxima intervención)
- credibilidad
- accesibilidad (facilidad para poder establecer una buena relación con la enfermera)
- y comprensión de cada cliente (conocimiento del cliente y sus circunstancias personales)

ESTRATEGIAS

Llegados a este punto nos encontramos con la necesidad de establecer estrategias conducentes a lograr los objetivos previamente redactados.

Nos planteamos el “como”, unas acciones encaminadas hacia la acción, para conseguir un “que”, el objetivo final. Así distinguimos las estrategias corporativas y las estrategias funcionales.

Entre las primeras, **estrategias corporativas**, planteamos:

Cuestionarios a los profesionales en los que se intenten dar respuesta a preguntas como:

¿Que tipo de empresa somos?, ¿Que nos gustaría ser?, ¿Cuáles son nuestras áreas clave de competencia?, ¿Cuál es el punto común entre ellas?, ¿Que habilidades tenemos y transferimos?, ¿ Cuáles son nuestros valores y cultura corporativa?.

Una vez cotejados los datos obtenidos, simultanear la Formación continuada, mediante talleres, cursos, etc., y la Formación de pregrado tratando de vincular universidad y sociedad aproximando las enseñanzas a las necesidades sociales.

Estrategias funcionales:

Este tipo de estrategia que vamos a analizar pondrá en combinación los diferentes medios e instrumentos de Marketing de que dispone una empresa para alcanzar los objetivos propuestos. Se trata, por tanto, de seleccionar las herramientas que, en cada caso concreto y siempre en función de los objetivos marcados, resultarán más eficaces y adecuadas. En este tipo de estrategia se incluyen **estrategia de comunicación y estrategia de medios**.

La primera de ellas *Estrategia de comunicación* irá encaminada tanto a profesionales como a los usuarios, bien sean reales o potenciales.

Así por ejemplo la comunicación con los usuarios potenciales se efectuará en la comunidad, salas de cultura, asociaciones de vecinos, medios de comunicación, etc.

Y la comunicación con el usuario real mediante la cartera de servicios de Enfermería, charlas en los hospitales y centros de salud, en revistas, en prensa, etc.

La *Estrategia de medios* está directamente con la actuación, con los cuidados

Se trataría de entender el: ACTUAR EN PEQUEÑO

ACTUAR EN PEQUEÑO

Significa:

- Procurar atención personalizada. Es la mejor forma de satisfacer a un publico exclusivo y exigente que demanda un servicio

excepcional y una atención individualizada, ser capaces de marcar un estilo particular de cuidados en la atención de salud, y llegar a cada persona con un diseño exclusivo para ella.

- Destacar los cuidados. Esto quiere decir comunicar el contenido y el alcance de los actos de cuidados, aumentar la toma de conciencia en lo que concierne a su significado, pero también divulgar y hacer accesible el pensamiento que fundamenta dichos cuidados.
- Orientar la acción de cuidar a todas las dimensiones de la persona, la social, la biológica, la espiritual, dentro de una relación interpersonal que ofrezca respeto a la individualidad, a la dignidad de la persona, considerándola siempre como un interlocutor válido con derecho a participar y decidir sobre su cuidado

Y para terminar hacemos nuestras las palabras de Susanne Kéroutac y colaboradoras en su libro *"El pensamiento enfermero"* en el que dicen:

"A fin de que nuestro sueño se vuelva realidad, ensalzamos el saber, el compromiso, el reparto, la apertura, la creación y el "poder" del cuidado. El paso del sueño a la realidad descansa en nuestra voluntad de innovar con toda conciencia y de crear un efecto de atracción entre los colegas. A nosotras nos toca realizar este sueño. Es tarea nuestra innovar en el futuro, en colaboración con la persona, en los entornos favorables a la salud.

El pensamiento puede transformar el futuro

BIBLIOGRAFÍA

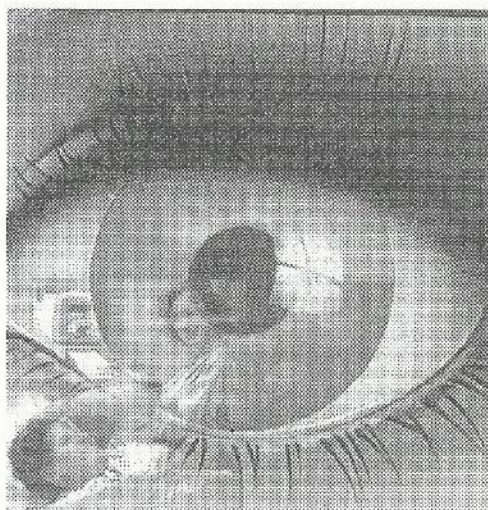
Alberdi Castell, R.M.: "Las enfermeras del III milenio". En Decimoterceras Sesiones de Trabajo de la AEED. Pág.30-53. Sevilla 1992

Berstein, D.: La imagen de la Empresa y la realidad. Editorial Planeta.

Sainz de Vicuña Ancín, J.M.: El plan de Marketing en la práctica. Ediciones ESIC. Madrid 1995

Kéroutac, S. y cols.: El pensamiento enfermero. Masson S.A. 1996

LA MIRADA DE LA LEY



Carmen Delia Medina Castellano

Lourdes Farrerons Noguera

Antonia Suárez Suárez

B. Rodríguez de Vera

Juan Fernando Jiménez Díaz

E. U. Enfermería

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre vive en sociedad ha sido preciso contar con normas que regulen la vida de convivencia del grupo. Ello implica que unos y otros deberán renunciar a parte de sus privilegios para de esta forma poder disfrutar adecuadamente de sus derechos.

Esta necesidad de contar con una normativa reguladora afecta a todas las esferas en que se desenvuelve la vida del ser humano, entre ellas el ámbito profesional, de ahí que la mayoría de las profesiones hayan contado más o menos pronto con un conjunto de normas que le permitieran identificar no solo sus obligaciones, sino también conocer sus derechos.

Enfermería no ha sido ajena a este proceso normativo, y así, desde fechas muy tempranas se desarrollaron diversas reglas que pretendían regular el ejercicio de las distintas actividades que hoy consideramos precedentes del trabajo enfermero.

Nos interesa, en cualquier caso, situarnos en la normativa reguladora del ejercicio profesional que data de 1960 y que inicialmente consideraremos vigente, a fin de conocer cual es la mirada que la ley reposa sobre la enfermera y su quehacer.

El interés fundamental que tiene la reflexión que ahora planteamos es la conciencia cierta de que el derecho habitualmente viene a dar cobertura o ropaje a lo social, es decir, primeramente aparece un determinado fenómeno en el grupo y posteriormente se le da una regulación que trata de recoger lo que ya por la vía de hecho se ha consolidado. Si esto es así respecto de nuestra profesión y si entendemos vigente la normativa a la que se ha hecho referencia, la conclusión ha de ser necesariamente que la enfermera necesita renovar su imagen.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se ha procedido a la recopilación de la normativa reguladora del ejercicio profesional desde la aparición de los estudios de A.T.S. para entrar en su posterior análisis. Igualmente, se han estudiado las diversas propuestas de regulación que han ido apareciendo a lo largo de los tiempos. Asimismo, se ha realizado un arqueo bibliográfico, partiendo de la bibliografía general, hasta llegar a la particular y especializada, especialmente artículos de revistas nacionales que hacen referencia al tema que tratamos.

DISCUSIÓN

El 4 de Diciembre de 1953 se publica el Decreto por el que se aprueba el proyecto de unificación de las diversas titulaciones que hasta ese momento se habían ocupado de distintos aspectos de la práctica de la Enfermería, dando virtualidad a la profesión de Ayudante Técnico Sanitario.

Dos años más tarde, el 2 de Agosto de 1955, se publica la orden de 4 de julio en la que se recogen las normas de ingreso y funcionamiento de las escuelas de ATS, así como el plan de estudios y otros aspectos relacionados.

Más adelante, por decreto de 26 de Julio se establecen el contenido y valor de los nuevos títulos, siendo el precedente inmediato del marco competencial que se definirá unos pocos años más tarde.

Su artículo 1º establece que «El título de Ayudante Técnico Sanitario habilita para el ejercicio auxiliar de la Medicina con carácter general y para realizar previa indicación o bajo dirección médica...» la aplicación de medicamentos, las curas de los operados y el auxilio en las intervenciones quirúrgicas.

Así, con esta finalidad principal y podríamos decir que casi única, nace una «nueva profesión» que tiene por objetivo no tanto la atención al enfermo, como el auxilio, la ayuda al profesional de la medicina.

Ahora bien, aún entendiendo que la reunificación de las titulaciones era consecuencia de la necesidad de dotar de homogeneidad a lo que había tenido un origen común, de alguna forma la orientación que se le

dio a los estudios de ATS hace que en estos se diluya la esencia del ser enfermera. Otra cosa distinta será lo que en la práctica hagan los distintos profesionales, los cuales, por las propias condiciones en que se desenvuelve su trabajo, van a prestar, en general, más atención al enfermo que al médico. Así y todo el cuidado de Enfermería incorpora ahora el aspecto más técnico del mismo.

El 17 de Noviembre de 1960 se publica el Decreto 2319/1960 de Competencia profesional. Además de su articulado, que en breve pasaremos a analizar, interesa destacar de esta normativa su exposición de motivos, ya que en ella da razón de su nacimiento. Se declara en ella que «La variedad de disposiciones sobre funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y ejercicio profesional de Practicantes, Matronas y Enfermeras; las dudas que en la práctica han surgido sobre la interpretación de algunas de aquellas; la necesidad de acomodar dichas funciones con las exigencias de la actual asistencia sanitaria... [y] Reconocido el mayor nivel de formación científica y técnica de los Ayudantes técnicos sanitarios con los nuevos planes de estudios..., así como con la experiencia adquirida en el ejercicio de su función « hace preciso el dotar de una nueva reglamentación al ejercicio de esta profesión.

El valor que tiene este texto es el de mostrarnos que de alguna forma, el legislador del 60 pretendía dar una adecuada protección jurídica a una profesión que había demostrado haber alcanzado un nuevo estatus. El colectivo profesional había proyectado una imagen evolucionada y el Derecho reconoció dicho cambio.

En virtud de lo dicho se establece que los Ayudantes Técnicos Sanitarios son competentes para aplicar medicamentos, auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general, practicar curas a los operados y prestar asistencia urgente hasta la llegada del facultativo.

Estas competencias, que probablemente a todas las enfermeras nos parecerán limitadas a la luz de la formación que hoy en día recibimos y que escasamente se ajustan a nuestra realidad profesional son normas de obligada referencia en muchas de las sentencias que han pronunciado los tribunales de justicia. De tal forma, que cuando se trata de juzgar la diligencia, o el nivel de competencia de los que los jueces suelen llamar auxiliares sanitarios o ATS se va a atender prioritariamente al Decreto citado.

No difiere sustancialmente esta regulación de la que contempla el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, aún cuando el listado de «competencias» que recoge es más amplio. El Estatuto vio la luz en 1973, aunque posteriormente ha sufrido diversas modificaciones. Se trata de una norma con un ámbito de aplicación más restringido que la anterior por cuanto que solo afecta a aquellas profesionales cuya dependencia lo es a un Departamento o unidad de enfermería (fisioterapeutas, matronas, auxiliares de enfermería y las propias enfermeras) que prestan sus servicios en el ámbito del INSALUD, o Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Si incluye el Estatuto actividades que hacen referencia al adecuado funcionamiento de la unidad de enfermería, tales como custodia de historias clínicas, distribución del trabajo del personal auxiliar, etc., las cuales, por su propia naturaleza, no recogía el Decreto del 60.

En definitiva, se trata de competencias que, con carácter general, dependen del Facultativo que las ordena o prescribe, sin que parezca existir un ámbito competencial que pueda desarrollarse por iniciativa propia.

Puede parecer que esta regulación, independientemente de haber quedado desfasada respecto a la realidad profesional y formativa de Enfermería, tiene ciertas «ventajas»: Dado que la actividad que realizan las enfermeras es dependiente del médico según la normativa analizada, cabría deducir que el marco para exigir responsabilidad jurídica a aquellas es muy estrecho. En cierta medida eso que he llamado «ventaja» entronca con lo que establecía el Manual Teórico-Práctico para Practicantes-Matronas y Enfermeras de 1942, en el que literalmente se decía: **«Los auxiliares, atendiendo y curando a los enfermos bajo la dirección del médico, carecen de responsabilidad, y esta es su mejor defensa»**. Ello no obstante, no implica que la enfermera no sea responsable ante determinadas actuaciones, como ocurre, por ejemplo, al inyectar una sustancia por vía intramuscular. En estos casos el profesional es responsable de su ejecución técnica, si de ella se derivan daños para el paciente.

Pero como casi todo, esta es una moneda de dos caras, y esta regulación podría hacer que todas aquellas actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería fuera de ese estrecho marco normativo fue-

ran susceptibles de generar responsabilidad en la medida en que se asumen competencias no propias.

Una cuestión que podría discutirse es la vigencia del Decreto del 60 -que por otra parte no ha sido derogado de forma expresa- a la luz de los nuevos planes de Estudios.

Las directrices para la elaboración del plan de estudios de enfermería bosquejan lo que podría ser un perfil profesional cuando expresan el propósito de estas enseñanzas. Así, se habla de conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados, de la atención en situaciones de salud tanto como de enfermedad, de adquirir habilidades en materia de formación de personal sanitario, así como de la capacidad de participar en equipos inter y multidisciplinarios.

