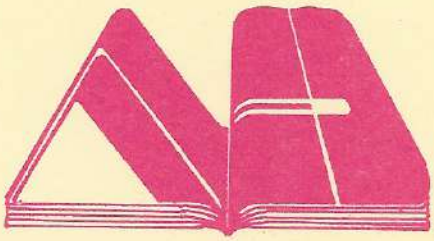


Terceras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

I. *LA ENFERMERIA EN EL SISTEMA SANITARIO*

II. *HACIA UNA DEFINICION DE ENFERMERIA*

III. *SITUACION ACTUAL DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA*

IV. *EL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA ¿UNA REVISION NECESARIA?*

V. *LA SITUACION PROFESIONAL EN ESPAÑA: UN CONFLICTO PERMANENTE*

VI. *CONSIDERACIONES SOBRE LA PRACTICA Y EDUCACION EN ENFERMERIA*

BARCELONA

Dias 9-10-11 de Diciembre de 1982

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro sin autorización expresa de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE

Depósito Legal: B. 29.470 - 19

Gráf. Salas - Barcelo

CONFERENCIA INAUGURAL

LA ENFERMERIA EN EL SISTEMA SANITARIO

Elvira Guilera i Soler
Directora General d'Assistència Sanitària
del Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya.

LA AUTONOMIA DE CATALUNYA Y LA ENFERMERÍA

Para que puedan entenderse las decisiones políticas y ejecutivas que toman en la autonomía catalana, previamente, debe tenerse un cierto c nocimiento del marco general en que se mueve la organización del Estac de las Autonomías y, en el caso concreto que nos ocupa, el marco jurídic en general en el que se mueve la autonomía de Catalunya.

La base jurídica para la ordenación autonómica se inicia en las prev siones constitucionales y se concreta en el ámbito que cada Estatuto de a tonomía fija para la comunidad de que se trate.

El Estatuto de autonomía de Catalunya fué aprobado por referendu popular el 25 de octubre de 1979 y, en los artículos 15 y 17 fija el marc general de las competencias que corresponden a la Generalitat en materi de enseñanza y asistencia sanitaria (anexo 1).

La asunción de las competencias que el Estatuto determina, se hace progresivamente, en la medida en que se van desarrollando los traspaso concretos de servicios. Así, en el momento actual, la Generalitat tiene y transferidos los servicios correspondientes a enseñanza primaria y secunda ria, pero no tiene transferidos los servicios correspondientes a enseñanza universitarias y, por lo que hace referencia a sanidad, la Generalitat d Catalunya tiene transferidos, desde septiembre de 1979, todos los servicio correspondientes al ámbito sanitario y, en virtud del Real Decreto 1517/81 de 8 de julio, que había sido aprobado en Consejo de Ministros del dia de diciembre de 1980, tiene transferido el INSALUD, entidad gestora que en España agrupa las actividades de asistencia sanitaria correspondientes a la Seguridad Social.

Así pues, la Generalitat tiene transferidas las competencias para organizar un modelo de enfermería desde la área asistencial y no las tiene *aún* para organizar un modelo de enfermería desde el punto de vista docente, refiriéndonos en este caso a los Diplomados en Enfermería.

Las particularidades del modelo sanitario español transforman la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, prácticamente, en el único modelo estructurado existente. Así pues, la Seguridad Social, al asumir la asistencia primaria y hospitalaria del colectivo que le corresponde, desarrolla un

modelo que cubre las necesidades de entre el 80 y 85% de la población del país. Por tanto, en una proporción similar es la asistencia sanitaria de la Seguridad Social la que define las características de los puestos de trabajo en el ámbito sanitario.

Partiendo de esta premisa, el Gobierno de la Generalitat, a partir de los dos Departamentos implicados (Sanitat y Ensenyament) creó en septiembre de 1980, una comisión mixta (entre ambos Departamentos), cuya finalidad era la fijación de los distintos criterios de actuación, garantizar la necesaria coordinación entre la definición de modelo sanitario y los puestos de trabajo que lo configuran, y la ordenación docente.

El criterio básico con el que trabaja esta comisión, por lo que se refiere a la ordenación de los aspectos que conciernen a la enfermería, se plasma en los siguientes acuerdos:

1. Que las actuaciones del Departament d'Ensenyament se sometan a los objetivos del Departament de Sanitat i Seguretat Social, por lo que se refiere al modelo de enfermería que se quiere para Catalunya. Es competencia exclusiva del Departament d'Ensenyament el establecimiento de la metodología docente para alcanzar este objetivo.

2. Que la totalidad de enseñanzas que se impartan en el campo sanitario, se desarrollen encajándolas, ya sea en la Ley General de Educación, o bien en el ámbito de las competencias del Institut d'Estudis de la Salut, instituto autónomo creado por ley del Parlament de Catalunya, cuyas finalidades son la formación de aspectos específicos de la sanidad.

3. Que la organización de prácticas, en todos los ámbitos de las áreas de enfermería se lleve a cabo a partir del Departament de Sanitat i Seguretat Social, de acuerdo con los programas de formación que el Departament d'Ensenyament defina, pero siempre en función de las posibilidades de las distintas áreas y del coste que la docencia representa y que por la especial configuración del sistema hospitalario de Catalunya, en más de un 80% debe realizarse en entidades que actuan con concierto con la Seguridad Social y no en entidades que sean propiedad de la Seguridad Social.

— *MODELO DE ENFERMERÍA QUE PRECONIZA EL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.*

Centrándonos estrictamente en los aspectos del modelo que repercuten en la formación, las características básicas del mismo son las siguientes:

a) La asistencia sanitaria, entendida desde un punto de vista integral, es decir, abarcando los aspectos de prevención y promoción de la

salud, la asistencia primaria y, finalmente, la asistencia hospitalaria y la rehabilitación, fijando a su vez la indivisibilidad de los aspectos correspondientes a la docencia y a la investigación, en relación con el proceso asistencial.

La aplicación de este concepto conduce necesariamente a acciones integradoras de lo que pueden ser aspectos concretos de actuación, por ejemplo la docencia, de acuerdo con este concepto, puede ser objeto de trabajos específicos en relación a metodología y tecnología docentes, pero de ninguna forma debería ser el enfoque docente el que definiera el objetivo del perfil del puesto de trabajo ni el modelo asistencial, etc.

Dentro de este objetivo, como medidas concretas que ilustran la actuación del Departament de Sanitat de la Generalitat, están las siguientes:

— Orden de Acción Concertada (de 20 de noviembre de 1981) que regula, entre otros, los aspectos concretos de la contraprestación, permitiendo la financiación de la docencia de pregrado y postgrado, como parte del coste de la asistencia.

— Orden de Acreditación (de 21 de noviembre de 1981) fijando los mínimos por los que debe regularse la actuación de la área de enfermería en los hospitales y obligando al desarrollo de áreas de biblioteca y de formación, específicas para la enfermería.

b) La responsabilidad de la formación y, en general, de la organización, gestión y administración de la enfermería, *debe ser asumida* por las enfermeras. En este sentido, el criterio del Departamento es que no debería desarrollarse la licenciatura de enfermería hasta que no estuviera perfectamente sedimentado el proceso de paso al área universitaria de la formación base de enfermería. A pesar de ello, y si no fuera posible encontrar solución al acceso a la dirección de las Escuelas Universitarias de Diplomadas de Enfermería, situación que la última versión de la L.A.U. no contemplaba, debería valorarse como objetivo prioritario, la necesidad de facilitar este acceso a las direcciones de las escuelas, desarrollando, en este caso, la licenciatura con este objetivo primordial.

c) La necesidad de recuperar al máximo los «valores profesionales de la Enfermería», definiendo claramente su papel dentro de las organizaciones asistenciales, tanto las correspondientes al área de asistencia primaria como las correspondientes al área hospitalaria.

Esta recuperación no puede producirse sin una adecuada atención a los aspectos sociales, económicos y laborales. En este sentido, el Departament de Sanitat i Seguretat Social ha desarrollado, a través de otros apartados de su Orden de Acreditación antes mencionada, diversos ratios correspondientes a los mínimos de personal de enfer-

mería aceptados en las áreas de hospitalización, así como fijación de tamaños mínimos de espacios y de elementos de trabajo para la enfermería, además de definiciones concretas por lo que hace referencia al organigrama de la enfermería en los hospitales.

d) Necesidad de analizar y orientar debidamente el acceso de las enseñanzas de áreas próximas a la enfermería, dentro de los niveles universitarios (fisioterápia, podología, etc.)

El criterio del Departamento, en este sentido, es el de que debe aprovecharse al máximo las posibilidades que ofrece el modelo de formación dentro del área de Formación Profesional, para desarrollar las enseñanzas de áreas específicamente técnicas y que en la actualidad, porque desarrollan un criterio comparativo con las enseñanzas que reciben los Diplomados de Enfermería, tienden de manera generalizada a orientarse hacia el ámbito universitario, desarrollando en su conjunto una elevación innecesaria de los costes y una reiteración en la orientación hacia una única via docente de formación para las enseñanzas sanitarias.

e) Adecuar el número de Escuelas a las posibilidades de prácticas, lo cual en Catalunya quiere decir a las posibilidades de los hospitales acreditados para ello.

f) Desarrollo de las especializaciones de postgrado de Enfermería a partir de su encaje en el ámbito del Institut d'Estudis de la Salut, o en el de las propias Escuelas de Enfermería.

Aparecen, según criterio del Departament de Sanitat i Seguretat Social, áreas de especialización claras como las de:

— Administración
— Materno-Infantil
— Pediátrica
— Geriátrica
— Salud Pública

— *ACTUACIONES CONCRETAS DERIVADAS DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DEPARTAMENTOS DE SANITAT Y ENSENYAMENT*

Definición a partir de las oportunas actuaciones jurídico-administrativas en el sentido de que la formación profesional de nivel I, en su rama sanitaria, no puede ser terminal de ninguna profesión. La continuación de las titulaciones de Auxiliar de Clínica como punto terminal de la F.P.1 conduce, inexorablemente a una formación inadmisible por la propia ordenación que la legislación de la enseñanza y edades, y condu-

vado de la coherencia entre la formación y el modelo profesional, planteando, además, la consolidación de un criterio de división del trabajo y la necesidad de reciclaje por una vía única de un colectivo que en Catalunya es de más de 30.000 personas y al que, según nuestro criterio, hay que someter a los adecuados procesos de fc.. 'ación, acordes con las necesidades específicas del centro y del área en que se desarrollen sus actividades.