Estos propósitos u objetivos pueden hacernos pensar, y con acierto, que los estudios de Enfermería tratan de devolver a la profesión su verdadera esencia, centrándose en el desarrollo de conocimientos y habilidades para prestar un cuidado al enfermo que va más allá de la mera obediencia de las ordenes dictadas por otros profesionales; y que entienden la asistencia sanitaria como una labor de equipo, en el que cada uno de sus miembros tiene un determinado rol. Sin embargo, tal vez en la práctica no hayamos sido capaces de asumir que esa nueva formación implica también una nueva concepción del ser enfermera. No se trata de romper con el pasado, solo de evolucionar. No se trata tampoco de que dejemos de hacer lo que hacíamos o que dejemos de enseñar lo que enseñábamos, pues nuestros pacientes siguen necesitando baños en cama, que alguien les ponga inyecciones y que se les ayude a comer. También es necesario apoyar a otros profesionales en su actuación frente a lo que es el eje central de nuestra actividad profesional, el paciente; pero junto a todo eso hemos de asumir que esta nueva formación que recibimos, más completa, precisa unos nuevos contenidos, unas nuevas asunciones, unos nuevos modos de concebir la Enfermería, ya que en otro caso no tiene sentido haber dotado de un mayor nivel de complejidad los estudios. Decíamos al principio que el derecho llega tras el fenómeno social, dándole forma, arropándolo, vistiéndolo. Si aceptamos esta afirmación como válida y creemos que efectivamente lo es en la mayoría de los casos - a fin de cuentas nuestros legisladores, tratan de reflejar a través de las normas

que elaboran y aprueban aquello que ellos creen que la sociedad demanda- la siguiente cuestión que nos tendríamos que plantear es si nuestra realidad profesional no ha cambiado lo suficiente y de manera clara en los últimos 36 años como para que se haga preciso un cambio legislativo. A esto se puede argumentar que efectivamente han existido iniciativas en esta materia por parte de diversos colectivos profesionales, pero la siguiente pregunta sería entonces por que no han tenido éxito. Puestos a especular cualquiera de nosotros podría apuntar al menos dos o tres razones. Sean las que fueran las causas, nuestro cambio, si ha existido, no ha tenido un reflejo en la sociedad, y la mirada que la Ley reposa sobre nosotros sigue siendo aquella de 1960. No fueron malos tiempos, pero son tiempos lejanos, ajenos a lo que la mayor parte de las enfermeras de este país piensa que es la esencia de su actividad.

Otra cuestión distinta es en que modo queremos que el legislador refleje nuestro ser profesional. Se ha dicho y ha sido reivindicada desde distintos sectores la necesidad de contar con una Ley de funciones que permita clarificar lo que somos para que «no corten la hierba bajo nuestros pies, ni el cielo nos caiga encima». Sin embargo, entendemos que no es eso lo más importante, aun siendo interesantes algunas de las propuestas que se han hecho en este sentido. No es la Ley la que da contenidos a una actividad, sino que la actividad lleva aparejada la necesidad de regulación, no tanto para definirla ni ponerle límites, sino en cualquier caso para ordenarla. No es la Ley la que da identidad a la Enfermería, sino que la Enfermería como una actividad profesional con un contenido propio puede requerir una determinada regulación que ordene el ejercicio.

Es más, en nuestra opinión una Ley de funciones que se planteara como una catálogo de actividades en distintas áreas, más que permitir la consolidación de la Enfermería, acabaría por asfixiarla, por limitarla. No hay más que ver las normativas reguladoras ya citadas que hoy se encuentran vigentes.

Ahora bien, puede ser no solo interesante sino también útil desde el punto de vista jurídico llegar a un consenso respecto a lo que sea el acto profesional enfermero, ya que en la definición de este se excluyen los aspectos filosóficos para intentar acotar no las actividades concretas que realiza la enfermera, sino que la definición de acto profesional supone la

formulación de un enunciado de carácter general cuyo objetivo es identificar como propias de una profesión las actividades que puedan llevarse a cabo en un determinado campo de trabajo, de tal forma que cualquiera de aquellas que respondan a las características generales de dicho enunciado podrán ser identificadas como propias de una profesión dada.

CONCLUSIONES

La normativa que regula con carácter general la competencia profesional de las enfermeras data de 1960, habiendo quedado totalmente desfasada habida cuenta de los importantes cambios que se han producido en este campo en estos treinta años, tanto en las enseñanzas como en la concepción del ejercicio.

Sin embargo las enfermeras no hemos sabido proyectar una nueva imagen profesional que haya apremiado a los legisladores a adecuar las normas jurídicas que nos afectan a los nuevos tiempos.

Se hace así preciso contar con una herramienta jurídica que permita, llegado el caso, la identificación objetiva del trabajo enfermero. En este sentido creemos que el debate tiene que ir en de línea de definir lo que es el acto profesional, más que en la búsqueda de un catálogo de funciones, lo cual ponemos sobre la mesa con el objetivo de abrir la discusión.

Es este un debate competencial, no conceptual. No cabe, especialmente desde el punto de vista del Derecho, la existencia de tantas clases de enfermeras como concepciones de Enfermería existan. El ámbito profesional de la enfermería es uno, debe ser uno, independiente del marco de referencia adoptado a la hora de realizar el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

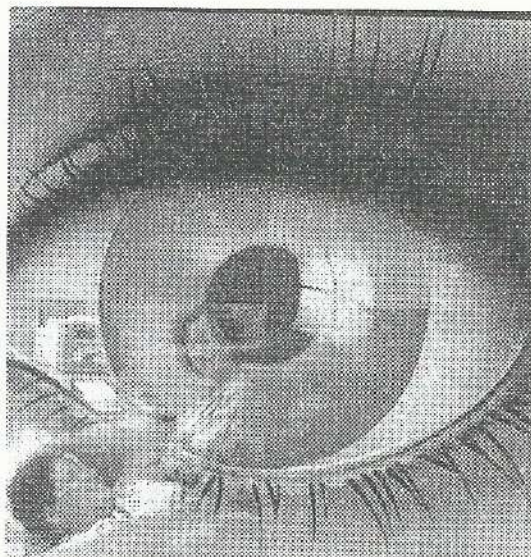
1. COHEN, H.A. La enfermera y su identidad profesional. 1ª edic en español. Barcelona. Edit. Grijalbo. 1988
2. DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. 1ª edic. Madrid. Edit. Pirámide. 1986
3. HENDERSON, V. Los primeros noventa años. 1ª edic. Barcelona. Edit. Masson. 1996

4. HERNÁNDEZ GIL, C. «La Reforma Sanitaria en España». Rev. Rol de Enfermería. nº 91. Febrero 1986. Págs. 36-38
5. KEROUAC, S. ET AL. El pensamiento enfermero. 1ª edic. Barcelona. Edit. Masson. 1996
6. MADDEN STYLES, M. «La enfermería en los años venideros». Rev. Salud Mundial. 47º año. nº 5. Septiembre-octubre, 1994. Pág. 34-35
7. MARTÍNEZ DE SALAS Y CAYUELA, B. «Papel de la Enfermería en la Reforma hospitalaria». Rev. Rol de Enfermería. nº 91. Febrero 1986. Págs. 40-42
8. ROMERO, V. «La Ley de Enfermería va a salir». Entrevista al Director General de Planificación Sanitaria, D. Eduardo Martín Vigil. Rev. Rol de Enfermería. nº 84-85

OTRAS FUENTES CONSULTADAS:

1. Decreto de 26 de Julio de 1956 (Mº Educación Nacional) AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS. Contenido y valor de los nuevos títulos: requisitos y tasas para su obtención.
2. Decreto de 17 de Noviembre de 1960, 2319/60 (Mº de la Gobernación). AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS, PRACTICANTES, MATRONAS Y ENFERMERAS. Competencia profesional.
3. Orden de 7 de Mayo de 1963 (Mº de la Gobernación). AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS. Auxiliares de Clínica.
4. Orden de 15 de Febrero de 1973 (Mº de la Gobernación). SANIDAD Funciones de Auxiliares de Clínica de Centros no Hospitalarios.
5. Proyecto de Ley Regulador del Ejercicio de la Profesión de Enfermería. Febrero, 1989
6. Anteproyecto de Estatuto.Marco del personal de Instituciones Sanitarias. 1987

ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE LA IMAGEN DE LA ENFERMERA



M^a Francisca Casas Martínez*
M^a Teresa Miralles Sangro**

** Profesora de Enf. Materno-Infantil. EUE y F Univ. Alcalá de Henares*

*** Enfermera Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

LOS SÍMBOLOS Y SUS FUNCIONES

Al contemplar una postal antigua de una enfermera surgió el debate de lo fácil que era identificar a esa mujer como una enfermera. Su forma de vestir tenía algunas cosas que simbolizaron durante mucho tiempo a la profesión: Cofia, color blanco, cruz

La presencia de símbolos en nuestra vida es una constante y desde el análisis antropológico de los mismos se puede decir que cumplen una importante misión: contribuir a dar cohesión al grupo y permitir que este sea fácilmente identificable por parte de los ajenos.

La presencia de símbolos es constante en los hallazgos arqueológicos y en la historia y se puede decir que son una expresión artística de un elaborado proceso de representación intelectual. Desde la imagen de un taller artesano hasta el actual logotipo de la compañía Shell, agrupan a un conjunto de personas que se identifican con ellos y se enorgullecen y también permite el que sean identificables por ajenos.

Cuando pensamos en una profesión, muchas veces hay un símbolo que la representa: médico, enfermera, abogado. El poseer los símbolos que nos identifican con la profesión y nos ligan simbólicamente con ella, nos proporciona referencia, amparo, seguridad y nos permite identificarnos con el colectivo.

La identidad se reafirma a través de aquellas acciones simbólicas que garantizan la reproducción social. La identidad sería el recurso psicológico que facilita el concurso de los individuos al mantenimiento del orden social y a su reproducción.

Lévi-Strauss (1960) decía que la identidad es una especie de fondo virtual al cual nos es indispensable referirnos para explicar cierto número de cosas, pero sin que tenga jamás existencia real. Por ello, toda teoría de la identidad se inserta en una teoría más amplia sobre la realidad.

Para realizar el análisis nos planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

1. ¿Sigue siendo actual la función de los símbolos en los grupos humanos?
2. Los símbolos que cumplen una función de *identificación* de un grupo, ¿pueden encontrarse en la profesión enfermera?.
3. Si los símbolos pierden su función, si desaparecen las fuerzas que los motivaron, ¿surgirán nuevas corrientes que crearán sus propios símbolos identificadores?

1. La función de los símbolos, ¿sigue siendo actual?

Para desarrollar la primera hipótesis realizamos un análisis de nuestro entorno y podemos afirmar que los símbolos identificadores/identificatorios no sólo existen, si no que en estos momentos y potenciados por los medios de comunicación y sobre todo por la publicidad tienen un papel destacado en nuestra vida, por lo que tienen de simplicidad y de eficacia simbólica, precisamente para eso, para identificar a los grupos humanos, a las empresas, a los productos, a las profesiones.

Tal es su función que cualquier empresa si quiere ser reconocida uno de sus primeros gastos es precisamente en la imagen, en el logotipo, en el símbolo por el que va a ser reconocida y que dará identidad a las personas que pertenecen a ella.

Estos símbolos funcionan a niveles profundos y sin publicidad en grupos primarios, como cofradías religiosas, por ejemplo en los alumnos de medicina que se ponen la bata sin que nadie les obligue por lo que tiene de simbólico, nos reconocen y nos reconocemos, en el ejército, que sería difícil concebirlo sin uniforme, en los hinchas de fútbol, con las funciones de aglutinar y dar identidad al grupo y permitir que los ajenos lo reconozcan.

Es mas, la vida en la ciudad que se caracteriza por el anonimato y la falta de identidad de las personas que vivimos en ellas, vemos como ha propiciado el resurgir de símbolos identificatorios que nos permiten diferenciarnos y aglutinarnos entorno a ellos: clubes de fútbol, peñas, pegatinas en el coche...

Podemos deducir que la función de los símbolos en la sociedad actual está plenamente vigente.

2. En la profesión de enfermería, ¿hay presencia de símbolos que identifiquen a sus miembros como tales y con los que las enfermeras a su vez se identifiquen?

El material de análisis revisado han sido cartas postales, dibujos infantiles y publicidad, encontrándonos con tres etapas bien diferenciadas:

1. Desde el nacimiento de la enfermera: Nightingale, (finales de XIX hasta ATS)
2. ATS (desde los años 50 a los 70)
3. Diplomada Universitaria (desde los años 80 hasta nuestros días)

1. *El nacimiento de la profesión enfermera se produce a finales del siglo XIX con la creación de la Escuela de Enfermeras por F. Nightingale.*

Este momento histórico se inscribe en la sociedad victoriana, en la que existía una gran división entre clases sociales, contribuyendo el aspecto, la forma de vestir, el aspecto a identificarlas.

Aquí nos encontramos con la profesión de enfermera, que adoptará un uniforme de trabajo que le servirá para sentirse parte de un grupo, de una profesión, y para ser identificada por el resto de la sociedad:

Los símbolos que más se repiten son:

- **Color blanco** de los uniformes (pureza, prácticas higienistas)
- **Cofia** (reminiscencias de los orígenes religiosos. Desfeminización de las mujeres enfermeras, no tienen pelo, que tiene una fuerte carga erótica)
- **Cruz roja**, cruz en el uniforme, en la toca. Quizás por el nacimiento de la Cruz Roja y su unión a las enfermeras en las guerras, en las catástrofes y la gran publicidad que se hacía)
- **La lámpara**: En el mundo anglosajón y sin embargo en España apenas si se identifica a la enfermera con la lámpara, hasta fechas recientes en que se amplía la cultura enfermera
- **La capa**: En este primer periodo es una prenda que se asocia a la enfermera ya que esta iba vestida como tal desde su casa al centro de trabajo y la capa formaba parte de su uniforme

El uniforme es inculcado en los estudios de enfermera con toda la carga simbólica, de manera que casi tenía un carácter sagrado. Si no se llevaba con corrección no se merecía pertenecer al glorioso cuerpo de enfermeras y podía ser motivo de suspender y no llegar a ser nunca enfermera.

En la sociedad caló perfectamente todos estos símbolos de la profesión enfermera y podemos decir que se hacía publicidad para ello: (esta imagen es de una reina de Bélgica que se vestía de enfermera para publicidad de la época)

- Sellos
- Juegos de niños
- Productos alimenticios
- Medicamentos
- Campañas de vacunación

Esta uniformidad en los símbolos identificaba a una profesión que tenía muy claras y limitadas sus funciones: cuidar a los enfermos en el ámbito del hospital o en su domicilio

2. *ATS : Años cincuenta, sesenta y setenta*

Al evolucionar la asistencia a la salud y con el gran desarrollo de los hospitales y de la asistencia tecnificada nace en España la profesión de ATS. Esta profesión nace al mismo tiempo que se crean los hospitales del seguro de enfermedad y se puede decir que casi todas las ATS se forman y trabajan en hospitales.

¿Que imagen tenían estas enfermeras?

Pues conservan todos los símbolos: Color blanco, la cofia se conserva, pero más que religioso es un adorno, las cruces desaparecen. Los zuecos como confort y modernos.

La profesión de ATS era eminentemente de acción, curas, inyectables y ese uniforme dejó de ser práctico.

Coincide con un gran cambio social. En la calle las personas dejaron de ser tan formales en el vestido y las enfermeras comienzan a modificar su uniforme, como habían modificado su ropa en la calle, pantalones, faldas cortas, sin cofia.

Se empieza en las UCI y quirófanos, ese uniforme no era práctico y las enfermeras ponen pijama y un turbante en vez de cofia. Paulatinamente el uniforme se va desdibujando y pierde aquella uniformidad que tenía.

Las ATS se identifican con una bata blanca o un pijama blanco y comienza una larga confusión de siglas que permanece en nuestros días: ATS, DUE, etc.

3. *Diplomada Universitaria en Enfermería: DUE*

Cuando se estaba empezando a integrar en el discurso de la calle las siglas ATS, cambiamos y somos DUE. No nos extraña que al ser preguntadas ¿Tu que eres? Y contestar DUE, para explicarlo se dice ATS y entonces todo el mundo nos entiende.

En estos años se produce el nacimiento de la Diplomatura en enfermería. Cambia la formación que se hace mas científica y con ella aparece la búsqueda de un nuevo lugar. Nacen dentro de la profesión diversas tendencias que siguen perviviendo actualmente.

Los símbolos que actualmente nos identifican nos están tan claros.

Si le pedimos a un niño que nos dibuje a una enfermera probablemente nos la dibujarán cofia y con alguna cruz, es decir que a nivel de la sociedad se sigue identificando a la enfermera con los símbolos clásicos.

Y entre el grupo de enfermeras, ¿nos identificamos con estos símbolos?

Las enfermeras de los centros de salud no llevan uniforme y en las de los hospitales es muy difícil distinguirlas de otros profesionales del equipo: Los empleados de la limpieza, los celadores, las auxiliares de enfermería, los médicos, los estudiantes y también las enfermeras, todos se visten de pijama blanco.

El cartel que llevan en el uniforme no nos ayuda. El INSALUD sigue poniendo ATS en sus uniformes y no nos negamos a ponérmolos.

DUE, cosa que casi nadie sabe lo que significa y por fin ENFERMERA, que reivindicamos algunas, pero que es una palabra bastante devaluada, pues cualquiera se llama enfermera.

Y en este mar de confusión es difícil explicar quien es quien.

En las Escuelas de enfermeras el uniforme ha dejado de ser un elemento primordial en la identificación de la profesión y entiendo que es secundario, aunque tal vez para los alumnos es un seguro y no les gustaría realizar sus prácticas sin este.

En la revisión de revistas de enfermería, apenas aparecen enfermeras en ninguna de ellas.

La revista Rol sigue utilizando para la sección de formación continuada esta imagen con cofia y bata blanca que es muy difícil de encontrar.

CONCLUSIONES

1. La asunción de los símbolos clásicos: Cofia, cruz, capa, fue el resultado de campañas llamemos de publicidad con los medios de la época y de ninguna manera surgieron por generación espontánea y cumplieron la función de dar a conocer una profesión respetable y necesaria.
2. Si la profesión cambia, también cambian los símbolos.
3. El cambio de símbolos sin duda expresa un cambio en el grupo y en la función social

Nuestros símbolos en este nuevo milenio surgirán de la nueva “**Identidad Profesional**”

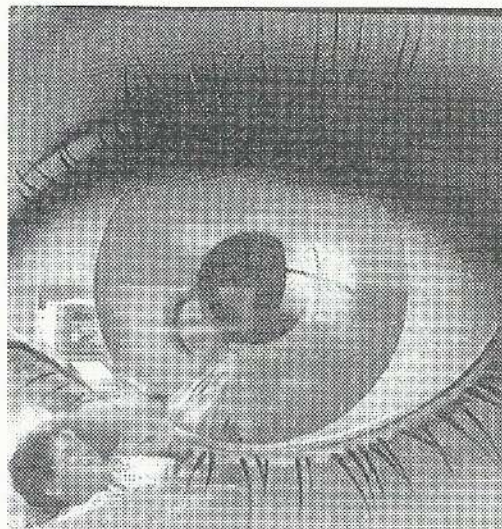
construida desde el prestigio que nos ganemos por aportar lo mejor al cuidado de la salud, encontrándonos en el espacio de las necesidades de los autocuidados de las personas.

Encontrarnos, como dice Rosa M^a Alberdi (1986) en el “Discurso Enfermero”. Eso sí que nos aglutinará mucho mas que los diversos logotipos artificiales, que no acaban de agrupar al colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERDI CASTELL, R.M.: “La enfermería y la palabra”. Rol de Enfermería. 1986. 91: 48-57.
2. FERNANDEZ FERRIN, C. et al.: Enfermería fundamental. Masson, S.A. Barcelona. 1995.
3. LEVI-STRAUSS, C.: Antropología estructural. Edt. Universitaria de Buenos Aires. 1976. Buenos Aires.

NECESIDAD DE REAFIRMACIÓN DE LA AUTOIMAGEN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



**José Quero Baena
Ana Isabel Moreno Moreno
Alejandro Hernáiz Gómez
M^a Ángeles Gregorio Sanz**

*EUE Cuenca
Universidad Castilla La Mancha*

EL CONTEXTO DE LAS «CIENCIAS DE LA SALUD» Y LAS «CIENCIAS HUMANAS»

En el momento presente, las ciencias de la salud están inmersas en dos grandes corrientes de pensamiento. Por una parte, el modelo clínico clásico se fundamenta en la identificación de disfunciones en el organismo. Como una propuesta alternativa se pretende abordar la salud desde una visión holística, es decir, contemplando su promoción y problemas desde una visión biopsicosocial y espiritualmente. En esta perspectiva se ubica la descripción científica de los cuidados por todas las «enfermeras teóricas».

La Enfermería es una ciencia humana y social que posee un cuerpo propio de conocimientos definido en torno al concepto de cuidados. Es necesario precisar que aunque esta definición sea conocida por todos, quizá no sea compartida por todos aquellos que se definen ante los otros como profesionales de Enfermería. En nuestra consideración, el problema no se sitúa en la definición científica y profesional de Enfermería; sino en conseguir presentar un discurso común entre sus miembros y ante la sociedad. En esta perspectiva, es un requisito imprescindible la interiorización real, no tanto de un conjunto de conocimientos científicos, como unas creencias, valores y conceptos disciplinares que permitan a aquellos que los comparten, identificarse como miembros de la profesión de Enfermería.

Todo conocimiento científico, exige la reflexión de los supuestos en los que se fundamenta. Debemos advertir que, a pesar de las peculiaridades de la enfermería, toda ciencia en su presentación ante la comunidad se rige por unos ciertos principios generales.

Examinemos en este momento cuales son las estrategias en las que se fundamenta la acción de las ciencias en su comparecencia ante la comunidad.

LAS ESTRATEGIAS DE CONOCIMIENTO EN LAS CIENCIAS HUMANAS

1. El conocimiento científico se define por formular teorías que explican el acontecer empírico. Desde hechos, conceptualmente establecidos, se construyen hipótesis que presumen conexiones de determinación entre acciones. Una hipótesis verificada empíricamente, discutida en la comunidad científica, es una proposición teórica capaz de explicar todos los acontecimientos que se ajustan a la conexión fáctica que formula. En este sentido, los cuidados deben contemplarse a través de los conceptos contenidos en teorías, que pretenden ser adecuadas para describir y comprender al ser humano. Todas las ciencias que tienen como objeto de conocimiento los seres humanos, poseen diferentes estrategias. En este sentido, las enfermeras teóricas han propuesto científicamente formas diversas, pero no incompatibles de entender los cuidados. Entendiendo, estas diferencias de perspectiva como enriquecedoras, no como conflictivas. Por el contrario, el modelo clínico clásico trata de definirse por su facticidad. Se orienta a la práctica y ulteriormente infiere resultados. No existe una secuencia lógica científica. En Enfermería esta infravaloración de las teorías, modelos y marcos de referencia, ha concedido mayor importancia a los procesos técnicos que a la determinación del rol de profesional.

2. Debemos precisar que una vez definido el campo de acción de Enfermería, cada profesional debe «situarse» teórica y personalmente en relación a las otras disciplinas. Esto supone reconocerse como «sí mismo». En esta perspectiva de análisis, George Herbert Mead introdujo el concepto de «sí mismo», que se define como la capacidad del ser humano de poder considerarse como objeto. El «sí mismo», se deriva del proceso de interacción social, también significa que podemos ponernos en el lugar de los «otros» y actuar como los «otros» desearían que actuáramos. El sí mismo siempre responde selectivamente a la experiencia y es el organizador e integrador de la experiencia.

3. El profesional de Enfermería es un profesional de «contacto». Define su trabajo respecto a su formación y a su interacción con aquellos que reclaman sus cuidados. Su principal instrumento de ayuda es la comunicación interpersonal. Consideramos que la enfermera debe desper-

tar una sensibilidad especial ante los encuentros interpersonales, únicos, irrepetibles y potencialmente desarrolladores de capacidades en los miembros de la interacción. En ellos se encuentran tanto los elementos de proyección profesional, como de aprendizaje personal. Un profesional de enfermería puede relacionarse con el paciente como un todo sólo en la medida en que es capaz de concebir toda su personalidad centrada en su problema.

4. El modelo clínico clásico no se dirige exclusivamente hacia sus datos ni a la sociedad en general; sino a sectores especiales con exigencias particulares, que evalúan los resultados como correctos o no, de acuerdo con su sistema de valores. Este modelo se considera el único productor de la «verdad» e impone su «racionalidad externa» sobre la «racionalidad interna» del paciente. No importa la voluntad de los pacientes, que no la poseen o simplemente está errada. Así se define lo que se propugna, por parte de aquellos que afirman no involucrase en los problemas del mundo, como «distancia clínica». Una posición tan normativa y cargada de valores como los intentos de empatía, calidez y autenticidad en las relaciones, que deberían caracterizar los contactos humanos.

5. Todas las profesiones, tienen una orientación teleológica, participen del compromiso con una forma de vida que consideran correcta para sí y para los demás miembros de su grupo territorializado. Su acción social se conduce por ideas e intereses materiales emanadas de la interacción social. En las ciencias humanas, la imposibilidad de alejarse del objeto de estudio, es decir del ser humano, implica, asimismo, que toda terapia o técnica sobre las acciones humanas esté íntimamente relacionada con una concepción del hombre. Las distintas estrategias de establecer un conocimiento de los cuidados, consisten esencialmente en acercarse y alejarse al objeto de estudio, con una visión no desprovista de valores de reproducción paradigmática o de compromiso de cambio estructural. De este modo los profesionales de una sociedad democrática, como partícipes de un proyecto colectivo, deben tener como presupuesto indubitado los valores de igualdad de los seres humanos y el respeto a la diferencia. Es necesario precisar que este no debe ser un presupuesto formal, sino que debe existir un compromiso continuo de posibilitar los medios para llevar esta hipótesis a la realidad.

CONCLUSIONES

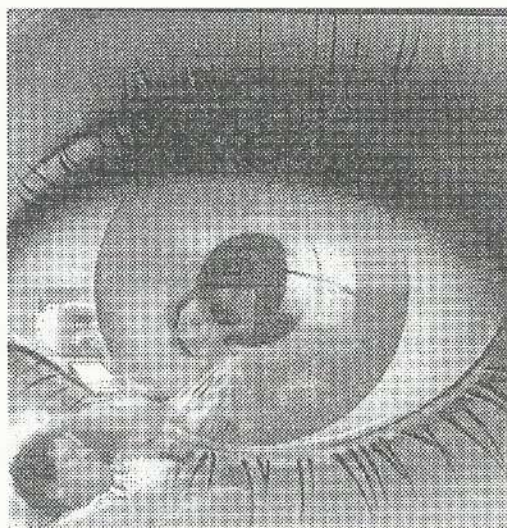
Evaluada las estrategias en las que se fundamenta la acción de las ciencias en su comparecencia ante la comunidad, examinemos que dificultad principal encuentra la enfermería en su presentación ante la comunidad.

Todas Las profesiones son identificadas por su estatus o prestigio relativo, en este sentido, todas las profesiones pueden reconocerse en una escala jerárquica de reconocimiento social. Para conseguir una situación de igualdad ante las otra profesiones, la Enfermería debe conseguir una formación de igual grado que las otras profesiones que comparten su espacio. Estos argumentos justifican la necesidad de conseguir una formación académica de tres ciclos, para desarrollar la investigación en el área de conocimiento propia; la preparación para el desempeño del trabajo enfermero en las áreas de gestión, docencia, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbara Kozier: «Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y prácticas». Edit Interamericana McGraw-Hill. 1990. Madrid.
2. Dominguez Alcon, C.: «Para una Sociología de la profesión de Enfermería en España». (1979). En Revista de Investigaciones Sociológicas nº 8, octubre. pp. 103-129.
3. Domínguez Alcon, C.: «Los cuidados y la profesión de Enfermería en España». Pirámide, 1986. Madrid.
4. Helen E. Peplau: «Relaciones interpersonales en enfermería». Edit Salvat S.A, 1990. Barcelona.
5. Helen A Cohen: «La enfermera y su identidad profesional». Edit Grijalbo S.A, 1988. Barcelona.
6. Imogene King: «Enfermería como profesión». Edit Limsa S.A 1984, México.
7. Lucas Marín, A. : «Motivación y satisfacción en el trabajo». Edit. Aguilar, pp 391-419, 1988, Madrid.
8. Mead, G.H. (1972): «Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social». Paidós, Buenos Aires.
9. Moya, C.: «La corporación profesional médica y la estructura de la sociedad española». Edit. Mineo, Madrid.
10. Rochon, Alain : «Educación para la salud». Edit. Masson, 1997, Barce-

EVOLUCION HISTORICA DE LAS EVALUACIONES DE PRACTICAS CLINICAS DE LAS ALUMNAS DE ENFERMERIA. ESCUELA CREU ROJA 1939-1996



**M^a Eva Fernández Lamelas
Rosa Capellas Prat**

*Profesoras de la Escola Universitària Creu Roja
Terrassa*

INTRODUCCION

Con este trabajo pretendemos ilustrar el cambio que se ha producido en la imagen de enfermería, a través de la evolución en los sistemas y criterios de evaluación de las prácticas clínicas.