— *FORMACION PROFESIONAL DEL NIVEL 2*

Se ha regulado la docencia del nivel de Formación Profesional 2, en el ámbito sanitario, estableciendo que las enseñanzas se ajustarán a un programa de 3 cursos, siendo el primero de ellos común a todas las posibles orientaciones posteriores. El segundo, queda orientado hacia las áreas técnicas o asistenciales, dejando para el tercero la especialización, desarrollándose en este momento, dentro de las áreas asistenciales, la formación en materia de asistencia geriátrica o asistencia psiquiátrica y dentro de las áreas técnicas, las especialidades de análisis clínicos, radiodiagnóstico, anatomía patológica, medicina nuclear y dietética, pudiéndose desarrollar otros en el futuro. Se considera que, de momento, no debe desarrollarse la Formación Profesional de nivel 2, por la diplomación de técnicos de Enfermería.

En relación con la nivelación de A.T.S. a Diplomados, la carencia de competencias transferidas en materia universitaria ha impedido que el Departament de Sanitat i Seguretat Social y el Departament d'Ensenyament de la Generalitat, desarrollasen su criterio en esta materia.

Supuesta la irreversibilidad del nivel universitario para la enfermería, es imprescindible el establecimiento de un mecanismo que garantice la nivelación a partir de una actitud individual, acorde con el necesario esfuerzo de formación y preparación que se precise.

El criterio del Departament de Sanitat es que esta formación debería garantizar el reciclaje de los profesionales, pero no debería orientarse exclusivamente, como lo hace ahora, hacia la nivelación, entendida como la prueba de suficiencia comparativa con las enseñanzas que actualmente se desarrollan y que tienen otro objetivo y, por tanto, otra base formativa.

De otra parte, se consideraría imprescindible el desarrollo de posibilidades alternativas para poder acceder a esta nivelación, lo cual representaría un gran esfuerzo de organización y un importante coste pero permitiría ofrecer una opción múltiple y, por tanto, un aumento de la eficacia en la formación.

Entre el modelo de Enfermería a la que se tiende en Catalunya y la realidad que se vive, existe un buen número de incoherencias. Estas incoherencias, en parte, son debidas a la diferencia de objetivos entre el criterio del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat, y el modelo preexistente para todo el Estado español. En parte, también,

estas incoherencias se derivan de la diferencia de capacidad normativ por la desigual situación de los traspasos en materia de enseñanzas un versitarias.

En cualquier caso, la Generalitat de Catalunya desarrollará, progresiva mente y en la medida en que le vaya siendo posible, todas las actuaci nes que conduzcan a que el modelo de enfermería que se desea, sea que se contemple a nivel de los distintos programas de enseñanza, tod ello presidido por una incesante actividad que consiga una mejor cal dad en la formación, un refuerzo en la imagen social de la enfermera una recuperación de valores y conceptos en este ámbito, y una perfect definición en el sentido de que sean las propias enfermeras las que s hagan responsables de la organización y de los resultados de sus escue las así como de la planificación de la asistencia.

enero de 198

ANEXO 1

Artículo 15.

Es de la competencia plena de la Generalidad la regulación y adminis tración de la enseñanza en toda su extensión, niveles y grados , modalida des y especialidades, en el ámbito de sus competencias, sin perjuicio de l dispuesto en el artículo 27 de la Constitución y Leyes Orgánicas que, con forme al apartado 1 del artículo 81 de la misma, lo desarrollen, de las fa cultades que atribuye al Estado el número 30 del apartado 1 del artícul 149 de la Constitución, y de la alta inspección necesaria para su cumpli miento y garantía.

Artículo 17.

1. Corresponde a la Generalidad de Cataluña el desarrollo legislativo la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanida interior.
2. En materia de seguridad social, corresponderá a la Generalidad d Cataluña.
   a) El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básic del Estado, salvo las normas que configuran el régimen econó mico de la misma.
   b) La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.
3. Corresponderá también a la Generalidad de Cataluña la ejecución d la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.

4. La Generalidad de Cataluña podrá organizar y administrar a tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia de sanidad y seguridad social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.

5. La Generalidad de Cataluña ajustará el ejercicio de las competencias que asuma en materia de sanidad y de seguridad social a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los Sindicatos de trabajadores y Asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca.

1ª Ponencia

HACIA UNA DEFINICIÓN DE ENFERMERIA

ÍNDICE

I. *Introducción*

II. *Enfermería natural y enfermería vocacional*

III. *Enfermería de dependencia médica*

IV. *Enfermeria tecnificada*

V. *Vocación «versus» técnica*

VI. *Definiciones contemporáneas de la función de enfermería*

VII. *Enfermeria de la salud integral*

VIII. *Hacia nuestra definición de enfermería*

IX. *Mirada hacia el futuro*

X. *Conclusiones*

Roser Tey Freixa
Escuela Universitaria de Enfermería
«Sta. Madrona» Barcelona

I. INTRODUCCIÓN

Se ha afirmado repetidamente que en nuestro país la enfermería se halla sometida a múltiples presiones de tipo ideológico y cultural y condicionada a circunstancias sociológicas o simplemente coyunturales, hasta el extremo de que su presente aparece confuso y es difícil orientar su futuro con claridad y firmeza.

En efecto: la enfermería española procede de dos tradiciones profesionales distintas, separadas por sus objetivos y por el hecho de estar una de ellas predominantemente ejercida por hombres, tanto que la otra solía pertenecer al corto elenco de actividades profesionales femeninas. Habiendo asumido cada una de ellas caracteres típicos del «rol» social atribuído a cada sexo, se ha producido una divergencia básica en la conceptualización de las funciones propias de la enfermería, que ha venido a agravar el problema general de la falta de identidad, tantas veces puesto de relieve en otras latitudes.

A esta situación vienen a sumarse otros factores negativos: el bajo nivel académico de los estudios de ATS y la permisividad introducida en el régimen de muchas escuelas, aumentó extraordinariamente el colectivo profesional en detrimento de su formación básica, y al producirse la inversión oferta-demanda se incrementa la situación de desempleo en las últimas promociones, precisamente aquéllas que se han formado bajo nuevas directrices y que se espera que puedan actuar como catalizador de la nueva enfermería.

Todo esto coincide en un momento particularmente delicado para el porvenir profesional, puesto que de no asumir enfermería las responsabilidades que le competen en las nuevas orientaciones de la atención a la salud, otros profesionales llenarán el vacío, y las funciones de enfermería quedarán relegadas a un plano meramente auxiliar.

Estas consideraciones previas son las que me llevan a proponer una reflexión sobre el contenido específico de la enfermería, de la mano de quienes han tratado profundamente sobre el tema, con la finalidad de que conjuntamente lleguemos a algunas conclusiones válidas para cimentar la profesión de mañana.

De acuerdo con este propósito, la reflexión partirá de la evolución de los cuidados de enfermería y su orientación en distintas épocas; después se hará a la luz de algunas definiciones contemporáneas, y, finalmente, sobre

las directrices que parecen prevalecer para orientar el futuro de la enfermería mundial.

II. ENFERMERÍA NATURAL Y ENFERMERÍA VOCACIONAL

Según Fr. Collière, las actividades más primitivas relacionadas con la enfermería tienen un origen biológico más antiguo que la humanidad y podrían agruparse alrededor de un núcleo esencial de acciones destinadas a conservar la vida: del individuo, del grupo y de la especie. La mujer cuida de sus crías, las protege y alimenta; después cultivará los frutos de la tierra y tendrá cuidado de los animales domésticos, mientras el hombre lucha y caza, defendiendo el territorio, procurando parte del alimento.

Continúa explicando Collière que el conocimiento, la experiencia vivida que la mujer posee del propio cuerpo en relación al ciclo maternal, y el hecho de que muchos ritos ancestrales tuvieran como centro el culto de la fertilidad, confirió a la mujer el dominio de las primitivas artes de atención al nacimiento y a la muerte, más tarde ampliado con otras acciones curativas domésticas. El varón, en cambio, expuesto a los grandes traumatismos de la guerra y la cacería, habría desarrollado con mayor facilidad unos conocimientos y unas técnicas más acordes con lo que después dió origen a la Medicina, arte de reparar, poner remedio.

¿Cómo pudo desvirtuarse tanto el concepto primitivo de estas actividades naturales de cuidado, que Collière agrupa bajo la definición de «Promover la vida», hasta el punto que en nuestra sociedad actual hablar de cuidados de enfermería tiene siempre connotaciones de tratamiento médico? Nadie pensará que cuidar una planta signifique forzosamente darle medicación, sino sólo proporcionarle lo que le es esencial para vivir: luz, agua, aire...

El advenimiento del Cristianismo introdujo una dimensión nueva en la actividad de cuidar; si hasta entonces se hacía dentro de una relación natural, de familia o de grupo, la trascendencia de cualquier acción a favor de una persona hecha por amor a Cristo, llevó a impulsar la consagración individual a la tarea de atender a desvalidos y pobres, en respuesta a una llamada, vocación, que sobrepasa cualquier otro interés humano. Este espíritu de renuncia personal, de consagración a una tarea que debía llevar en sí misma la recompensa moral de la satisfacción por el deber cumplido, más que la de obtener un beneficio económico, se ha asociado permanentemente con la enfermería, como consecuencia de la dedicación de órdenes religiosas, masculinas y femeninas, a las tareas hospitalarias.

III. ENFERMERÍA DE DEPENDENCIA MÉDICA

Mientras el desarrollo científico no cambió radicalmente las posibilidades de luchar contra la enfermedad, el hospital conservó su carácter me-

dieval de refugio para los desheredados, de antesala de la muerte, y aunque desde antiguo era utilizado para la formación clínica, el papel y la permanencia del médico en él era efímera, sin apenas relación con el personal encargado de la asistencia, puesto que sus tareas poco tenían en común.

Cuando sobrevino el gran auge de la Medicina a causa de la investigación microbiológica y los avances terapéuticos reclamaron la colaboración de otro personal en quien delegar algunas tareas curativas, apareció la necesidad de formar, aunque fuese de un modo muy elemental, a las enfermeras que prestaban servicio en los hospitales, religiosas o seglares. Pero como debían actuar auxiliando al médico, desde el origen su educación estuvo presidida por un principio rígido de sumisión absoluta a las órdenes médicas.