Entendemos que mediante las prácticas se pretende modelar una imagen de la futura enfermera, por tanto, creemos que las cualidades técnicas y personales que se evalúan en las prácticas se corresponden con esta imagen cambiante a lo largo de la historia.

El marco de nuestro estudio es una de las escuelas más antiguas del país, esto nos ha permitido trazar un panorama lo suficientemente amplio en el tiempo. La escuela de Cruz Roja de Barcelona empieza a formar enfermeras profesionales en Catalunya en el año 1920.

Al mismo tiempo, hemos querido contribuir a cubrir el vacío de estudios puntuales, en torno a cómo se desarrolló la docencia en las escuelas de Cruz Roja en sus inicios, señalado en recientes trabajos sobre Historia de la enfermería.¹

OBJETIVOS

Describir la evolución de las evaluaciones de prácticas desde 1939 hasta ahora y correlacionar las diferentes formas de evaluación con la imagen de enfermería en concreto y de la mujer en general, imperante en cada época.

MATERIAL Y METODO

Realizamos un análisis de los documentos referidos a la evaluación de prácticas contenidos en 200 expedientes de alumnas (de un global de 1.800 expedientes) que abarcan desde la promoción de los años 39-42 hasta la promoción 93-96.

La razón por la cual empezamos nuestro trabajo con los expedientes del año 39 es la desaparición, después de la Guerra Civil, de los expedientes anteriores.²

Para obtener los datos precisos realizamos un registro en fichas de los siguientes elementos:

Años de promoción, número de expediente, existencia o no de un registro estandarizado, persona que firma la evaluación, ítems que se evalúan y textos de observaciones si las hay.

En lo referente a las primeras promociones, dado que no existía un registro estandarizado de la evaluación práctica, revisamos el 100% de los expedientes a fin de recoger las posibles observaciones referidas a las prácticas clínicas.

A partir de la promoción 46 - 49 realizamos un muestreo al azar de cinco expedientes por promoción.

El documento perteneciente a los años 1986 - 1990 lo conocemos gracias al testimonio de profesoras de la época y a algún ejemplar en blanco del cual queda constancia en un archivo de documentos utilizados para la evaluación, pero no se conservan ejemplares en los expedientes de los-as alumnos-as.

Definimos tres períodos en función de los planes de estudio vigentes: Enfermeras Profesionales (1939-1951), ATSF (1952-1980) y DUI 1983-1996.

Realizamos un análisis comparativo a fin de establecer las características diferenciales en cada período.

Llevamos a cabo una revisión bibliográfica que nos permitió establecer el marco histórico y social a partir del cual componer las diferentes imágenes de la mujer y de la enfermera, correspondientes a cada época.

PERIODO DE 1939-1951

FORMACION DE ENFERMERAS PROFESIONALES

Se trata del período inmediatamente posterior a la Guerra Civil.

Excepto en el período comprendido entre los años 46-49 no hay un registro estandarizado de prácticas. No obstante sí que existe un registro de los lugares en los que la alumna realiza las prácticas y algunos comentarios ocasionales referidos a las mismas.

Durante la promoción del 46 al 49 se utiliza el llamado «LIBRO DE LA ALUMNA» que contiene las siguientes notas cuantitativas:

- Nota de clase.
- Nota de comportamiento.
- Nota de puntualidad.
- Nota de servicio.
- Nota de conjunto.

Para acceder a los estudios de enfermera profesional se requiere una autorización del padre, una carta manuscrita

en la que la interesada explica las razones que la mueven a querer ingresar en la escuela. También debía aportar avales del jefe local del Movimiento y del cura párroco de su barrio o pueblo que certificaran su conducta intachable, la adhesión a los principios del Movimiento y el cumplimiento de los deberes cristianos.

Este grupo de documentos ilustran el grado de control ideológico a qué estaban sometidas las alumnas.

Las cartas redactadas por ellas ponen de manifiesto una imagen de la enfermería, que en palabras de M.F. Collière, se correspondería a la de la mujer consagrada que realiza los cuidados con un espíritu vocacional, de renuncia y de ayuda a los desvalidos.

La futura alumna debe superar un examen que versa sobre diferentes temas tales como operaciones matemáticas sencillas, Geografía e Historia... e, invariablemente, una pregunta sobre Doctrina Cristiana.

Las candidatas debían pasar por un examen médico. Dadas las penurias económicas de la época no es de extrañar que muchas de ellas padecieran déficits de nutrición y enfermedades del aparato respiratorio, como consta en las fichas médicas conservadas en sus expedientes. En estas fichas queda también constancia de las menstruaciones y las características de las mismas.

La importancia dada a los factores biológicos y reproductivos de las futuras enfermeras tendría relación con la idea, existente en la medicina de la época, de que las funciones orgánicas femeninas eran «intrínsecamente insanas», así como la creencia de que la mujer tenía, de forma congénita, una alta propensión a enfermar.³⁾

PERIODO DE 1952-1977

FORMACION DE ATSF

Durante éste periodo encontramos tres tipos diferentes de instrumentos.

En el año 52 aparecen unos impresos que se mantienen hasta el año 55. En ellos consta una descripción pormenorizada de las técnicas específicas que la alumna ha aprendido en los servicios de Rx, cirugía general, oftalmología y laboratorio general. Hasta un total de 20 elementos.

Paralelamente se recogen de forma cualitativa, 17 ítems referidos a actitudes y aptitudes de la alumna, de ellos los que nos parecen más significativos son:

- es subordinada.
- tiene tacto ¿es prudente?
- carácter: débil o fuerte.
- inteligencia.
- limpieza.

En los años comprendidos entre el 56 y el 59 no hay constancia de registros estandarizados. Sólo constan los castigos que se aplicaban a alumnas que incumplían las normas del internado. Entre los años 60 al 75 encontramos un documento que contiene la evaluación numérica correspondiente a:

- trabajo en clínica.
- cumplimiento de ordenes.
- limpieza
- capacidad de observación.
- atención y cuidados
- puntualidad

Es el único instrumento en el que figura de forma expresa su carácter de confidencial.

Del año 76 al 80 los ítems son abiertos, con espacio para el comentario por parte de la evaluadora, en cada uno de ellos.

Nuevamente los ítems evaluados son, entre otros:

- puntualidad
- trato y asistencia al enfermo.
- trato con compañeras, médicos y jefes.
- orden
- capacidad de observación
- arreglo personal, limpieza, cuidado del uniforme.

El énfasis puesto en la descripción sistemática y casi exhaustiva de los procedimientos enseñados a las alumnas nos sugiere la necesidad, por parte de los médicos, de contar con una ayuda cualificada, dada la progresiva complejidad que habían adquirido los procedimientos diagnósticos y de tratamiento. La imagen enfermera en esta etapa corresponde a la que F.Collière denomina la enfermera como auxiliar del médico.⁴)

La actividad de la enfermera en el hospital no es más que una prolongación de su papel en el hogar ⁵), hasta el punto de que un impreso que deben rellenar las aspirantes a entrar en la escuela, recoge como una pregunta específica sus conocimientos de las labores domésticas.

En este período también existía una ficha médica que certificaba, no sólo su estado de salud sino también su idoneidad para ejercer la enfermería:

¿LA CONSIDERA USTED APTA PARA ENFERMERA, FÍSICA Y MENTALMENTE?

Quién certificaba la supuesta «aptitud» era, naturalmente el médico que realizaba la exploración.

La absoluta sumisión al médico, que se evalúa con términos como «CUMPLIMIENTO DE ORDENES» o «SUBORDINACION», también se refleja en los libros de texto de la época referidos a la **moral profesional**

«De ordinario el médico por su ciencia y capacidad profesional es obedecido ciegamente(...) Nunca tenga con él discusiones. Hechas las

observaciones convenientes calle y obedezca. Con la obediencia se ha de juntar el respeto. Ante todo el respeto que todo inferior debe tener a su superior, como a representante de Dios.»⁶

La convivencia en régimen de internado (que se mantuvo hasta el año 73) implicaba una mayor homogeneidad y control ya que, tal como hemos expuesto con anterioridad, en los expedientes de prácticas ha quedado constancia de sanciones en base a conductas realizadas en el internado, llegando en algunos casos a la expulsión de la escuela por haberse ido durante el día sin el correspondiente permiso o bien por haberse marchado de madrugada.

A pesar de que las cualidades morales de las alumnas no estaban explicitadas los comentarios que aparecen en las evaluaciones son significativos de la imagen que se pretende forjar:

«Follonera, algo lenta, no se mata, tímida, cerrada, insegura, des preocupada, simpática, no muy habladora, formal, trabajadora, cariñosa, poco charlatana, dulce, seria, activa, reposada, sociable...»

PERIODO DE 1983 A 1996

DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN ENFERMERIA.

Los cambios que se producen en cuanto a la progresiva incorporación de la mujer a la vida académica y laboral, el trabajo de algunas profesionales que empezaron a revisar el papel de la enfermera, y la nueva concepción de la salud y la enfermedad, crean las condiciones necesarias para que enfermería se plantee asumir un rol de autonomía dentro del equipo sanitario.

A partir de éste período encontramos tres instrumentos diferentes. Los cambios que se introducen en los diferentes instrumentos de evaluación, vienen dados por la preocupación constante por conseguir una mayor objetividad y una mayor discriminación en las notas de practicas.

1986-1990

En esta época, los criterios de evaluación se marcan en función de la asignatura de que se trate.

Las diferencias las encontramos básicamente entre las asignaturas de Enfermería Comunitaria y las restantes enfermerías.

ITEMS DE ENFERMERIA COMUNITARIA

- capacidad para búsqueda de información.
- capacidad de observación
- realización actividades delegadas.
- valoración usuario.
- respeto principios éticos.
- responsabilidad.

OTRAS ENFERMERIAS:

- conocimientos.
- interés.
- organización.
- habilidad.
- responsabilidad.
- iniciativa.
- comunicación: equipo, paciente, familia.
- puntualidad y asistencia.
- uniforme
- principios éticos.
- relación equipo, paciente y familia.
- PAE.

Es importante reseñar también que a partir de este momento y hasta la actualidad asumen la evaluación la enfermera del centro que tiene la alumna a su cargo, la profesora responsable de prácticas y la propia alumna-o, mediante la firma de cada una de ellas. Esto lleva a que la profesional y sobre todo el/la alumno-a se impliquen activamente en el proceso de evaluación, cosa que nos parece fundamental para la formación.

1990-1993

Se introduce el denominado «dossier del alumno» que consiste en una recopilación de los distintos niveles de competencias en función del curso, junto con un listado de sesenta ítems, relativos a competencias profesionales, a evaluar y la propia evaluación.

Este dossier, que el alumno recibe en primer curso, recoge las calificaciones de los diferentes periodos prácticos a lo largo de su formación. Esto permite a las profesoras y a las enfermeras responsables de los alumnos, seguir su proceso de formación en cada etapa. Cuando el alumno-a deja la escuela, este dossier se conserva en su expediente.

ITEMS QUE SE EVALUAN

- respeto.
- interés.
- iniciativa.
- relación con el equipo.
- relación con el usuario.
- PAE.

También hay una relación de procedimientos y técnicas, en la que se hace constar el numero de veces que se realizaba, el tiempo que se tarda, la habilidad y la información al cliente.

1993-1996

El dossier se modifica, no en su contenido sino en su forma.

Esta modificación se lleva cabo para agilizar su utilización por parte de las enfermeras.

Los ítems evaluados se agrupan en dos apartados, el primero referido a actitudes y aptitudes en relación al trabajo desarrollado por la alumna durante las prácticas, y el segundo en relación a actitudes y aptitudes en cuanto al desarrollo del PAE.

- responsabilidad.
- asistencia y puntualidad.
- interés.
- iniciativa.
- interacción/comunicación (equipo, familia, usuario).
- aspecto personal.
- integración de conocimientos.
- organización: actividades y recursos.
- ejecución: actividades y utilización de recursos.
- adaptación a la dinámica del servicio y a situaciones nuevas.

Cada uno de estos apartados se describe de forma objetiva en varios puntos, para así dar mayor fiabilidad a la evaluación.

Mientras en las evaluaciones de los años comprendidos entre 1939 y 1980, se enfatizan aspectos relacionados con la pasividad, la sumisión, el orden y la limpieza. En ésta época las evaluaciones reflejan el cuestionamiento de estos valores, tradicionalmente considerados como femeninos, y la incorpora estrategias más «activas». Se valora la iniciativa, el interés, aspectos éticos, la integración de conocimientos y se introduce una metodología propia, el PAE, a partir de la cual definir el rol autónomo.

CONCLUSIONES

Los sistemas de evaluación de las prácticas, en la Escuela de Creu Roja, se han ido modificando en función de las concepciones imperantes en cada época: las evaluaciones han sido influidas por la imagen enfermera y la concepción dominante en torno al papel de la mujer en la sociedad.

La forma de evaluar estas prácticas ha evolucionado desde observaciones generales y no estandarizadas hacia unos criterios más complejos y estructurados, para conseguir una mayor objetividad.

Pensamos que sería necesario realizar nuevos trabajos para profundizar en los modelos y valores de género, implícitos en las formas actuales de evaluación de nuestros alumnos-as.