La enfermera, con una doble herencia: femenina y vocacional, que determina inexorablemente su posición relegada frente al poder y al saber del médico, acepta plenamente su rol profesional, por cuanto no es más que la prolongación del que la sociedad le tiene asignado por su condición de mujer, sujeta en todo al varón.

Cuanto más se estrecha la relación médico-enfermera, la enfermera participa hasta cierto punto del prestigio médico, y esto favorece su identificación con el concepto de que su función es tanto más importante cuantas más tareas médicas le sean confiadas. Si desde el punto de vista vocacional, enfermería se había beneficiado con la aureola de respeto que rodea a quien cumple una misión sagrada, sin renunciar a ella todavía, puede elevar su status gracias a la confianza que deposita en ella la profesión de mayor rango social.

Es en este aspecto de dependencia de las funciones médicas que cabe situar la figura del practicante, tan característica de la sanidad española. La iniciativa de formar un profesional intermedio entre el médico y el simple cuidador hospitalario surgió dentro de la Orden de San Juan de Dios, hasta que con el tiempo entroncó con los cirujanos-sangradores de tanta tradición en la literatura clásica española. Por el hecho de haber contado muy precozmente con un reconocimiento profesional, cuando todavía no se había producido la gran eclosión de la ciencia médica, su papel profesional evolucionó de modo totalmente distinto que el de la enfermera. A ello contribuyó también el que fuese una profesión masculina, con una derivación muy elevada hacia los estudios de Medicina. La gran diversidad de títulos que fueron asumiendo con el paso del tiempo demuestra a las claras su filiación médica: cirujanos-sangradores, ministrantes, facultativos habilitados, y finalmente Practicantes en Medicina y Cirugía.

IV. ENFERMERÍA TECNIFICADA

La evolución tecnológica después de la segunda guerra mundial origina un cambio espectacular en los medios de diagnóstico y de tratamiento, cada vez más sofisticados. La formación del personal sanitario de todos los

niveles debe ser más elevada para responder a esta exigencia creciente, con ello se facilita la diversificación en especialidades.

El personal de enfermería se encuentra muy pronto acaparado por creciente complejidad técnica de sus actividades, que si bien le confier mayor responsabilidad, le alejan progresivamente de la relación con el e fermo y del modelo de enfermería vocacional, que, sin embargo sigue la mente de todos asociado a su presencia.

En la educación de las enfermeras se sigue valorando la vocación p encima de otras aptitudes, pero se la prepara para ser una eficiente colab radora del médico, en calidad de ejecutora de aquellas técnicas que él pe sonalmente no podía asumir; la enfermera se convierte en «las manos d médico», y, a su vez, necesita de otro personal que llene su puesto al lac del enfermo y se convierta en «las manos de la enfermera».

Por otro lado, una racionalización de costes asistenciales ha favoreci la división de tareas, dejando las de mayor complejidad o de elevado rie go en manos del personal más cualificado y confiando al personal auxili las actividades más simples en sí mismas, pero que proporcionan las may res oportunidades de relación y apoyo al paciente.

V. VOCACIÓN «VERSUS» TÉCNICA

Ante dos presiones de signo opuesto que la atraen poderosamente, l enfermera entra en conflicto consigo misma (Esquema 1)

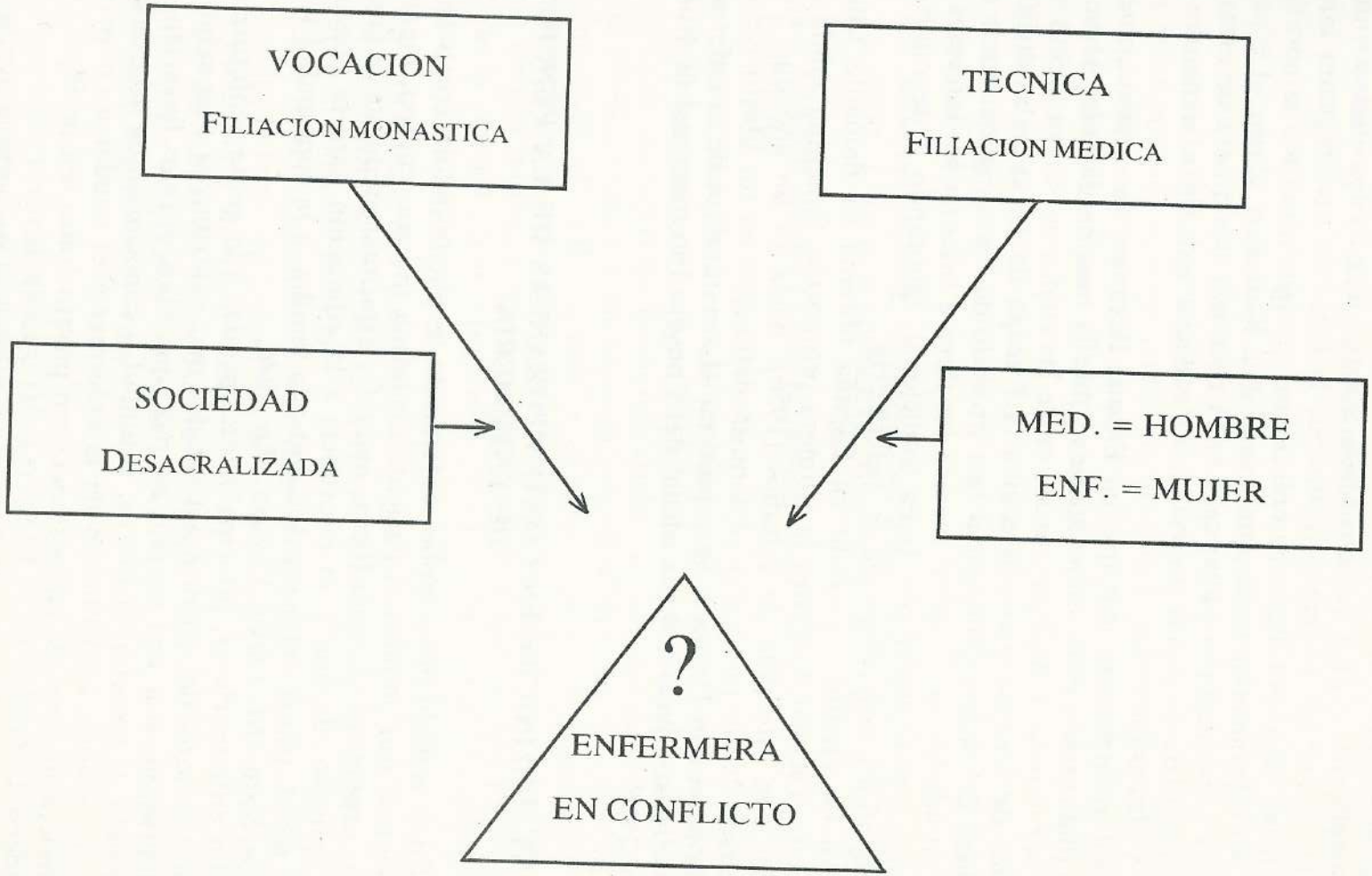
— La sociedad espera de ella que se comporte según el rol materna sacrificado, procedente de su filiación monástica;
— La institución, organizada bajo patrones médicos, exige de ella cad vez más especialización y dedicación a las técnicas curativas, no a l persona del enfermo; consecuencia de su filiación médica.

Pero ambas influencias empiezan a estar en crisis:

— La primera, a causa de una progresiva desacralización de la socie dad, que cuestiona el sentido vocacional tal como hasta entonces er entendido;
— La segunda, porque ya no aparece como incuestionable que un «profesión femenina» deba estar dirigida y controlada por una «pro fesión masculina».

Frente a este dilema, enfermería se interroga acerca de la verdader finalidad de su función, ya que a su alrededor sólo percibe respuestas con tradictorias: lo que espera el enfermo, lo que espera el médico está en fun ción de sus propios intereres y no del concepto claro, inequívoco que debe ofrecer una imagen profesional. Incluso entre las propias enfermera existe la confusión: el espejismo del prestigio médico y de la técnica le hace supervalorar los puestos de trabajo en donde hay una permanencia a lado del médico, o aquellas actividades que precisan del conocimiento de

ESQUEMA 1


VOCACION
FILIACION MONASTICA
TECNICA
FILIACION MEDICA
SOCIEDAD
DESACRALIZADA
MED. = HOMBRE
ENF. = MUJER
?
ENFERMERA
EN CONFLICTO

complicados aparatos. La promoción, la carrera profesional de una enfermera es tanto más valorada cuanto más lejos está de la atención personal al niño, al enfermo, al anciano.

Esta reflexión acerca de la verdadera naturaleza de los cuidados de enfermería obtuvo sus primeros frutos por la labor de investigación iniciada hace muchos años por expertas enfermeras, y sigue abierta a la aportación de todos los profesionales porque, como dice Rosemary Crow: «Un peligro en el que enfermería no debe caer es el de tratar cualquiera de estos modelos especulativos como dogmas... es esencial que sigan sometidos a la crítica y discusión».

Es interesante constatar que en España llevamos un retraso considerable en plantearnos estos interrogantes sobre la función de enfermería. Ello puede ser debido a diversas causas, entre las cuales no serían ajenas el aislamiento de nuestro país respecto a la Europa de las décadas 40-50 y la influencia del sector profesional que procede de los antiguos practicantes, cuyas afinidades con la labor médica les lleva a orientar los intereses de la profesión común hacia esta línea tradicional, ignorando o desvalorizando los contenidos específicos de la enfermería.

Sirva de ejemplo: Cuando en España obtenía su flamante título de Ayudante Técnico Sanitario la primera promoción femenina salida de las escuelas con este plan de estudios (1956), hacía ya un año que Virginia Henderson había publicado su famosa definición en un librito escrito en colaboración con Harmer. Se repitió en «La naturaleza de la enfermería», y su definición pasó a ser la oficial del Consejo Internacional de Enfermeras en 1968.

VI. DEFINICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA FUNCIÓN DE ENFEMERÍA

«En el sentido más amplio, enfermería se puede definir como un arte una ciencia que implica al paciente en forma íntegra: cuerpo, mente y es píritu; promueve su salud física, mental y espiritual mediante la enseñanz y el ejemplo; da una gran relevancia a la educación para la preservació de la salud; ofrece servicios de salud a la familia, a la comunidad y al ind viduo» Sister M. Olivia Gowan. *En 1946*.

«La enfermería es, principalmente, ayudar a la gente (enferma o sana en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a s recuperación, o a una muerte en paz, que ellos mismos llevarían a cab sin ayuda, si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. As mismo, la única contribución de la enfermería es ayudar a las personas ser independientes de tal asistencia tan pronto como sea posible». Virgin Henderson. *1955*.

«El objeto de la enfermería es proporcionar al paciente la ayuda reque da en el orden necesario para hacer frente a sus necesidades. La enferme alcanza su propósito iniciando un proceso que determina las necesidad

inmediatas del paciente y ayuda a abordar la necesidad directa o indirectamente. Lo hace directamente cuando el paciente no es capaz de hacerl por sí mismo, e indirectamente cuando le ayuda a obtener servicios o utilizar, recursos por los cuales sus necesidades puedan ser consideradas» Ida Orlando. *1961*.

«El papel de la enfermería como campo de acción profesional es ayudar a las personas a alcanzar, retener y recuperar la salud. El fenómen que concierne a las enfermeras es el comportamiento humano en la luch para alcanzar la salud». Rozella Schlotfeldt. *1972*.

«Enfermería se propone como objetivo la continuidad y coordinació de los cuidados (asistencia) en interés del confort, recuperación e integridad de la persona asistida». Informe del Comité sobre Enfermería. Londres, *1972*.

Escapa a mi propósito hacer un análisis de estas definiciones; sólo intento resaltar que, pese a su relativa antigüedad, en todas ellas aparece unas ideas básicas:

— La persona, en toda su integridad como centro de atención
— La salud, y no la enfermedad como meta de todas las intervenciones.
— La relación interpersonal de ayuda como medio de alcanzar el fin propuesto.

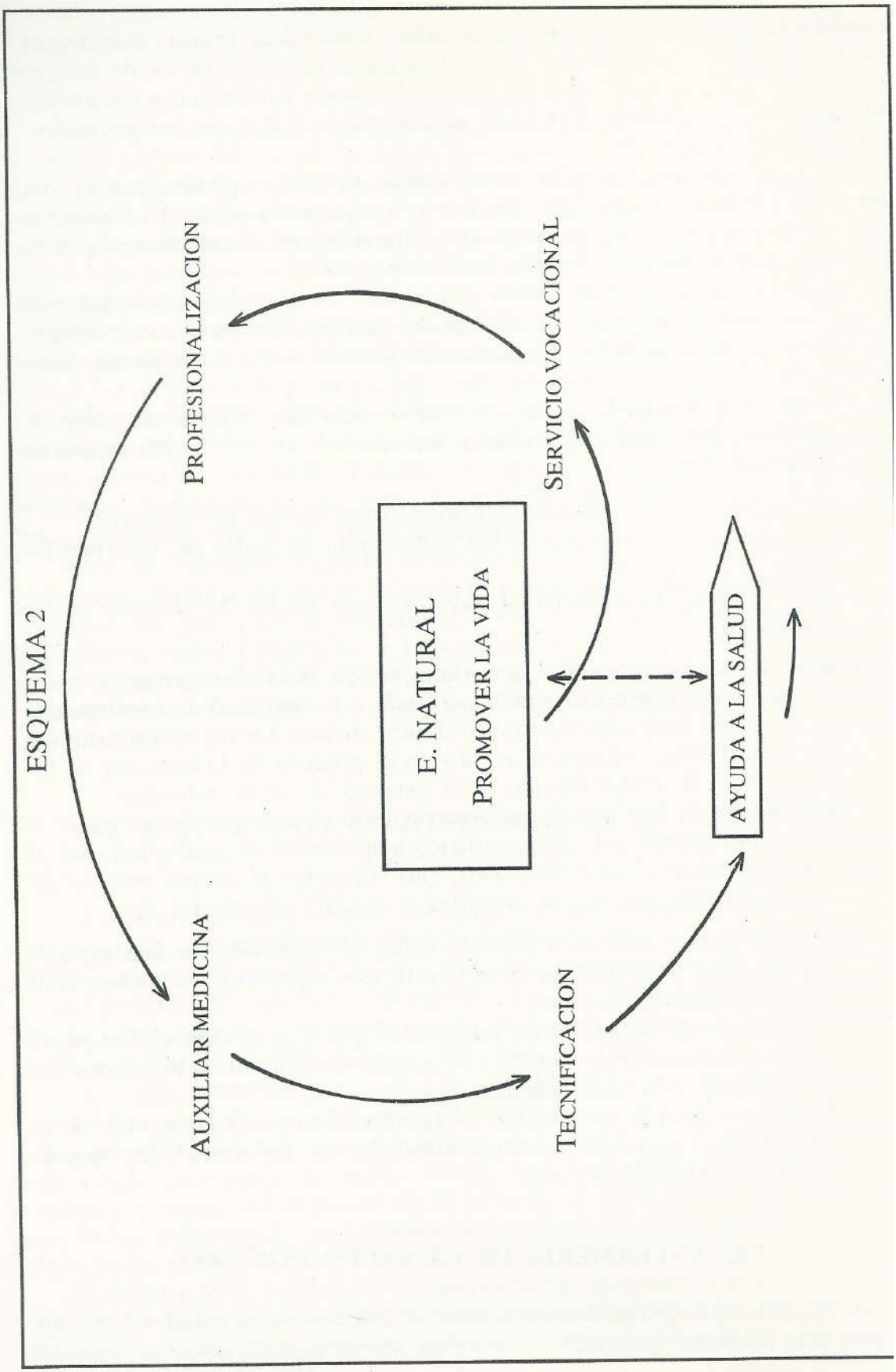
Dentro de estas líneas fundamentales caben todas las variantes: desde las tendencias que otorgan la primacía a la finalidad de mantener la independencia de todas las funciones vitales, incluso las de orden psíquico y social, hasta las que ponen el acento en el proceso de la relación de intercambio entre el medio interno y el externo de cada individuo.

Contemplada la función de enfermería bajo el enfoque de asegurar la máxima calidad posible a la vida, independientemente de cual pueda ser el origen de la amenaza real o potencial, ¿no volvemos al núcleo esencial de donde parte biológicamente la actividad a cuidar? (Esquema 2)

— La enfermería está contemplada como el desarrollo de una espiral, con un núcleo de partida en el centro que representa su primer concepto: Promover la vida
— En su trayecto aparecen las influencias que han modificado su papel social a lo largo de la historia: el sentido vocacional, la adscripción a la medicina y la tecnificación.
— La línea actual de promoción de la salud está en el mismo eje de la enfermería incipiente: centrada alrededor de las actividades naturales para mantener la vida.

VII. ENFERMERÍA DE LA SALUD INTEGRAL

Aceptando que las limitaciones para el disfrute de la salud en su concepto más moderno y completo, pueden provenir tanto de una dolencia


ESQUEMA 2
PROFESIONALIZACION
AUXILIAR MEDICINA
E. NATURAL
PROMOVER LA VIDA
SERVICIO VOCACIONAL
TECNIFICACION
AYUDA A LA SALUD

corporal, de un desajuste con el medio social, como de la falta de conoc mientos para auto-cuidarse, las enfermeras, los enfermeros, deben afront su tarea partiendo de un riguroso conocimiento científico del ser humano de su ambiente, así como de las relaciones interpersonales, dado que ést van a ser uno de los medios más importantes puestos a su disposición

Dice Fr. Collière que la relación entre el personal de salud y la població asistida se han desarrollado preferentemente en términos de desigualda dar-recibir, potenciándose la situación de indigencia de uno frente al pod de quien otorga la ayuda. La nueva relación que se propone es la de inte cambio, en la que ambas partes se enriquecen mútuamente: el profesion aporta sus conocimientos y su acción, pero recibe del asistido una exp riencia humana y acrecienta su personalidad.

Igualmente se demuestra que bajo este concepto de salud integral, enfermería deja de ser exclusivamente una parte de la función hospitalari que en esencia es reparadora, para abrirse a otros campos de promoció todavía inexplorados en nuestro país. Resulta significativo que en los pa ses en donde se han desarrollado los servicios de enfermería en el seno d las familias y de los grupos de población, estos sectores profesionale se han visto menos influenciados por la dependencia médica-hospitalaria es en ellos donde se ha mantenido y potenciado el convencimiento de l independencia profesional de la enfermería, avalada por su experienci concreta.

Para todos quienes nos hemos educado profesionalmente bajo la paut de los quehaceres hospitalarios, quizá resulten estas definiciones acerca d las «necesidades» un poco inconcretas: ¿No están ya las enfermeras desd siempre solucionando necesidades de sus pacientes? Claro que pretende mos ocupar un lugar indiscutible entre los miembros del equipo de saluc pero ¿cómo diferenciar las acciones específicas de enfermería de las qu son propias de los médicos?

Parece muy significativo que la sociedad se haya referido siempre «formación de las enfermeras», «título de enfermera», es decir centrad el concepto de la función sobre la persona que la desempeña, y no sobre e contenido de la función. No sucede así con otros profesionales: el arquitec to es quien se ocupa de Arquitectura, el médico ejerce la Medicina. Sól en estos últimos tiempos se ha introducido el término Enfermería con e significado de «suma de conocimientos y habilidades que configuran un profesión». ¿No será esto porque aún no hemos destacado en nuestra pro pia mente cuál es la contribución propia de la enfermería en los servicio de salud?

Entre todas las tareas urgentes que aguardan a las enfermeras y enfer meros , quizá la primera deberá ser deprenderse de estos modelos tradicio nales que condicionan una clara visión de la realidad, y a la luz de l «única función de enfermería» en palabras de V. Henderson, tratar d orientar el futuro sin perder de vista las directrices que emanan de la en fermería internacional.

VIII HACIA NUESTRA DEFINICION DE ENFERMERIA

Es necesario que todo el cuerpo profesional participe en este proceso de búsqueda: no basta con que pequeños grupos avanzados promuevan acciones de dirigismo, que si no logran arrastrar a grandes contingentes de personal, sólo sirven para crear más división y antagonismos.

Nuestra enfermería será lo que el colectivo profesional decida. Pero aunque está en el deseo de todos lograr una profesión gratificante y que merezca la consideración que creemos se le debe, no lo conseguiremos antes de haber superado la desorientación actual.