BIBLIOGRAFIA

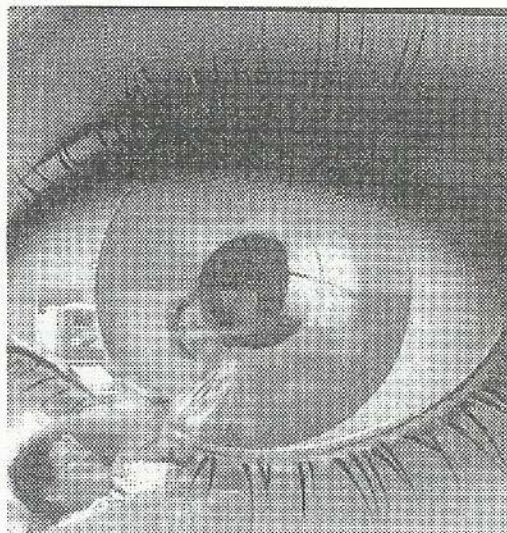
1. FERNANDEZ MARTIN, F. Historia de la enfermería en España. (Desde la Antigüedad hasta nuestros días). Madrid :Síntesis, 1996.p.295
2. GARCIA LOZANO A. Historia de l' Escola d' Infermeria «Creu Roja» de Barcelona. Barcelona. Escola d' Infermeria Creu Roja, 1993.p. 82.
3. EHRENREICH, B y ENGLISH, D. Brujas, comadronas y enfermeras. Barcelona. Ed. La Sal, 1981: p.49
4. COLLIÈRE, M.F. Promover la vida. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993. p. 59-88.

5. SILES GONZALEZ, J. y GARCIA HERNANDEZ, E. «Estudio documental sobre la influencia de la Cruz Roja en la enfermería española (desde sus orígenes hasta la II República)». en Enfermería Clínica. Septiembre-octubre 1995, volum 5, nº 5. p. 183-189.
6. REY, J. Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario. Primer curso. Texto acomodado al programa oficial. Santander. Sal Terrae, 1970. p. 85.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. ARIÈS, P. y DUBY, G. Historia de la vida privada. Madrid. Taurus, 1989.
2. DOMINGUEZ ALCÓN, C. la Infermeria a Catalunya. Barcelona. Rol, 1981.
3. DUBY G. y PERROT M. Historia de las mujeres en Occidente. Madrid. Taurus, 1993.

UNA MIRADA A LA ENFERMERÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



*** M^a Luz Fernández Fernández**

**** M^a Dolores Gómez Ruiz**

**** Yolanda Martín Seco**

***** Francisco Javier del Río Saíz**

** Enfermera. Profesora de Enf. Fundamental de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria*

*** Enfermeras. Matronas de Atención Primaria del Área de Salud de Santander*

**** Enfermero. Subdirector de Enfermería del H.U. "Marqués de Valdecilla". Santander*

INTRODUCCIÓN

La Enfermería como profesión que existe y actúa en función de la sociedad a la que sirve, debe proyectar su imagen mediante la realización de cuidados de calidad, para ello la profesión deberá evolucionar, teniendo como punto de apoyo, la imagen que los usuarios tengan de estos profesionales para satisfacer sus necesidades en materia de salud.

Durante mucho tiempo las imágenes que hemos proyectado han estado basadas en un rol femenino, una formación tecnicista, ligada a la profesión médica, sin definición de funciones propias y autonomía y ubicada esencialmente en el ámbito hospitalario. Si a esto añadimos el trato dado por los medios de comunicación a la Enfermería, podríamos configurar un estereotipo que respondiera a estas características.

Teniendo en cuenta los cambios que han tenido lugar en los últimos años, en relación a la profesión (currículum básico, reforma sanitaria etc.), queremos saber la opinión de los usuarios de Atención Primaria, respecto a nuestra imagen profesional y si esta se acerca a lo que nosotros intuimos.

El Objetivo de este trabajo ha sido: Identificar la imagen social de la enfermera, recogiendo las opiniones de un grupo de usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del trabajo se diseñó una encuesta con 18 ítems. La población de estudio la constituyeron 161 personas que acudieron a tres Centros de Atención Primaria, en el Área de Santander durante los meses de octubre y noviembre de 1.996. Tuvimos en cuenta que fuese

una población joven y que acudieran al Centro a realizarse controles de salud, dentro del Programa de la Mujer y del Niño.

El tratamiento de los datos se llevó a cabo mediante el programa DBSE III y el SPSS/PC+.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron: del total de 161 personas encuestadas, 137 fueron mujeres y 24 hombres, siendo la media de edad de 31,7 años.

En lo que respecta al nivel de estudios: Universitarios el 24,2%; Bachillerato el 26,1%; Formación profesional 21,1% y Estudios básicos el 28,6%.

La ocupación de los encuestados se desglosa de la manera siguiente: el 24,8% se dedica a las tareas domésticas; el 24,2% son obreros especializados; el 14,9% obreros sin cualificar, el 18% no respondieron y el resto eran estudiantes, parados, técnicos de grado medio y superior. El trabajo de la enfermera lo equiparan: el 53,4% al de un aparejador; el 21,1% a una secretaria de oficina; el 18% al de un arquitecto y sólo el 0,6% a una camarera de hotel, el 6,8% no contestaron a esta pregunta.

Al preguntar por cuales eran los estudios necesarios para desarrollar el trabajo de Enfermería, respondieron: el 73,9% estudios universitarios; el 25,5% estudios medios (Bachillerato/F.P.) y el 0,6% básicos.

Respecto al área de la formación a la que dan más importancia: el 83,2% dicen que por igual a la preparación práctica y teórica; el 14,9% a la práctica y el 1,9% que es más importante la teórica.

Sobre si creen que para trabajar como profesional es fundamental una buena disposición de ayuda a los demás: el 97,5% dicen que siempre; el 1,9% a veces y el 0,6% nunca.

El 83,2% opina que una enfermera/o, es un profesional con funciones propias que colabora con otros profesionales en su curación; frente a un 14,3% que cree que la enfermera es el profesional encargado de cumplir las órdenes médicas.

Al preguntarles sobre como había sido la atención recibida por las enfermeras/os, se obtuvieron las siguientes respuesta: el 55,3% manifestó ser la esperada; el 36,6% mejor de lo que esperaba; el 5% no le han atendido como esperaba y el 3,1% no contesta.

El 49,1% opina que el trabajo de las enfermeras/os es intenso solo a veces; el 46% cree que es muy intenso; el 4,3% relajado y el 0,6% no contesta.

Las Actividades que creen son competencia del personal de enfermería son: el 32,9% no contesta; el 18,6% técnicas; 14,3% actividades técnicas y apoyo emocional; el 6,2% sólo apoyo emocional y el 28% se reparte entre otras actividades, como administrativas y de apoyo al médico. A la pregunta sobre si distinguen a la enfermera/o del resto de los profesionales: el 50,3% contestaron que siempre; el 45,3% a veces; el 3,1% nunca y el 1,2% no contestó.

El 49,1% conoce el nombre de la enfermera que le atiende; el 41,6% no lo conoce y el 9,3% no contesta. Esta misma pregunta, pero respecto al médico que le atiende, fue contestada de la siguiente manera: el 96,9% si conoce el nombre; el 2,5% no lo conoce y el 0,6% no contesta. Preguntados sobre las preferencias con respecto al sexo del personal de enfermería que le atiende el 78,3% responden que indistintamente hombre o mujer; el 21,7% manifestó que prefería que fuera mujer y nadie contesto preferir que fuera un hombre. Respecto al sexo del médico asignado, el 86,3% indistintamente hombre o mujer: el 11,8% prefiere que sea una mujer y el 1,9% dicen preferir que sea un hombre.

Se le preguntó sobre si apreciaban alguna diferencia entre el personal de enfermería contratado y el fijo, respondiendo: el 35,4% no distinguir a unos de otros; el 32,9% dice que el fijo tiene más adiestramiento; el 28,6 no aprecia diferencias y el 3,1% no contesta.

Preguntados, en relación con la importancia que otorgan a la apariencia externa del profesional de enfermería: el 77% dice que tiene importancia; el 19,3% que la tiene a veces; el 1,9% que no tiene importancia y el 1,9% no contesta. En relación a esto los que contestaron que si tiene importancia: el 42,2% dicen que porque da aspecto de higiene; el 18% no especifica el porqué y el 14,9% expresa que porque da más confianza.

Por último, quisimos saber si estaban de acuerdo con nuestra imagen actual, respondiendo el 86,3% que si; el 9,9% no contestaron y el 3,7% dicen no estar de acuerdo. Dentro de la categoría de los que dijeron que si, el 41,6% dijo que porque éramos buenos profesionales y el resto hizo referencia al aspecto físico y al buen trato.

DISCUSIÓN

Creemos que el nivel de estudios, no ha tenido influencia en las respuestas obtenidas, ya que la muestra ha sido bastante equilibrada en relación a la formación de los encuestados.

Los usuarios que conocen nuestras actividades, dan importancia al trabajo técnico y apoyo emocional, aunque todavía un 32,9% desconoce nuestras funciones. Llama la atención que a pesar de haberse desarrollado la encuesta en Centros de Atención Primaria, solo dos personas hicieron referencia a las actividades educativas.

Nos ha sorprendido que el 49,1% conozca el nombre de la enfermera/o que lo atiende y la distingue siempre o a veces, del resto del personal el 95,6%, aunque ambas cuestiones pueden deberse a la propia estructura del trabajo en A. Primaria.

Otra cuestión que nos ha llamado la atención es que no tienen preferencia por el sexo de los profesionales de enfermería que los atienden, a pesar de la tradición y la imagen que muestran los medios de comunicación. Igualmente nos han respondido en cuanto al profesión médica, aunque si han de elegir sexo prefieren mujer, debe tenerse en cuenta que la mayoría de los encuestados eran mujeres, aunque el 14,9% eran hombres y sólo el 1,9% de los encuestados prefieren a un hombre como médico.

Ha sido satisfactorio comprobar que perciben un buen trato por nuestra parte, a pesar de que reconocen que es un trabajo intenso o intenso solo a veces.

Es importante: que los usuarios sean conscientes de que nuestra formación esta enmarcada en la Universidad; que debe basarse en una conocimientos tanto teóricos como prácticos; que nos equiparen mayoritariamente a la categoría profesional adecuada; y que reconozcan que tenemos funciones propias y que colaboramos con otros profesionales.

Se desprende de la encuesta que la apariencia externa del profesional es importante, que tienen confianza en nuestra labor, que están de acuerdo con nuestra imagen actual y que ésta es de buenos profesionales.

El hecho de que la muestra proceda de la Atención Primaria, puede haber sido un factor determinante en la orientación de las respuestas. Pensamos que podría resultar interesante, realizar el mismo tipo de estudio en el área hospitalaria.

Los usuarios tienen un buen concepto de los profesionales; sospechamos que incluso mejor del que tenemos sobre nosotros mismos, por lo que también creemos que sería un aspecto a investigar.

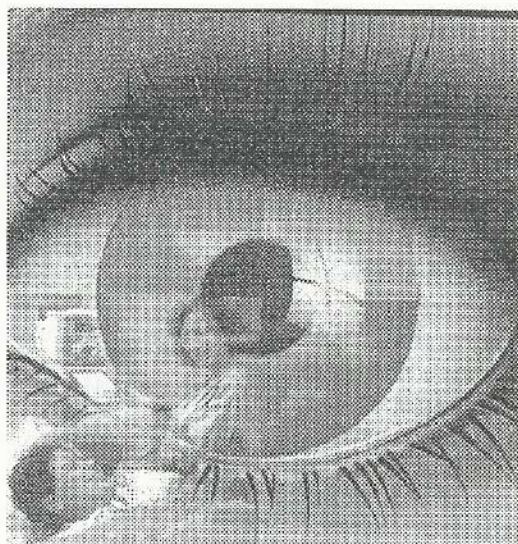
CONCLUSIONES

- 1º. Los usuarios tienen una buena imagen de los profesionales de enfermería, adecuada a la que pensamos que debe ser.
- 2º. Es importante hacer especial énfasis en la educación para la salud, de forma que los usuarios lo integren como una actividad más de las enfermeras/os.
- 3º. Tenemos que seguir avanzando en el camino iniciado, aunque quedan aun muchos aspectos por mejorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERDI R.M. La Identidad profesional de la Enfermería. Rev. ROL 1992 nº 170 pág. 39-44. Barcelona.
2. ALBERDI R.M. Las enfermeras para el tercer milenio. Rev. ROL 1993 nº 178. pág. 43-50. Barcelona.
3. CASANÓVAS I. ET AL. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. Rev. ENFERMERÍA CLÍNICA 1.995. Vol. 5 nº2. Barcelona
4. DOMÍNGUEZ-ALCÓN C. Sociología y Enfermería. Ed. Pirámide. 1983. Madrid
5. MARISCAL M.I. ET AL. ¿Conoce la población la oferta de servicios de enfermería? Rev. ROL 1.995 nº198. Barcelona.
6. RENEDO P. ET AL. Imagen social de la enfermería (encuesta al usuario). Rev. ROL. 1.989 nº130. Barcelona.
7. SANFELIU V. ET AL. 15 años después. Rev. ROL 1.993 nº 178. pág. 12-17. Barcelona.

LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA EN UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA. UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIO



Meseguer Liza, Cristóbal
Enfermero

Paredes Sidrach de Cardona, Antonio
*Enfermero. Supervisor de Área de Docencia y Calidad
Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

Torralba Madrid, M^a José
Enfermera. Profesora Titular

Andreu Mula, Alejandra M^a

López Rosagro, M^a José

Miras Segura, Juan Alfonso

*Estudiantes 3^{er}. Curso Diplomado en Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Murcia.*

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Enfermería como profesión, ya no cabe plantearnos la siempre presente dualidad vocación-profesión. Como profesionales tenemos competencias que abarcan todo lo relacionado con la salud: El cuidado, la gestión, la educación y la investigación.