Los esfuerzos de los profesionales deben dirigirse a:

1º Indagar cuáles son las directrices de la enfermería mundial para un futuro próximo.
2º Investigar, a través de la labor diaria, cuál es la aportación de los servicios de enfermería a la sociedad.
3º Adoptar criterios científicos en el ejercicio de la enfermería.
4º Aceptar desprenderse de tutelas o de influencias y tradiciones extrañas al núcleo de las funciones de enfermería, aunque con ello se pierda una confortable seguridad.
5º Aprender a deslindar los intereses personales o de grupo de los intereses de la profesión en sí misma.

Todo esto requiere un esfuerzo de reflexión, que deberá ser estimulado a través de la formación continuada de todo el personal, como paso inicial de un gradual proceso de cambio.

Una vez nuestra enfermería haya asumido su identidad, estará en condiciones de adoptar alguno de los modelos o teorías que ya existen, o de seguir investigando para hallar otros que respondan mejor a las características de nuestra sociedad.

IX. MIRADA HACIA EL FUTURO

Las orientaciones de la O.M.S tienden a dirigir la atención de los políticos encargados de la gestión de servicios de salud hacia la potenciación de la asistencia primaria, como es bien sabido.

Siendo éste un aspecto todavía no desarrollado en nuestro país, es imprescindible que enfermería se apreste rápidamente a ocupar su lugar con plena capacidad, de lo contrario otros profesionales aceptarán ocuparlo y enfermería trabajará, una vez más, bajo las órdenes de otra profesión.

El presumible ingreso de España en la comunidad Económica Europea puede ser otro de los factores decisivos a la hora de dirigir el futuro de la profesión. En efecto, aunque conservando en cada país unas características propias, tiene que haber la suficiente homogeneidad en la formación y en la práctica de la enfermería para que pueda ser homologable de un país a otro. Nunca debe repetirse la situación de los A.T.S., cuya equivalencia mundial era la del personal auxiliar, por efectos de un título incongruente.

Termino con una referencia de Rosemary Crow, procedente de un a tículo publicado en la «Revista de Enfermería Avanzada», en el que dest ca la importancia de la investigación para el desarrollo de la enfermeri

«Hasta la fecha, muchas de las ideas acerca de la Enfermería están t davía a un nivel de especulación, y pueden, o no, ser útiles. Son ampli generalizaciones que llevan incorporados muchos conceptos esenciales. l desafío consiste ahora en desarrollar teorías que estén relacionadas lógic mente con conceptos aislados y esenciales, que representan por sí mism determinadas áreas de práctica llevadas a cabo corrientemente... Una nu va cuestion de igual importancia es conocer si hay aspectos de la práctic que no sean contemplados por ningún concepto corriente. Por ello, es est última cuestión la que nos conducirá a la elaboración de otras teorías modelos.»

Cuando la autora se refiere a conceptos, cita: necesidades, stress, do lor, ansiedad, curación de heridas, etc., proponiendo que en cada uno d ellos se base la investigación, no sólo de su procedencia, efectos y manifes taciones, sino de la eficacia con que los servicios de enfermería puede acudir a solucionalos.

Investigación en enfermería: ésta podría ser la clave para el futuro. ¿N es un programa apasionante?

CONCLUSIONES

1.- Es imprescindible y urgente una tarea de divulgación de los nuevo conceptos de enfermería, como base para promover la respuest adecuada de todo el grupo profesional.
2.- El convencimiento de la naturaleza e independencia de su funció específica debe alcanzar primero a todas las enfermeras y enfermeros para que puedan transmitirlo eficazmente al resto de profesionales del equipo de salud.
3.- Conviene desarrollar cuanto antes la investigación en enfermería, único medio de profundizar en su cometido profesional y adquiri para ella una fundamentación rigurosamente científica.
4.- La importancia del papel que enfermería juegue dentro del grupo de profesionales de la salud, está en proporción directa a la amplitud con que cada enfermera, enfermero, contemple su propia contribución. Si el proyecto individual es corto y limitado, la acción de enfermería será dependiente y otros profesionales ocuparan su espacio potencial. Si el proyecto no contempla la función específica de la enfermería, con independencia de las tradiciones e intereses que hoy por hoy la condicionan, volveremos a tener una profesión paramédica desviada de su núcleo esencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

E. Adam - «Hacia donde va la enfermería» - Interamericana Madrid, 1982.

M. Fr. Collière - «Promouvoir la vie» - Inter Editions Paris, 1982.

R. Crow - «Fronteras de la enfermería en el s. XXI: desarrollo de modelos y teorías en el concepto de enfermería» - Journal of advanced nursing, vol. 7, n.º 2 Marzo 1982. Págs. 111 y siguientes.

V. Henderson - «El concepto de enfermería» - Revista ROL nº 13, julio 1979 - Págs. 39 y siguientes.

V. Henderson - «Ayer y mañana de la enfermería» - Rev. ROL nº 50, septiembre 1982 - págs. 6 y siguientes.

P. Mitchell - «Conceptos básicos de enfermería» Ed. Diana México, 1982.

2.ª Ponencia

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA

INDICE

I. *Introducción.*
II. *Situación actual de las Escuelas.*
III. *Resumen.*
IV. *Soluciones.*

Eulalia Molero Mesa.

Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Granada.

I. INTRODUCCION

Cuando en el B.O.E. del 22 de Agosto de 1.977, se publicó el Real Decreto, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, como Escuelas Universitarias de Enfermería, muchos profesionales pensamos en esos momentos que era el principio de un camino, cuya meta era desterrar actitudes pasivas y desarrollar la importancia del pensamiento científico, en las enseñanzas de Enfermería. Esto representaba para nosotras el cambio que deseábamos para elevar el nivel de nuestra profesión.

Unas Escuelas, las que eran dependientes de las Facultades de Medicina, se integraron directamente en la Universidad, mientras que otras dependientes de otros Departamentos Ministeriales u otros organismos, se convirtieron en Escuelas Universitarias previa solicitud de éstas al Rectorado de la Universidad a las que debían quedar adscritas.

Una vez oida la Junta de Gobierno de la Universidad, el rectorado remitía la solicitud con su informe correspondiente al Ministerio de Educación y Ciencia.

Por éste motivo se creó una comisión gestora por cada Escuela, que fueron las encargadas de asesorar a los respectivos rectores de los siguientes aspectos:

a) Elaboración de los planes de estudios, conforme a lo dispuesto en el artículo 39 de la ley General de Educación.
b) Organización, en colaboración con el Instituto de Ciencias de la Educación y Departamentos de la Universidad de cursos de reciclaje para el profesorado.
c) Continuidad del profesorado de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios, en sus funciones docentes, asignándoles al mismo las enseñanzas de las materias correspondientes a los nuevos planes de estudios.

Estas comisiones dejarían de funcionar cuando el alumnado de la primera promoción, obtuviera el título de Diplomado en Enfermería.

Atrás quedaron un gran número de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, ubicadas por toda la geografía española, cada una de ellas con unas peculiaridades diferentes en cuanto a planes de estudios, horas de prácticas de los alumnos y profesorado.

Pero... ¿Y los profesionales de Enfermería que trabajaban en las Escuelas de A.T.S.? ¿En que situación legal quedaban después de entrar en vigor éste decreto?

Pues bién, según la Ley General de Educación, para ser profesor era condición «sine quanon», el ser doctor o licenciado, motivo por el cual nos quedábamos todos los profesionales de Enfermería marginados e inhabilitados para impartir docencia en nuestras propias Escuelas, en las que muchas de nosotras ya veníamos desarrollando una labor docente.

Por otra parte, esto representaba un deterioro en las enseñanzas dirigidas a los futuros diplomados, ya que éstas serían impartidas por profesionales cuyos objetivos al no ser enfermeras/os, no serían los propios de una Escuela de Enfermería.

Este obstáculo se soslayó gracias a la aparición de una orden ministerial con carácter extraordinario y transitorio, y respondiendo a la solicitud hecha por los profesionales, con fecha del 13 de cotubre de 1978, por la cual se habilitó al personal de Enfermería para impartir docencia durante el curso 1978-79.

Esta misma situación se viene repitiendo lamentablemente, a falta de una disposición legal que nos faculte de forma definitiva, por lo que hemos podido seguir impartiendo las enseñanzas de enfermería, gracias a otras órdenes transitorias, que han ido apareciendo en el B.O.E. cada curso académico.

II. SITUACION ACTUAL DE LAS E.U.E.

Tras cinco años de experiencia, el bagaje de conocimientos que hemos adquirido, es lo suficientemente importante que nos permite reunir los elementos de juicio necesarios para realizar un balance de la situación actual de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Destacaremos algunos de los puntos más importantes: (Figura 1)

1.º NUMERO DE ESCUELAS.

2.º DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

3.º DEPENEDENCIA.

4.º DATOS RELATIVOS AL ALUMNADO.

5.º APLICACION REAL DEL PLAN DE ESTUDIOS.

6.º FALTA DE LESGISLACION, QUE APOYE A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA IMPARTIR DOCENCIA.

FIGURA 1

1. Número de Escuelas.
2. Distribución geográfica de las Escuelas.
3. Dependencia de las mismas.
4. Datos relativos al alumnado.
5. Aplicación real del plan de estudios.
6. Falta de legislación que apoye a los profesionales de Enfermerí para impartir docencia.

1. *Número de Escuelas*.- (Figura 2). Las Escuelas de Enfermería, como he mos dicho anteriormente, comenzaron a integrarse como tales en la Uni versidad durante el curso académico 1977-1978, en dicho curso se integra ron 17, en el 1978-79 el número fué de 43, 11 lo hicieron en el 1979-80, e el año académico 1980-81 se transformaron 21 y 9 lo han hecho desd 1981-82.

Así pues, en la actualidad, hay 100 Escuelas transformadas, la mayorí de las cuales, no reunen las condiciones mínimas que fueron fijadas en s día por el Ministerio de Educación y Ciencia (O.M. 20/10/1978).

En un estudio realizado por la A.E.E.D. en el año 1980, entre otro datos, se recogieron el n.º de habitantes por provincia, el n.º de profesio nales de Enfermería colegiados y el n.º de Escuelas que había en esos mo mentos.