Vemos necesario que la imagen de la enfermera se corresponda con la adquisición de las responsabilidades que derivan de sus funciones, en base a los cambios habidos en la gestión de los servicios sanitarios, y que posibilitan la oportunidad de asumir competencias y toma de decisiones que enriquezcan nuestra actividad profesional.

Pero para aventurarse en el proceso de cambio, las enfermeras deben reflexionar sobre su situación, y decidir si poseen los conocimientos, técnicas y recursos necesarios para lograr sus fines.

Para conseguir las metas propuestas, es necesario obtener y desarrollar una identidad profesional acorde con nuestras funciones. Qué duda cabe que la imagen que ofrecemos ante la sociedad resulta determinante en ese aspecto, ya que ésta nos asignará los roles con los que seremos identificados.

OBJETIVOS

General:

Identificar la situación actual de la imagen de la profesión enfermera.

Específicos:

- * Describir la percepción que tienen otros grupos profesionales del hospital de nuestra disciplina.
- * Conocer la imagen que los usuarios de los servicios de salud tienen de los profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue dirigido a los trabajadores (exceptuando enfermeras) y pacientes del Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia. Dicho hospital es denominado como Hospital General de Área, con una cobertura poblacional de 210.000 habitantes. Tiene una capacidad de 400 camas y en noviembre de 1995 se finaliza su apertura con las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias.

El 95% de la plantilla del mismo es contratada, siendo la media de edad del personal de enfermería de 25-26 años, y presentando una experiencia media de 2 a 3 años.

Entre la población constituyente del estudio se cumplimentaron cien cuestionarios de personal y ciento cincuenta de pacientes.

El reparto de cuestionarios se realizó mediante un muestreo aleatorio estratificado. Los cuestionarios de personal y de pacientes constaban de 18 y 21 ítems respectivamente, ambos con respuestas cerradas.

Se informó a los profesionales del carácter anónimo y voluntario de este, así como del objetivo de la investigación.

Para el análisis de datos fue empleado el programa MICROSOFT ACCESS, centrando nuestro interés en un análisis descriptivo.

RESULTADOS

1°. El 41,66% de los pacientes no distinguen a la enfermera o solo a veces de la auxiliar, representando un porcentaje de error por encima del 50% en los intervalos comprendidos entre 36-55 y mayores de 76 años.

Este elevado porcentaje de error creemos que viene inducido por la similitud en las actividades realizadas en presencia del usuario, debida a la multidisciplinariedad de la asistencia.

Estos resultados contrastan con la obligatoriedad de la identificación por parte del personal que trabaja en el hospital. Dentro de esta variable, por tanto, podemos interpretar que el usuario no identifica adecuadamente las distintas categorías en función a su imagen exterior, si no en base a las funciones y actividades que realiza en la prestación de cuidados.

2°. El 15,61% la confunden con el médico no presentando variaciones representativas respecto a la edad de los pacientes.

Pensamos que este dato es debido a dos aspectos fundamentales:

1. - La creciente profesionalización de la enfermería, lo que implica la ampliación del campo de conocimientos y la mejor adecuación de los mismos a la prestación de cuidados, disminuyendo la concepción de trabajador manual.

2. - La relación histórica existente entre determinadas disciplinas y el sexo.

3°. El 54,17% de los pacientes consideran que los ATS y las enfermeras están capacitados por igual para la prestación de cuidados, siendo significativo que del 45,83% restante, el 27,08% consideran que están capacitados por igual solo en algunos casos.

Es apreciable una progresiva igualdad conceptual entre las capacidades a desarrollar por los ATS y enfermeras, persistiendo un elevado porcentaje de encuestados que consideran a los ATS y enfermeras como profesionales diferentes; pudiendo estar motivado por la formación impartida en las escuelas para ATS masculinos, que seguían un modelo biomédico. Por otro lado, el resto de escuelas garantizaban la transmisión de conocimientos y experiencias enfermeras, centrándose en la prestación de cuidados.

Por regla general, los ATS masculinos elegían el ámbito rural y extrahospitalario (Siguiendo la tradición de sus antecesores), mientras que las ATS femeninas, con una formación hospitalaria, ejercían en ese ámbito.

4°. La denominación ATS era relacionada en más del 80% indistintamente con hombre/mujer, no presentando diferencias significativas entre los pacientes y los trabajadores del hospital. A su vez el personal del hospital utiliza los términos enfermera/ ATS indistintamente en el 81,24% de los casos.

Las denominaciones enfermera/ATS son utilizadas indistintamente por la mayoría del personal del hospital, siendo conscientes que las propias enfermeras se denominan indistintamente como ATS/enfermera en un alto grado.

A su vez, entre los usuarios, no es de extrañar la utilización del término ATS puesto que, durante mucho tiempo dentro del sistema sanitario español, la figura prestadora de cuidados estaba legislada con dicha denominación.

5°. La relación entre una mayor autonomía en la prestación de los cuidados con la mejora de la calidad asistencial, solamente es considerada de forma afirmativa entre las auxiliares de enfermería con el 64,51%, mientras que los médicos creen que no existe relación, o no necesariamente entre estas variables en el 81,39%. A su vez, los médicos consideran en el 67,50% de los casos, que la labor de la enfermera depende de otras profesiones.

Es significativo que únicamente los facultativos no creen que exista relación de dichas variables, al mismo tiempo que consideran que enfermería depende de otras disciplinas. En contraposición, los celadores, aun considerando el 80% la labor que enfermería realiza como dependiente de otras disciplinas, creen que un aumento de su autonomía mejoraría la calidad de los cuidados.

Destacar que cuanto mayor colaboración existe en la prestación de los cuidados, mejor se nos valora, y mayor convencimiento tienen de que un incremento en la autonomía conllevaría un grado de calidad óptimo de la asistencia.

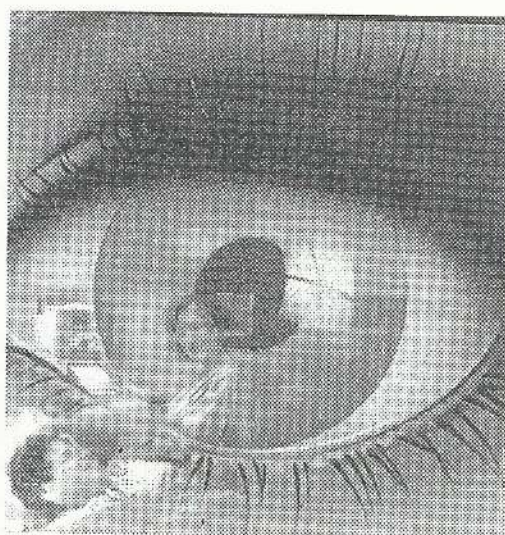
CONCLUSIONES

- Para el usuario la imagen de la enfermera no aparece suficientemente definida dentro del equipo de salud, confundiéndola con otros miembros.
- El usuario considera en un alto grado a los ATS y las enfermeras con diferentes características y atribuciones.
- Se observa un cambio progresivo en la forma de citar al personal de enfermería, así como la asociación con la figura hombre/ mujer.
- A pesar del desarrollo de la profesión enfermera, existen disciplinas que consideran que una mayor autonomía no representa una mejora en la calidad asistencial

La reforma que supone la integración de enfermería en la Universidad y el aumento de conocimientos que supuso, ha conformado que crezcamos en identidad profesional. Esto junto con la mejora en la calidad asistencial que ofrecemos hace que poco a poco seamos reconocidos como profesionales diferenciados de otros colectivos.

Dentro de la búsqueda de nuestra identidad profesional, se nos plantea un reto: dicha identidad debe asociarse a una imagen que represente con certeza el lugar que tiene la enfermera dentro del sistema sanitario.

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION EN LA IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERIA



**M^a Angeles Gregorio Sanz
Alejandro Hernaiz Gómez
José Quero Baena**

*Escuela Universitaria de Enfermería de Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha*

INTRODUCCIÓN

La Enfermería está atravesando una etapa de cierta falta de definición profesional. En este sentido se hace necesario realizar un análisis de la imagen que en el momento actual tiene la sociedad de la ciencia Enfermera.

Reconocemos una estrecha vinculación entre sociedad y profesión. Con respecto a este punto, Donabedian expresa:

"Existe un "contrato social" entre la sociedad y las profesiones. Bajo sus términos, la sociedad otorga autoridad a las profesiones sobre las funciones que le resultan vitales y les permite una considerable autonomía para llevar a cabo sus propias funciones. A cambio, espera que las profesiones actúen de manera responsable, siempre atentas a la confianza del público. La autorregulación para asegurar la calidad del desempeño es la base de esta relación. Es el sello auténtico de una profesión madura." ¹

En el proceso de definición profesional, los medios de comunicación ejercen un gran poder social. La forma en que ellos transmitan las noticias e informaciones referentes al campo de enfermería, ayudará a crear una determinada imagen, que será la percibida por la población a la que se destinan esos medios de comunicación.

Nuestro propósito es analizar la imagen del profesional de enfermería a través de los medios de comunicación social. Utilizando para ello las opiniones de los alumnos de primer curso del Campus de Cuenca.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos utilizado como fuentes primarias, un grupo de discusión formado por alumnos, elegidos al azar, de primer curso de los restantes estudios del Campus de Cuenca.

Se ha realizado una consulta exhaustiva de bibliografía especializada, centrando nuestra atención en las revisiones más recientes sobre la imagen del profesional de Enfermería. Para ello hemos empleado las principales revistas especializadas de enfermería, entre ellas: Rol, Notas de Enfermería, Cuadernos de Enfermería, Enfermería Científica, Nursing, Salud 2.000 y Enfermería Integral. Considerando éstas como fuentes secundarias.

Formamos el grupo de discusión con un alumno de primer curso de cada uno de los centros que integran el Campus Universitario de Cuenca: Trabajo Social, Arquitectura Técnica, Magisterio, Bellas Artes, Derecho, Relaciones Laborales, Humanidades y Empresariales. Suponiendo que la imagen que poseían de Enfermería la incorporaban desde su origen social y cultural.

Elaboramos un cuestionario semiestructurado, en el cual reflejamos los principales puntos de análisis, estableciendo los siguientes ítems:

1. Preguntamos qué medios de comunicación habían sido observados por los alumnos, tanto escritos como audiovisuales.
2. Indagamos sobre cuáles eran las informaciones relativas a las Ciencias de la Salud que recordaban y a través de qué medio de comunicación la recibieron.
3. Les pedimos que identificasen a los profesionales de la Salud, que hubiesen reconocido en dichas informaciones.
4. Hicimos hincapié en si habían encontrado a "profesionales de los cuidados", en alguna de ellas.
5. Por último, preguntamos cómo definirían al profesional de Enfermería.

RESULTADOS

1. Las fuentes de referencia sobre la salud, de mayor peso entre los alumnos, son los medios audiovisuales y las emisiones radiofónicas.

2. Recuerdan informaciones sobre cirugía y sobre prevención de toxicomanías y Sida. Uno de ellos comenta el impacto que le causó ver una operación quirúrgica por televisión.
3. Identifican como profesionales en esas informaciones a cirujanos y técnicos de laboratorio. Dos alumnos recuerdan el programa "Hablar por hablar", de la Cadena Ser, al cual llamó una profesional de enfermería que cuidaba a un enfermo terminal. Este enfermo recientemente había muerto, y la enfermera explicaba la consternación en la que se había quedado sumida. Intentaba hacer partícipes de su experiencia a todos los oyentes, a los cuales pedía ayuda, para poder afrontar la situación. El alumno comentaba la cantidad de llamadas posteriores de apoyo y reconocimiento a su labor que se recibieron en el programa.
4. En general, no se reconocen los "profesionales de los cuidados". Aunque los citados alumnos si lo hacen, aportando detalles bastante precisos de cómo son los cuidados.
5. Se identifica a Enfermería como un estudio universitario, aunque no se precisa cuales son las particularidades de la profesión. La mayoría de los participantes identifican a las enfermeras como A.T.S.

DISCUSIÓN

El hecho de que hayamos encontrado reconocidos como profesionales de la salud a cirujanos y técnicos de laboratorio, nos lleva a pensar que la sociedad sigue dando mayor importancia en el área de la Salud a las técnicas, sin tener verdadera conciencia del valor fundamental que tienen los cuidados en el mantenimiento de la Salud.

Los profesionales de Enfermería deberíamos hacer una reflexión en este aspecto, para ello haré mención de las palabras de Simms, Price y Erwin:

" La sola adquisición de habilidad técnica no proporciona la base necesaria para el pensamiento independiente y la acción que en la actualidad, es esencial para la práctica de la Enfermería".²

Bajo esta perspectiva, la enfermera debe propugnar y defender su rol como "profesional de los cuidados", si realmente quiere ser identificada como una profesión independiente con un cuerpo de conocimientos propios. Lo que nos conduciría a cambiar las actitudes que existen en determinados casos puntuales. Nos referimos a los profesionales de enfermería conservadores que siguen aferrándose al rol de enfermera dependiente del facultativo médico y ejecutora de técnicas. Quizás no sepamos transmitir el rol propio de Enfermería, recordamos a V. Henderson cuando afirma:

"Existe una gran disparidad entre la imagen que las enfermeras se han formado de ellas mismas y la que se ha formado el público. Lo que las enfermeras hacen está en desacuerdo con lo que el público cree que debería hacer".³

Por otro lado, tras analizar y comparar la opinión de los alumnos con la documentación encontrada, observamos que a pesar de que en los medios de comunicación no se identifica a los "profesionales de los cuidados", los alumnos sí que los reconocen e incluso tienen ciertos conocimientos a cerca de los cuidados. Consideramos este hecho un gran paso en el reconocimiento de nuestra profesión. Pues a pesar de que determinados medios de comunicación no lo reflejen van existiendo poco a poco casos puntuales, como el programa de radio, en el que se nos considera una profesión independiente.

Por último, podemos destacar que entre los estudiantes universitarios se reconoce la disciplina de Enfermería como formación universitaria. Pero a pesar de ello no se nos nombra como enfermeras, sino que todavía persiste la denominación de A.T.S.

En un estudio recientemente publicado de revisión de dossiers de prensa de distintos diarios, se seleccionaron distintas noticias referentes a Enfermería. En dichos artículos, se reconocen tres denominaciones diferentes entre los profesionales de enfermería: Auxiliar Técnico Sanitario, Diplomado Universitario, Enfermera/o.

Del total de noticias se encontraron 217 en las que se nos denominaban A.T.S., lo que supone un 67,4% del total, 113 noticias lo hacían como enfermeras/os, es decir, un 35,1%, y por último 62 noticias y un

19,3% donde nos llaman Diplomados de Enfermería.⁴

En este punto hacemos referencia a R.M^a. Alberdi, que con el fin de seguir definiendo nuestra identidad, propone:

"NOMBRARNOS. A través de un nombre que no nos confunda ni confunda a los otros. Y en este nombrarnos cada uno como profesionales, incluyo también el nombrarnos unos a otros dentro de la Enfermería, el reconocer que donde llega una enfermera, ha llegado la Enfermería".⁵

Pensamos que un paso fundamental en el reconocimiento de nuestra profesión es hacernos NOMBRAR, de la manera más correcta, que para nosotros es ENFERMERA/O, y de una forma unificada por todos los profesionales, para evitar llevar a la confusión a la sociedad.

CONCLUSIONES

1. Los estudiantes se incorporan a la Universidad sin conocer la particularidad de los estudios de Enfermería.

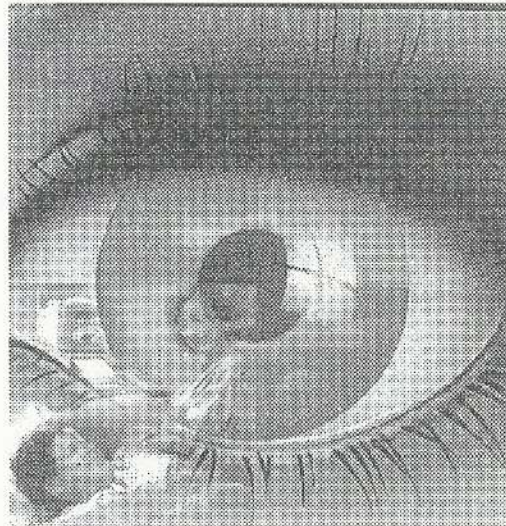
Debería realizarse un programa de información en los institutos, para transmitir las peculiaridades de todos y cada uno de los estudios y facilitar la elección de los mismos.

2. Se debe promocionar la educación para la Salud con el fin de que la sociedad tenga conciencia de la importancia de los cuidados, de la prevención y promoción de la salud y no solamente las técnicas. De esta manera, indirectamente, existirá una consideración y reconocimiento de los "profesionales de los cuidados", identificando correctamente su marco de actuación, así como su independencia con su propio campo de referencia.
3. Por último creemos importante concienciar, tanto a nivel colectivo como individual, a los profesionales de Enfermería con el fin de unificar nuestra denominación, la de Enfermera, y así evitar crear confusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. DONABEDIAN, A. Foreword, in M. Phaneuf, "The Nursing Audit and Self-regulation in Nursing", 2d. ed. New York Appleton-Century-Crofts, 1976.
2. SIMMS, L.M.; PRICE, S.A.; ERWIN, N.E. "Administración de servicios de enfermería". Ed. Interamericana McGraw Hill, 1986.
3. HENDERSON, V. "Principios básicos de los cuidados de enfermería". Publicado por el Consejo internacional de Enfermeras, 1971.
4. CANDEL, E.; GARCIA, J.; ROVIRA, E.; "Enfermería: Prensa y Sociedad". Enfermería y Sociedad, Ed. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
5. ALBERDI, R.M^a. "La Enfermería y la palabra". Revista Rol nº 91:48-57, 1986.

ANALISIS COMPARATIVO DE LA ASIGNATURA DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA EN LOS NUEVOS PLANES DE ESTUDIOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA ANDALUZA



**Soledad Vazquez Santiago
M^a José Catalán Piris
Salvador Santos Vélez**

*Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud
Universidad de Sevilla*

1. INTRODUCCION

Con la Constitución en 1985 del Consejo de Universidades, se abre la posibilidad de Reforma Generalizada de Planes de Estudios y a partir de ahí, la confección de las Directrices

Generales de aquellos que deberían cursarse para la obtención y homologación de los distintos Títulos Universitarios. En el caso de ENFERMERIA se plantean los siguientes OBJETIVOS GENERALES:

1. *Imprimir el Carácter propio de la disciplina*, dando forma a las materias que componen el tronco de la docencia en Enfermería, (de obligatoria inclusión).
2. *Homogeneizar la Docencia de las enfermeras* (troncalidad).
3. Posibilitar discrecionalmente a las Universidades y al alumno manifestar su personalidad y tendencia a través de las materias Obligatorias, Optativas y libre Configuración respectivamente, permitiendo conciliar el principio de libertad académica con la coherencia formativa exigidos en el artículo 149.1 apartado 30 de la Constitución.

Según esto, en las Directrices Generales propias para la Diplomatura de Enfermería(1990), se establece una Troncalidad Homogénea para las Escuelas, que incluye:

- Disciplinas Básicas.
- Disciplinas Propias de la Enfermería.

Desde entonces, son muchos los Planes de Estudios Homologados y haciendo una Revisión de estos hemos encontrado una DIVERSIFICACION:

- **NO**, en el N° de Créditos, ya que el Consejo de Universidades ha sido rígido al establecer un máximo de incremento de un 15% (excepcionalmente hasta un 25%).
- Pero **SI**, en las Divisiones y Nomenclaturas correspondientes a las distintas asignaturas en las que se organiza la Troncalidad.

2. PRESENTACION

Somos un grupo de Enfermeras dedicadas a la docencia de Enfermería Médico-Quirúrgica en la Escuela de Ciencias de la Salud de Sevilla (Escuela Estatal) y centrándonos en el estudio de nuestra materia, hemos querido averiguar que magnitud alcanzaba esta diversificación, en los planes de estudio de las Escuelas de la Comunidad Autónoma Andaluza.

3. OBJETIVO

ANALISIS de la DIVERSIDAD dentro de la Asignatura de ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA en la Comunidad Autónoma Andaluza.

4. HIPOTESIS

“ La TITULACION de los Profesores Numerarios que imparten la Docencia de Enfermería Médico-Quirúrgica y de los Directores de las Escuelas, CONDICIONA el empleo de la **Taxonomía** Enfermera y la **Organización** de la Disciplina en base al concepto de Globalidad de Cuidados. “

5. MATERIAL Y METODO

5.1. MATERIAL:

POBLACION Y MUESTRA:

La *Población*, objeto de nuestro estudio abarca las Escuelas de Enfermería, Estatales y no Estatales de la Comunidad Andaluza.

Se Selecciona la MUESTRA atendiendo a los siguientes Criterios:

- Escuelas cuyo Plan de Estudios están publicados en BOE, con posterioridad a las Directrices Generales Propias de la Diplomatura de Enfermería. Estas son:

- *Escuelas Estatales* Almería, Cádiz, Granada, Huelva, Málaga.
- *Escuelas no Estatales* de la Provincia de Cádiz: "Salus Infirmorum", "Puerta del Mar" y Jerez.
- Escuelas que a pesar de no tener Planes de Estudios publicados en BOE, están en Trámite de Homologación por el Consejo de Universidades. En este caso están:
 - *E. Estatales* de: Córdoba, Jaén y Sevilla.
 - *E. No Estatales* de Sevilla: "Virgen del Rocío" y "Cruz Roja"
 - *E. No Estatales* de Málaga: E. de Diputación y E. de Ronda.
- Excluimos Ceuta y Melilla por su situación atípica y por no pertenecer geográficamente a la Comunidad andaluza.

5.2. METODO:

1. Se realiza ANALISIS detallado de los Planes de Estudio publicados en BOE, con posterioridad a la Publicación de las Directrices Generales sobre los Estudios de Enfermería (Nov. 1990) y de aquellos proyectos de Planes de Estudios aprobados por las Juntas de Escuelas y en trámite de homologación por el Consejo de Universidades.

2. Los Datos sobre la TITULACION de los profesores numerarios y Directores de Centros se recogen mediante entrevista con el responsable de la asignatura o cargos directivos de las Escuelas.

3. ANALISIS estadístico descriptivo de las siguientes Variables:

3.1 . MATERIA TRONCAL:

- N° de Créditos.
- Organización.
- Denominación.

3.2. MATERIA OBLIGATORIA:

- N° de Créditos.
- Denominación.

3.3 TITULACION:

- Profesores Catedráticos y Titulares del Bloque de Enf. Médico- Quirúrgica.
- Director del Centro.

4. Se estudian la **DEPENDENCIA** de las siguientes variables:

- Titulación de Profesores numerarios y Directores de Centro, con la
- Denominación y Organización de la materia Troncal.

(En este apartado excluimos los Centros Adscritos.)

Se plantea que la Diversidad de la Denominación viene determinada por:

- a. Los *Elementos Epistemiológicos* que la condicionan.
- b. Así, como la *Organización Docente*.

En base a estos dos elementos, hemos **estratificado** la muestra de estudio en **3 Grupos**.

GRUPO A

Incluimos a las escuelas que mantienen la *Denominación* "ENFERMERIA" como elemento diferenciador de la disciplina. Y la *Organizan* en base al concepto de GLOBALIDAD de Cuidados, manteniendo por tanto, la nomenclatura: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA.

GRUPO B:

Escuelas que mantienen la *Taxonomía* "Enfermería" como definitorio de la disciplina, sin embargo, *Organizan* la troncalidad en base a otra disciplina dividiendo la Asignatura en: ENFERMERIA MEDICA y ENFERMERIA QUIRURGICA.

Incluso, en el caso de las materias Obligatorias se estructuran según Especialidades Típicas de la Organización Médica como O.R.L, Oftalmología, ...Especialidades en Enfermería Médico-Quirúrgica.

GRUPO C:

Grupo de Escuelas que no mantienen la *Taxonomía* y además *Organizan* en la base a otra disciplina Médica: AFECCIONES MEDICAS y AFECCIONES QUIRURGICAS.

6. ANALISIS DE LOS DATOS / RESULTADOS:

6. 1. ANALISIS del Nº de CREDITOS TRONCALES/OBLIGATORIAS.

- *MATERIA TRONCAL*: Como puede apreciarse en el gráfico, existe una **HOMOGEINIDAD** en el nº de Créditos Globales en la Troncal, debido a que el Consejo de Universidades ha sido rígido al delimitar el aumento de éstos.

- **MATERIA OBLIGATORIA:** En el mismo gráfico, podemos comprobar que esto no ocurre con las asignaturas Obligatorias, ya que ha sido potestad de las Universidades.

Ejemplo : Las Escuelas de Cádiz en donde no existen materias Obligatorias relacionadas con la Enfermería Médico-Quirúrgica, en contraposición, con la Escuela Estatal de Málaga que configuran dos asignaturas Obligatorias con un total de 15 Créditos.

6.2. ANALISIS de la DENOMINACION DE LA ASIGNATURA:

En Base a elementos Epistemológicos y organización Docente.

Según los Criterios de Estratificación de la muestra, quedan incluidas en cada grupo las siguientes Escuelas:

GRUPO A:

Escuelas Estatales de: Almería, Córdoba, Huelva , Jaén y Málaga.

Escuelas No Estatales de Sevilla: “ V. del Rocío” y “ Cruz Roja”

GRUPO B:

Escuelas Estatales de: E.C. de la Salud de Sevilla y Granada.

GRUPO C:

Escuela Estatal: E.C. de la Salud de Cádiz.

Escuelas Adscritas de Cádiz: “ Puerta del Mar” , “ Salus Infirmorum” y Escuela de Jerez.

6.3. ANALISIS de la relación entre TITULACIONES y la DENOMINACION / ORGANIZACION de las Asignaturas en las que se divide la Materia Troncal, encontramos en los diferentes Grupos:

GRUPO A:

Como puede apreciarse en este gráfico, se mantiene la Denominación de Enfermería Médico-Quirúrgica (que implica una organización típica de la disciplina enfermera). Cuando los profesores Titulares de las asignaturas son enfermeras.

Pensamos además que esta visión se refuerza si la Dirección de la Escuela está ejercida también por Enfermera, ya que son responsables de la elaboración del Plan de Estudios de sus Escuelas.

GRUPO B:

Mantiene el término “Enfermería” pero la organizan según los principios de la disciplina médica, no respetando el criterio de globalización

de cuidados; así quedan fragmentadas como: Enfermería Médica y Enfermería Quirúrgica.

Incluso en la Escuela de Granada separan de alguna manera, contenidos Teóricos y Prácticos, con asignaturas como: Estancias Clínicas en Enfermería Médica y Estancias Clínicas en Enfermería Quirúrgica.

En este grupo existe una convergencia de responsabilidades entre Titulares Médicos y Titulares enfermeros, resultando un modelo organizativo Mixto.

GRUPO C:

En este grupo se trasladan a Enfermería nomenclaturas y modelos de Organización propios de la ciencia médica, puesto que las titularidades están ejercidas por estos profesionales. A pesar de que aparecen como asignaturas Enfermería Médica y Enfermería Quirúrgica (3º curso), estas solo tienen Créditos Prácticos.

6.4. ANALISIS de la DENOMINACION de las asignaturas OBLIGATORIAS:

En la oferta de asignaturas Obligatorias, se observa la misma tendencia que en la Troncal, responde al mismo perfil

7. CONCLUSIONES

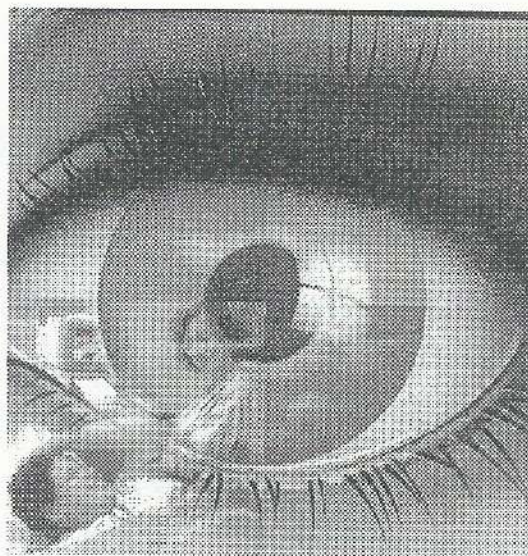
1. Homogeneidad en el nº de credits en la materia troncal.
2. Diversificación en la denominacion de la asignatura.
 - dos presentaciones de la troncalidad:
 - organizacion globalizadora.
 - organizacion fragmentada.
3. Dependencia entre titulacion del profesorado/ director del centro con la nomenclatura.
4. Disparidad en las asignaturas obligatorias.