Estos mismos datos han sido obtenidos ahora, en 1982, y es curioso ob servar como el n.º de habitantes ha variado muy poco en estos dos años, sin embargo el de Escuelas ha sufrido un incremento considerable al igua que el n.º de colegiados. (Gráfico I)

No alcanzamos a comprender los criterios que ha seguido el Ministerio para autorizar un número tan elevado de Escuelas. pensamos que en reali dad éste n.º no está de acuerdo con nuestras posibilidades y recursos do centes, ni con nuestra situación económico-social, y que no se ha hech una previsión del n.º de profesionales que precisará nuestro sistema de sa lud.

Por tanto, para la aprobación de estas Escuelas por el Ministerio de E y C. y de los organismos responsables de su financiación, no se han tenid en cuenta criterios de: distribución geográfica, factores de demanda sanita ria.

2. *Distribución geográfica de las Escuelas*. La distribución de escuelas po la geografía española no parece equitativa. (Gráfico II). En algunas ciuda des no hay ninguna, como por ejemplo Toledo, y sin embargo otras co igual n.º de habitantes hay 4 Escuelas. En el gráfico n.º II, se puede apre ciar ésta distribución por Regiones Autonómicas y ver el n.º de Escuela que existen en cada provincia.

3. *Dependencia de las Escuelas*.- En el siguiente gráfico (n.º III), queda reflejada la dependencia de cada una de las Escuelas que hay en la actuali dad y la Entidad que las financia.

GRAFICO N.º 1

PROVINCIA	N.º Hab. (1980)	N.º Coleg. (1980)	N.º Hab. (1982)	N.º Coleg. (1982)	N.º E.U.E. 1980	1982
Alava	272.491	1.028	257.850	1.295	1	2
Albacete	326.908	695	339.373	849	1	1
Alicante	1.200.715	2.715	1.149.181	3.206	1	1
Almería	396.174	504	410.831	—	1	1
Avila	173.684	350	183.586	500	0	0
Badajoz	599.208	1.319	643.519	1.684	4	4
Baleares	706.079	1.340	655.909	1.948	0	1
Barcelona	4.826.686	13.600	4.623.204	23.043	8	10
Burgos	340.365	944	363.523	1.271	1	1
Cáceres	397.177	909	421.449	1.111	3	3
Cádiz	1.012.981	2.595	998.388	2.990	4	4
Castellón de la P.	433.661	945	431.893	1.269	1	1
Ceuta	66.764	133	65.264	190	1	1
Ciudad Real	456.847	979	475.129	1.051	1	1
Córdoba	707.953	1.365	720.823	2.040	1	1
La Coruña	1.074.924	2.643	1.093.121	3.562	3	3
Cuenca	201.309	480	215.975	493	2	2
Gerona	466.602	959	467.000	1.364	1	1
Granada	735.636	1.944	758.618	2.693	1	2
Guadalajara	132.019	327	143.473	578	1	1
Guipúzcoa	729.696	1.152	694.681	2.388	1	1
Huelva	400.764	657	418.584	908	1	1
Huesca	210.366	488	214.907	655	1	1
Jaén	629.368	1.273	639.821	1.712	1	1
Las Palmas	942.909	1.321	708.762	1.572	1	1
León	505.330	1.228	523.607	1.589	1	2
Lérida	349.898	711	353.160	—	0	1
Logroño	244.412	609	254.349	808	1	1
Lugo	395.210	573	405.365	974	1	1
Madrid	4.784.197	18.697	4.686.895	21.445	9	11
Málaga	964.933	2.309	1.025.609	2.831	2	3
Melilla	55.047	112	53.593	173	1	1
Murcia	429.842	2.241	955.487	3.118	1	3
Navarra	499.711	1.764	509.002	2.506	3	3
Orense	406.678	728	430.159	995	0	0
Oviedo	1.145.825	2.827	1.129.556	3.768	1	4
Palencia	175.823	327	188.479	569	0	1
Pontevedra	896.144	4.237	883.367	2.135	2	2
Salamanca	330.086	1.189	364.305	1.474	2	2
Sta. Cruz T.	784.306	1.269	658.884	1.490	2	2
Santander	510.075	1.612	513.115	—	1	1
Segovia	141.697	329	149.361	391	1	1
Sevilla	1.415.153	4.347	1.478.311	4.931	3	3
Soria	94.515	231	100.719	371	1	1
Tarragona	535.369	1.144	513.050	1.398	0	2
Teruel	142.658	177	153.457	—	0	1
Toledo	458.285	977	474.634	1.123	0	0
Valencia	2.100.712	8.229	2.065.704	9.750	3	4
Valladolid	486.107	1.638	481.786	1.846	1	1
Vizcaya	1.254.018	3.476	1.189.278	4.299	1	1
Zamora	212.462	451	227.771	623	1	1
Zaragoza	838.463	3.008	828.588	3.661	1	2

GRAFICO N.º II

GRAFICO N.º III

PROVINCIA	LOCALIDAD	E.U.E.	DEPENDENCIA
Alava	Vitoria	1	INSALUD
	Vitoria	1	C. Universitario
Albacete		1	Diputación
Alicante		1	INSALUD
Almeria		1	INSALUD
Badajoz	D. Benito	1	INSALUD
	Mérida	1	Diputación
	Badajoz	1	Diputación
	Badajoz	1	INSALUD
Baleares	Palma de M.	1	INSALUD
Barcelona	Badalona	1	Ayuntamiento
	Hospitalet Ll.	1	INSALUD
	Sta. Coloma G.	1	Privada
	Vic	1	C. Médicos
	Barcelona	1	Universidad
	Barcelona	1	INSALUD
	Barcelona	1	Ayuntamiento
	Barcelona	1	Privada
	Barcelona	1	Religiosa
	Barcelona	1	La Caixa
Burgos		1	INSALUD
Cáceres	Cáceres	1	Univer. Laboral
	Plasencia	1	Diputación
	Cáceres	1	INSALUD
Cádiz	Jerez de la F.	1	INSALUD
	Cádiz	1	INSALUD
	Cádiz	1	Universidad
	Cádiz	1	Privada
Castellón de la P.		1	INSALUD
Ceuta		1	Cruz Roja
Ciudad Real		1	Diputación
Córdoba		1	Universidad
La Coruña	El Ferrol	1	M. Defensa
	Santiago de C.	1	Universidad
	La Coruña	1	INSALUD
Cuenca		1	INSALUD
		1	Diputación
Gerona		1	Diputación
Granada		1	Universidad
		1	INSALUD
Guadalajara		1	INSALUD
Guipúzcoa	S. Sebastián	1	INSALUD
Huelva		1	INSALUD
Huesca		1	INSALUD
Jaén		1	Diputación
Las Palmas		1	Cabildo
León		1	Diputación
		1	INSALUD

PROVINCIA	LOCALIDAD	E.U.E.	DEPENDENCIA
Logroño		1	INSALUD
Lugo		1	INSALUD
Madrid	Madrid	2	INSALUD
	Madrid	2	Universidad
	Madrid	1	Diputación
	Madrid	1	Cruz Roja
	Madrid	1	Religiosa
	Madrid	1	Privada
	Madrid	1	Ayuntamiento
	Madrid	1	Militar
Málaga	Cienpozuelos	1	Religiosa
	Ronda	1	
	Málaga	1	Diputación
	Málaga	1	INSALUD
Melilla	Málaga	1	Cruz Roja
Murcia	Cartagena	1	INSALUD
	Murcia	1	INSALUD
	Murcia	1	Diputación
Navarra	Pamplona	1	Diputación
	Pamplona	1	INSALUD
	Pamplona	1	Universidad I.
Oviedo	Gijón	1	INSALUD
	Oviedo	1	INSALUD
	Oviedo	1	Universidad
	Oviedo	1	Diputación
Pontevedra	Vigo	1	INSALUD
	Pontevedra	1	Diputación
Palencia		1	INSALUD
Salamanca		1	Universidad
		1	INSALUD
Sta. Cruz de T.		1	INSALUD
	La Laguna	1	Universidad
Santander		1	Diputación
Segovia		1	INSALUD
Sevilla		1	Cruz Roja
		1	Universidad
Soria		1	Diputación
Tarragona		1	INSALUD
Teruel		1	INSALUD
Valencia		1	Diputación
		1	INSALUD
		1	Privada
Valladolid		1	Universidad
Vizcaya	Lejona	1	Universidad
Zamora		1	INSALUD
Zaragoza		1	INSALUD
		1	UNIVERSIDAD
Tarragona	Tortosa	1	
Palencia		1	Diputación
Lérida		1	

Seguridad Social, siendo por tanto el Organismo que dedica más recursos a la formación de Enfermería.

El 20% corresponde a las Diputaciones.

Un 17% a la Universidad.

A la Cruz Roja, un 4%, un 5% a las Escuelas privadas y un 3% dependientes de los Ayuntamientos, así como un 9% cuya procedencia es variada, por ejemplo, militares, religiosas, etc...

4. *Datos relativos al alumnado*.- El n.º de alumnos existentes por curso, va a ser diferente según la dependencia de las distintas Escuelas, aunque la inmensa mayoría de ellas están dentro del marco legal (O.M.28141 de 20 Oct. 1978 B.O.E. 13 Nov. 1978), que especifica de forma muy clara, que el número de alumnos por curso será un mínimo de 50 y un máximo de 150.

Por éste motivo, y a fin de evitar la plétora de alumnado en nuestras escuelas, que iría lógicamente en detrimento de una buena calidad de la enseñanza, se realizan unas pruebas de acceso a las mismas, existiendo en la actualidad una autonomía en cuanto a su elaboración.

Un porcentaje muy elevado de éstas pruebas se basan fundamentalmente, en la apreciación del nivel cultural de los aspirantes, siguiéndole en importancia las referentes al baremo de bachiller o BUP y COU. Estas pruebas las diseñan en unas Escuelas la propia escuela y en otras lo hacen el Director o bien un grupo de profesores. Estos exámenes no reflejan con objetividad la verdadera capacidad del futuro alumno, en cuanto a saber si será o no un buen profesional de enfermería, pero somos conscientes de que es el único sistema, para hacer una selección dada la gran demanda existente en la actualidad. Sería deseable arbitrar una fórmula más objetiva y que no se olviden otros aspectos, como son las cualidades de la persona humana que no son mensurables y que tanta importancia tendrán en el futuro desarrollo del individuo como profesional de enfermería.

5. *Aplicación real del plan de estudios*.- Existe una absoluta falta de unificación de criterios respecto a la aplicación de las directrices generales del plan de estudios (B.O.E. 26-9-1977), incluso en un mismo Distrito Universitario.

Existen varias escuelas de Enfermería, en cuyo plan no figura ninguna asignatura de enfermería pese a que las directrices especifican las diferentes áreas a impartir. No quisiera extenderme más en éste grave problema, ya que será nuestra compañera Rosa M.ª Blasco la encargada de desarrollarlo.

6. *Falta de legislación que apoye a los profesionales de enfermería para impartir docencia*.- Como ya apuntábamos al principio, las enfermeras no tenemos la titulación requerida en la Ley General de Educación, para poder impartir docencia a nivel universitario. Como consecuencia de ésto, las plazas de profesores están siendo ocupadas, en la mayoría de las Escuelas por Licenciados o Doctores de otras profesiones, especialmente médicos, que si bien poseen el nivel académico requerido, no tienen los conocimien-

tos ni la orientación profesional que es necesaria para enseñar enfermería.

La orden ministerial del 13 de octubre de 1978, que permitía a los A.T.S., impartir docencia en las Escuelas de Enfermería, ha sido interpretada y aplicada por diferentes Rectorados según la buena voluntad de los mismos y con una gran variedad de criterios, dándose la curiosa situación de que mientras en algunos Distritos Universitarios las enfermeras no pueden optar más que a desempeñar plazas como maestro de taller, en otros la normativa se intepreta en el más amplio sentido, permitiendo que las enfermeras sean agregadas e incluso directores de Escuela, en la convicción, de que quien mejor puede orientar los nuevos estudios de una antigua profesión, son sus propios profesionales.

El Real Decreto Ley de 14 de Mayo de 1982, autorizó a las Universidades para que se contratase a profesorado ya existente en las escuelas como profesores agregados, y donde enfermería podría concursar, pero sólo en las materias de especialización que en su momento se determinaran.

Estas materias fueron todas las asignaturas del Plan de Estudios, excepto las relativas a las áreas de Ciencias Fisiológicas y Ciencias Morfológicas, para las cuales se necesita la titulación de licenciado (B.O.E., 3 de julio de 1982).

En esta ocasión el número de enfermeras que han podido optar a éstas plazas ha sido superior, aunque somos conscientes de que en muchas escuelas esto ha sido posible, debido a uno de los requisitos que se exigian, que era el régimen de dedicación exclusiva, pero a pesar de todo aún hay escuelas que son de enfermería y sin embargo no existe ni una sóla enfermera como profesor titular de alguna asignatura.

Todo lo expuesto hasta ahora, hace ver que es muy difícil para las Escuelas oficiales y para la mayoría de las adscritas, que la Dirección y por tanto, la filosofía y la orientación de la misma sea propiamente de enfermería, ya que en el mejor de los casos y aunque de hecho y a nivel real sea la enfermera la que lleva la escuela, oficialmente y escudándose en el problema de la titulación son otros los profesionales que ocupan el cargo de Director.

Esto se puede ver en un estudio hecho en una muestra de 60 Escuelas de diferente dependencia administrativa y económica en las cuales la Dirección está en manos de:

— Enfermeras: 3
— Otros profesionales: 18, y ...
— Médicos: *36*

III RESUMEN

Así pues, todo lo anteriormente expuesto, se puede resumir en los siguientes puntos:

a) Falta de planificación de las enseñanzas de enfermería, en cuanto al número de Escuelas transformadas, situación geográfica, n.º de

alumnos, etc..., que conduce a un mal uso de los escasos recursos de que se dispone.

b) Carencia de unos sistemas de coordinación eficaces que posibiliten y aseguren la unificación de criterios en cuanto enfoque y contenido del plan de estudios, lo que garantizará que los profesionales formados en las distintas Escuelas Universitarias de Enfermería, reciban una preparación similar.

Aunque existe una legislación cuya finalidad es la de asegurar que las Escuelas dispongan de unos medios materiales que garanticen la calidad de la enseñanza, no ha servido de mucho ya que cuando se promulgó la orden ministerial había ya un gran número de escuelas transformadas que no se ajustaban a la legislación, y en el momento actual muy pocas escuelas cumplen los mínimos exigidos. esta situación es consecuencia de que el Ministerio de Universidades, no ha establecido ningún sistema de control que oblige a cumplir la legislación, ni ha facilitado ningún recurso para ello.

c) Reducido número de profesores de enfermería, que además no disponen, ni de la preparación suficiente, ni de la mínima titulación para enseñar en éstas Escuelas. Esta falta de preparación es más evidente en el caso de materias que se han introducido por primera vez en el «Curriculum" de enfermería en España, como es Salud Pública, Enfermería Geriátrica etc...

Al no poder acceder a niveles docentes superiores, el personal de enfermería, no tiene la motivación necesaria para poder desarrollar sus capacidades al máximo, trayendo esto como consecuencia una disminución en la calidad de la enseñanza del alumnado y en la investigación en enfermería.

Ante todas éstas circunstancias, nos planteamos las siguientes reflexiones:

¿Tienen las Escuelas de Enfermería verdadera conciencia de lo que es ser Universitarias?

¿Ha asumido la Universidad a la enfermería como parte integrante de ella?

Hasta aquí hemos visto, lo que nos dice la legislación respecto a Escuelas y cual es la situación actual de las mismas.

¿Qué soluciones se pueden aportar que nos ayuden a salir de toda ésta confusión a la que la inexperiencia, la falta de unión de los profesionales y la irresponsabilidad por parte de los organismos, tanto ministeriales como profesionales, nos ha llevado?

Para este interrogante, la Asociación Española de Enfermería Docente, plantea varias soluciones:

A. UNA ESCUELA UNICA POR DISTRITO UNIVERSITARIO
B. LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA.

A. UNA ESCUELA ÚNICA POR DISTRITO UNIVERSITARIO

Una de las soluciones que nosotros consideramos la mejor para solventar los problemas existentes, en relación a las Escuelas, es el anteproyecto de «creación de Escuela única por Distrito», que la Asociación Española de Enfermería Docente ya publicó en su día y de la que aquí, sólo voy a exponer las líneas generales.

Una escuela Universitaria de Enfermería única por Distrito, significa la integración de todas las Escuelas ya existentes, o las que en un futuro se creen en cada Universidad, en una Entidad única de carácter administrativo y de gobierno.

Dentro de ésta Entidad, todas las Escuelas actuales, ya sean oficiales, privadas o pertenecientes a organismo públicos tendrán la misma consideración administrativa y docente, constituyendo cada una de ellas una *UNIDAD DOCENTE*.

La Entidad que a partir de ahora llamamos E.U.E., tendrá funciones de Gobierno y Administrativa y no constituirá por sí misma ninguna unidad docente.

El modo de funcionamiento de la E.U.E. será análogo al Rectorado de las Universidades, en cuya composición intervienen las diversas Facultades, pero que por sí sólo no constituyen una Facultad, ni está vinculado exclusiva o directamente a ninguna de ellas.

1) OBJETIVOS.-

— Unificación de los criterios docentes.
— Distribución de los recursos docentes.
— Mejor utilización de los recursos económicos.
— Eficacia administrativa.
— Orientación por parte de la Universidad.
— Mejor conocimiento de las necesidades.

2) DESCRIPCIÓN DE LA E.U.E.-

Está compuesta por tantas unidades docentes como se establezca en cada Universidad.

El número deberá determinarse en razón a:

a) La demanda de personal de enfermería en la zona.
b) De los recursos existentes, tanto materiales (áreas de prácticas y disponibilidades económicas), como personales (profesorado idóneo).
c) La demanda de puestos estudiantiles.
d) La política educativa de la región, etc...

Estas unidades docentes podrán estar financiadas por Entidades

públicas o privadas o por el Ministerio de Educación y Ciencia, debiendo cumplir todas ellas en su funcionamiento la normativa general que se establezca.

3) FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA Y DE LAS UNIDADES DOCENTES.

Los gastos de la E.U.E., serán fundamentalmente los derivados de sus funciones de gobierno y administrativas, ya que cada Unidad Docente tendrá su propio plan económico que atienda a sus necesidades.

El plan económico de cada Unidad Docente, será confeccionado y aprobado por su junta directiva y deberá seguir las normas generales que se establezcan por la E.U.E., y las particulares, que en su caso, dicten la entidad financiadora.

Los gastos de los locales y la retribución del Director, creemos que deben ser financiado en su totalidad por la Universidad.

4) REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES.-

En general cada Unidad Docente, deberá ajustarse al contenido de la Orden Ministerial del 20/10/78 (B.O.E. de 13/11/78) sobre... «condiciones específicas a cumplir por las Escuelas Universitarias de Enfermería», destacando:

1. Poseer áreas de prácticas adecuadas (extra e intrahospitalarias).
2. Adecuar el número de alumnos a las áreas de prácticas, no excediendo en ningún caso las posibilidades de éstas (se recomienda que el número de alumnos no sea inferior a 50 por curso, para mejor utilización de los recursos).
3. Disponer de una planta física con áreas reservadas a Dirección, secretaría, administración, profesorado y actividades docentes.

En cuanto al profesorado, debera existir en número suficiente para desarrollar todas las áreas del curriculum, con criterios que permiten orientar al alumno al máximo. Dada la especial importancia de las prácticas en Enfermería, el número de profesores en estas áreas debería mantener una relación mínima de 1/15 con respecto a los alumnos.

B. LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

Esta suficientemente reconocida, que la formación de enfermería a igual, que la de otros profesionales de la Salud, no puede limitarse al ciclo

básico, el cual por su propia naturaleza proporciona unos conocimientos de carácter general.

Han transcurrido cinco años desde la puesta en marcha del nuevo plan de estudios de Enfermería, y creemos que no se puede demorar por más tiempo las siguientes etapas de los ciclos Universitarios superiores.

Aunque hay diferentes tipos de razones para exigir ésto, ahora sólo vamos a referirnos a las de índole científica y académica:

a) *Razones de índole científica.*

Los avances científicos y tecnológicos en el campo de la Salud obligan a que los profesionales que trabajan en él, adquieran, al mismo tiempo que una mente abierta al constante progreso, unos conocimientos adecuados al mismo.

Por otra parte, los profesionales sólo consiguen desarrollar su cuerpo de conocimientos y sentar sus bases científicas a través de la investigación. En particular, la Enfermería trata en estos momentos de alcanzar ambas cosas y para ello es fundamental, el uso de una metodología científica en sus actividades.