8. COMENTARIO

Según RECOMENDACION de la OMS:

“ Los Centros de Enseñanza de Enfermería deberían estar DIRIGIDOS, ORDENADOS Y COORDINADOS por Enfermeras “.

¿QUÉ IMAGEN TENEMOS DE ENFERMERÍA?



José Quero Baena
M^a Angeles Gregorio Sanz
Alejandro Hernaiz Gómez

Escuela Universitaria de Enfermería de Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha

Desde el presente proyecto, aspiramos a determinar aportaciones disciplinares que nos ayuden a definir, desde la peculiar posición de Enfermería, nuestro propio discurso profesional. Se presenta para ello un modelo de encuesta, en el que podemos conocer las características sociales y económicas de los alumnos que se incorporan a la Escuela Universitaria de Enfermería de Cuenca. El concepto de profesional de Enfermería con el que se incorporan a los estudios y la motivación que les había conducido a cursar Enfermería.

Para la **recogida de datos**, se diseñó un cuestionario que consta de 15 ítems. Este cuestionario fue sometido a un pretest en el mes de mayo de 1994. Una vez validado, realizamos las encuestas, el primer día de clase a los alumnos que se incorporaban a la escuela. El estudio abarcó los cursos académicos 1994-95 y 1995-96. Del total del universo de 183 alumnos, fueron cumplimentadas 136 encuestas.

El **cuestionario** se compuso con respuestas cerradas de elección múltiple, para conocer la valoración de instituciones relacionadas con la salud se utilizaron escalas de Likert (mínimo 1, máximo 5). Finalmente, algunas preguntas se plantearon abiertas, siendo posteriormente codificadas.

Esta comunicación forma parte de un análisis más extenso, del que hemos extraído los resultados más significativos. En este sentido, algunos de los resultados que nos gustaría destacar son:

1. Análisis de variables socio-económicas.

La distribución por sexo es la siguiente: varones: 19,7%; mujeres: 80,3%. Las/os alumnas/os se como mayoritariamente de clase media: 86,9%. Se adscriben políticamente según la escala de Likert (0 derecha - 10 izquierda) en el centro de la escala política (5): 43,5% de los casos. En distribución por medidas extremas, podemos ver una media de 4,76.

Respecto a la «herencia profesional» o antecedentes de familiares relacionados con la salud, el 62,5% de las/os alumnas/os afirma que tiene allegados vinculados con profesiones sanitarias. Un 53,1% de ellos declara que ese familiar es un profesional de Enfermería.

2. Motivación para trabajar.

Ante la pregunta «¿Qué motivos te han conducido a estudiar Enfermería?» los alumnos eligieron entre siete opciones. Las respuestas son siguientes:

1. Cuidar a los demás: la escogieron 47 alumnos.
2. Es una profesión femenina: 0 alumnos.
3. Ganar dinero: 11 alumnos lo citaron como motivo para estudiar Enfermería.
4. No podía estudiar otra cosa: 4 alumnos.
5. Salir de casa: 0 alumnos.
6. Tiene fácil salida profesional: 60 alumnos, es la premisa más citada junto con la vocación.
7. Vocación: es el principal motivo, siendo 71 los alumnos que lo afirman.

3. Valoración según escala de Likert de instituciones y profesiones relacionadas con la salud.

La profesión más valorada es la de medicina con 4,68, seguida de la de Enfermería con 4,59. Y en última instancia veterinaria.

4. Las asignaturas o áreas de conocimiento más consideradas para la formación son, según escala de Likert:

Anatomía con 4,5, seguida de Materno-Infantil con: 4,27. Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra se obtuvieron de alumnos de primero. En éste curso se imparte la asignatura de Anatomía, y no la de Materno-infantil que se imparte en el tercer curso.

5. Referencia a los calificativos.

En este apartado las respuestas que se obtuvieron formaron un amplio número de calificaciones. Considerando como más significativos, los siguientes:

En primer lugar, y como más importante se obtuvo, el calificativo de Necesaria (14,3%), seguido por otros como Humanitaria (12,7%), Vocacional (5,6%). También menos representativos son: Investigador/a, Relación de Ayuda, Cuidados.

En segundo grupo de calificativos aparecen: los calificativos de Interesante (8,9%), Humanitaria (8%), Profesional (7,1), Servicial.

En un tercer grupo de calificativos aparecen los relacionados con la Formación (7,4), Capacidad de trabajo (4,2%) y Cuidados (3,3).

6. ¿Consideras que la Enfermería posee un cuerpo definido de conocimientos?.

A esta pregunta los alumnos contestaron:

- SI: 46,6%
- NO: 42%
- Ns/nc: 11,4%

7. Profesionales de reconocido prestigio.

En este apartado se recogieron unas respuestas muy variadas, siendo la tónica general el desconocimiento de profesionales, con prestigio reconocido dentro de la profesión de Enfermería. sin embargo algunos de los/las alumnos/as citaron a: Orem, Orlando, Roy. (destacar que es en primero donde se dan las teorías que fundamentan la Profesión, y estas forman parte del temario utilizado).

8. Notas.

Otro aspecto destacable, obtenido en la encuesta en la utilización del término ATS, en lugar del más actual, (Diplomado Universitario). Este error terminológico se subsana con el paso del alumnado por la Escuela Universitaria.

Este error terminológico es debido al uso habitual del término, antes de la reforma sanitaria. (Pasó a ser una carrera universitaria).

CONCLUSIONES

Las conclusiones que extraemos de los datos obtenidos del alumnado de primero de Enfermería, son entre otras las siguientes:

1. La imagen de la Profesión de Enfermería es una imagen eminentemente femenina. Si bien la presencia de varones se incrementa cada año, todavía presenta una mayoría femenina (80,3%) de las plazas. Otro dato importante, que merece la pena destacar es la «herencia profesional», o los antece-

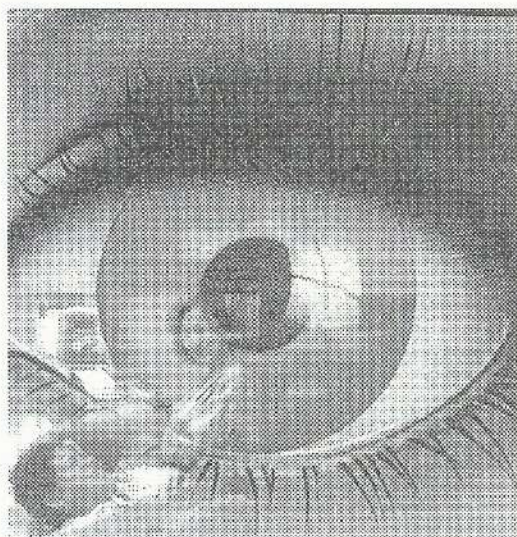
dentes familiares vinculados a las profesiones sanitarias, refiriéndonos al 60'2% de los encuestados.

2. La conclusión más importante que se puede obtener del estudio de las variables de esta encuesta, es el desfase de la imagen de enfermería, carencia del Rol característico, necesidad del Marco teórico para fundamentar el proceso científico. Estas afirmaciones vienen determinadas por las conclusiones, que se presentan ante las siguientes preguntas.
«¿Consideras que la Enfermería posee un cuerpo definido de conocimientos?», a lo que un universo alumnos (42%) contestó que no. La inmensa mayoría desconoce algún nombre de algún personal de gran prestigio, Adjudicación del calificativo más importante, como vocacional, necesaria, humanitaria, por encima de otros como relación de ayuda, cuidados, docencia, investigación,... y un largo etc.
3. El rol de Enfermería, está valorado de forma importante por todo el alumnado. Aunque la sitúan en la escala jerárquica, por detrás del facultativo. Las consideran,... complementarias y necesarias en la estructura sanitaria.
4. Hay cierta evolución, en la importancia del Rol profesional. Aunque sigue siendo el caballo de batalla, en la lucha por ocupar el lugar que le debe ser asignado. Por su importancia como profesional de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Armitage, P. y cols. : «Estadística para la investigación biomédica». Edit Doyma, 1992, Barcelona.
2. Martínez Benítez, M^a. : «Sociología de una profesión. El caso de Enfermería». Edit. Nuevomar, México.
3. Mateo Rivas, M^a José : «Estadística en investigación social». Edit. Paraninfo, 1991, Madrid.
4. Pulido, A. : «Estadística y técnicas de investigación social». Edit. Pirámide, 1987, Madrid.
5. Sánchez Carión, JJ. : «Manual de análisis de datos». Edit. Alianza Universidad Textos, 1995, Madrid.

ESTUDIO DE LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ALUMNOS DE LA E.U.E DE OSAKIDETZA



**Teresa Del Hierro Ruiz
Carmen Gistau Torres
Jesus Martin Bezos**

*Escuela Universitaria de Enfermería Hospital de Santiago
Vitoria*

INTRODUCCION

Desde hace años, profesores de la E.U.E de Osakidetza, y enfermeras del Hospital Santiago Apostol de Vitoria-Gasteiz, nos planteamos una serie de interrogantes con respecto a los alumnos que estudian o realizan sus prácticas en alguno de estos centros, entre ellas destacan: ¿Qué motivos impulsan a los jóvenes a elegir esta carrera?. ¿Han recibido orientación para la elección?, ¿Qué les ha influenciado?, ¿Cuál es la imagen que tienen de la profesión?.

Por este motivo, nos planteamos la necesidad de realizar un estudio más amplio recogiendo información entre los alumnos estudiantes de enfermería.

De esta manera, además de saber los resultados globales, podíamos hacer un estudio comparativo de algunos aspectos concretos para ver la opinión de los diferentes grupos.

Los **objetivos** que nos hemos planteado son:

1. Conocer la opinión de la imagen profesional, globalmente
2. Comparar la opinión de los diferentes grupos en los aspectos que específicamente se refieren a la imagen de la profesión.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra está constituida por los estudiantes de enfermería de la E.U.E. de Osakidetza.

- Son estudiantes de uno y otro sexo, matriculados en el curso 1.996/97 y el último curso de 1.995/96.
- La procedencia es de las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca, aunque mayoritariamente son de Alava.

DATOS:

- El 53,3% tiene una edad entre 18 y 20 años.
- El 94,1% son mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Al inicio del curso académico de 1.996/97, realizamos una encuesta a 30 alumnos de los diferentes cursos (1º, 2º, 3º) y a un 4º grupo de alumnos que finalizaron la carrera en el curso 1.995/96. El número de 30 alumnos por grupo elegidos aleatoriamente representa el 50% de la población total.

La encuesta está formada por un total de 14 preguntas y el número total de encuestas obtenidas es de 120. El proceso informático utilizado para la obtención de resultados es base de datos relacionales (ACCESS 7.0 y EXCEL 7.0).

Hemos aplicado la encuesta base de M^a Teresa Díaz Allue, catedrática de orientación educativa de la Universidad Complutense de Madrid, que utilizó en un estudio de investigación realizado a los alumnos de Pedagogía de todos los cursos de dicha Universidad.

En la encuesta utilizada se diferencian 3 áreas temáticas:

1ª. AREA. que corresponde a los **datos significativos del alumno** como son edad sexo, vía de acceso y situación laboral. Compuesta por 6 preguntas cerradas con diferentes ítems.

2ª. AREA. que corresponde a los **motivos de elección**, compuesta por 6 preguntas cerradas con diferentes ítems, donde obtenemos información sobre: - El lugar de elección de la carrera, - Consejo orientador, - Motivos por los cuales eligió el alumno esta profesión, - Influencias externas que recibieron, - Conocimientos sobre la enfermería, y - El significado que tiene esta profesión para ti.

3ª. AREA. que corresponde a la **imagen de la profesión** de enfermería, compuesta por 4 preguntas cerradas con diferentes ítems, donde se pregunta la opinión sobre: - Los diferentes aspectos de la profesión, - El eje del trabajo de la enfermería, - Las cualidades de la enfermera, y - Los problemas profesionales.

RESULTADOS

Dentro de la PRIMERA ÁREA TEMÁTICA correspondiente a los datos identificativos del alumno.

Observamos que:

- El 62,5% de los alumnos, realizó el acceso para estudiar enfermería por selectividad.
- El 93.3% de los alumnos, sólo estudian enfermería, no realizan otra actividad.

Dentro de la segunda ÁREA TEMÁTICA correspondiente a los motivos de elección.

Observamos que:

- El 90.8% eligió la carrera de enfermería en primer lugar
- El 55% del alumnado no recibió, consejo orientador a la hora de la elección.
- El 67.7% tenía, algún conocimiento de lo que era la profesión de enfermería

A la pregunta: *¿Qué motivos influyeron para la elección de la carrera?.* Respondieron

	MUCHO	NORMAL	POCO	N. C.
1.- Su valor formativo y humano	85.8%	11.6%	1.6%	1%
2.- Su valor como Servicio Social	83.3%	13.3%	2.6%	0.8%
3.- Me gustaban estos estudios	81.6%	15.9%	2.5%	0%
4.- Salidas profesionales	62.5%	29.1%	5.1%	3.3%
5.- Mis actitudes para ella	55.8%	40%	3.4%	3.8%
6.- Los beneficios económicos	22.4%	43.3%	31.7%	1.6%
7.- El prestigio Social	11.7%	44.2%	13.3%	0.8%
8.- Poca exigencia para los estudios	2.5%	15%	79.9%	2.6%