De todo ello se deduce, la necesidad de formar enfermeras capaces de desarrollar programas de investigación que, por un lado, proporcionen los fundamentos científicos de Enfermería, y por otro, contribuyan a la mejora constante de los servicios que, las enfermeras prestan a la sociedad.

b) *Razones de índole académica.*

Las enseñanzas sólo tendrán una verdadera orientación en Enfermería, cuando las enfermeras/os, ocupen de pleno derecho los cargos de responsabilidad en las Escuelas. Esto únicamente es posible, de acuerdo con la legislación vigente, si se establece el segundo ciclo de los estudios de Enfermería, que sería la Licenciatura de Enfermería.

COMUNICACIÓN

MOTIVACIONES DE AHORA PARA UNA ENFERMERÍA DEL MAÑANA

Esperanza Rayón Valpuesta
Concepción Brun Sandiumenge

Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Navarra - Pamplona

I. INTRODUCCIÓN

¿Motivaciones de ahora para una Enfermería del mañana? Sí. Un *mañana* que está a la vuelta de la esquina y que, probablemente, no diferirá, en mucho, *del ahora*.

Es curioso analizar los motivos que atraen a nuestros alumnos hacia la carrera de Enfermeria. Prevalece en ellos el conocido factor constante de nuestra profesión; no la que nace con Florence Nightingale, sino la que –sin ser llamada profesión– se remonta al principio de los tiempos en los que, *el deseo de ayudar a los demás* superaba a la obligatoriedad de tener que hacerlo, pues nada impedía el abandono de los enfermos.

Hoy, como ayer, *la ayuda a los demás* es la motivación más importante que se da en nuestros alumnos. ¿Cuál será la causa de esa prevalencia?, ¿será auténtica o estará idealizada?, ¿es un recurso fácil para «caer bien» en el momento de solicitar la admisión?. Estas y otras preguntas nos cuestionamos. Para respondernoslas decidimos hacer un estudio de las motivaciones.

Antes de entrar en las coordenadas de nuestro estudio, queremos adelantar algunos aspectos que conviene tener en cuenta.

1.– Nuestra Escuela de Enfermería se acoge a dos modalidades de enseñanza:
   a) para los estudios básicos de Enfermeria, cuenta solamente con alumnado femenino.
   b) para los estudios de Especialización de Enfermeria, el alumnado es mixto.
2.– Navarra es una provincia con grandes recursos educativos: en un radio inferior a 1.000 metros están ubicadas tres Escuelas de Enfermeria.
3.– Por estar integrada en la Universidad, nuestra Escuela acoge un porcentaje elevado de alumnos, como ocurre en los demás Centros.

PUNTO DE PARTIDA

Es habitual, en la praxis de la Universidad, que los aspirantes a las distintas carreras cumplimenten, en el mes de junio, un impreso de solicitud de admisión. El formulario es idéntico para todos los universitarios (Dere-

cho, Medicina, Enfermeria, Arquitectura, etc.). Uno de los puntos dice así:

— Motivos por los que ha elegido la carrera que desea cursar.
— Aptitudes que cree tener para cursar dichos estudios.
— Dificultades con las que piensa habrá de encontrarse.

El estudio de estas respuestas nos permite tener una primera impresión de los intereses de nuestras alumnas. Sin embargo, cabe señalar, que son opiniones manifestadas antes de ser seleccionadas. Es lógico suponer que las respuestas vienen avaladas por un deseo de quedar bien.

Uno de los primeros días del curso lectivo, en la asignatura de Enfermeria Fundamental, se hizo una experiencia. Se leyó a las alumnas de primer curso la Voz ENFERMERIA y la Voz MEDICINA de un diccionario de Lengua Española:

MEDICINA.– Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. 2 Profesión de médico. 3 Medicamento. 4 ..... legal, la ciencia médica aplicada a ilustrar pericialmente a los tribunales.

ENFERMERIA.– Casa o sala destinada para los enfermos: la ..... del cuartel; la ..... de la plaza de toros. 2 Conjunto de enfermos.

Se les resaltó la escasa, insuficiente y equívoca información que se recoge en los diccionarios en relación a la voz ENFERMERIA, en contraste con las referentes a otras profesiones. Se les manifestó la extrañeza de que, existiendo tan poca información escrita de *qué es la Enfermeria*, pudiesen atinar a la hora de elegir la carrera, por lo que, se les rogó, manifestaran anonimamente su opinión respecto a las tres preguntas siguientes:

— ¿Por qué estudia Enfermería?
— ¿Por qué no estudia Medicina?
— ¿Estudiaría Enfermería si la carrera fuese de cinco años?

La intencionalidad era obtener unos datos fiables y exentos de todo deseo de quedar bien. El número elevado de alumnas y el anonimato, permitían prever unos resultados altamente sinceros, como así pensamos que ocurrió.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A) *ANTES DE SER ADMITIDAS (documento de solicitud de admisión, mes de junio).*

1.– *Los motivos por los que ha elegido la carrera,* aparecen, de mayor a menor, en el siguiente orden:
AYUDAR A LOS DEMAS, ATRACCIÓN POR SU CONTE-

NIDO HUMANO, FORMA DE REALIZACIÓN PERSONAL, TRADICIÓN FAMILIAR, etc.

2.– *En las aptitudes*, sobresalen las respuestas acerca de las ACTITUDES (actitud: disposición de ánimo manifestada exteriormente). En este caso, parece como si las solicitantes diesen por supuesta la APTITUD (idoneidad para el buen desempeño de alguna cosa), por el hecho de poseer unas cualidades determinadas:

PACIENCIA, FACILIDAD DE TRATO CON LAS PERSONAS, CAPACIDAD DE SERVICIO, DE SACRIFICIO, COMPRENSIÓN, VALOR, CONSTANCIA, BUEN HUMOR, etc.

Hacen escasa o nula referencia a la capacidad intelectual, a la capacidad de conjugar la teoría con la práctica, etc.

3.– En cuanto a las *dificultades con las que piensa habrá de encontrarse*, mencionan algunas, pero todas las ven superables:

ALEJAMIENTO DE LA FAMILIA, PASO DEL COLEGIO O INSTITUTO A LA UNIVERSIDAD, etc.

Omiten, también, las derivadas de la exigencia intelectual.

B) *DESPUES DE SER ADMITIDAS (encuesta anónima, mes de octubre)*

1.– Ante la pregunta *¿por qué estudia Enfermería?*, nos encontramos con unos resultados muy llamativos, precisamente por su enorme parecido:

«me agrada», «me atrae», «me gusta»,...

«es muy humanitaria», «tengo vocación»,...

«quiero ayudar a los demás», «me gusta el trato con la gente», «el contacto directo con el enfermo»,...

«me hace sentirme útil», «me ayudará a madurar»,...

«es la carrera más identificada con el ser humano»,...

«es una buena preparación para el futuro»,...

«se tiene idea clara de lo que valen realmente las cosas», «se necesita vocación y entrega»,...

«el hombre tiene mucho valor y es Enfermería la carrera que más se acerca a él», «me gusta sentir de cerca los problemas de los demás»,...

«me he dado cuenta de lo importante que es vivir»,...

«la Enfermería es útil para la persona que lo estudia», «quiero ayudar a los demás para estar satisfecha de mi misma»,...

«quiero conocer la muerte de cerca»,...

«mediante la Enfermería se pueden tener experiencias que luego pueden servir en nuestra vida personal»,...

«realiza mucho a la persona y está bien remunerado el trabajo de la enfermera»,...

«antes me había parecido que era una carrera para "tontas" para personas que necesitan algo corto y fácil, ahora, a raiz de la enfermedad de un familiar, veo que es una carrera dura y fuerte, pero, en la que vale la pena dejar el pellejo»,...
«me gusta mucho todo lo relacionado con la Medicina»,...
«me gusta que desde el principio haya prácticas y podamos ver de cerca a los pacientes»,...
«me gusta llevar a la práctica todos los conocimientos que adquiero sobre el hombre»,...
«...el año pasado comencé perito agrícola..., pero, es mucho más bonito ayudar a vivir a un hombre que ayudar a vivir a un arbol»,..., etc. etc.

2.– La pregunta *¿por qué no estudia Medicina?*, muestra, con todo realismo, la opinión idealizada que, nuestras alumnas, tienen de dicha carrera. Consideran que hace falta un elevado nivel intelectual muy superior al que se necesita para Enfermería.

a) Sin embargo, *algunas respuestas –las menos–, reflejan una voluntad firme y segura, sin añoranzas pseudointelectuales:*
«no estudio Medicina por la misma razón que no estudio Derecho o cualquier otra carrera»,...
«no, porque ser enfermera lo habia pensado desde siempre», «porque la enfermera se preocupa más de cerca y constantemente del enfermo»,...
«es verdad que la carrera de Medicina necesita mucho esfuerzo intelectual, pero no es menor el esfuerzo personal y la dedicación a la Enfermería.»

b) *otras, mencionan el esfuerzo intelectual como dificultad prioritaria,* aún haciendo mención a otros factores:
«es mucho para mí y no podría sacar la carrera, también por factores económicos»,...
«es una carrera de gran responsabilidad en la que se debe de tener un caracter muy duro; creo que para ser médico se debe de ser muy inteligente, personalmente creo que no soy tonta, pero que no llegaría a sacarlo» «no estudio Medicina porque no me llegaba la nota para poder cursarla; no me creo con la capacidad o inteligencia suficiente para poder estudiarla»,...
«es una carrera muy difícil, y pienso que yo no tengo suficientes facultades para realizarla; además, también intervienen factores económicos»,... etc.,

c) *unas cuantas contestan que no han sido admitidas:*
«No estudio Medicina porque no me han admitido; por eso elegí Enfermería, porque es la que tiene mayor relación con Medicina, por el contacto humano»,...
«mi idea era hacer Medicina, pero no lo he podido hacer pues por dos años consecutivos no he conseguido que me ad-

mitieran; decidí hacer Enfermería que es lo que más se puede acercar a la carrera de Medicina»,..., etc.

d) *la mayoria resaltan,* como factor negativo, *el trato distante que tiene el médico con el enfermo, pero en muchos casos suena a lamento compensatorio:*

«yo, comencé estudiando Medicina, pero me dí cuenta que no era lo que yo siempre habia pensado: una identificación enfermo y médico... aunque también es verdad que me costaba sacar los estudios y veía que me iba a eternizar, o bien que no iba a poder acabar»,...

«En Enfermería el contacto es más directo..., pero si algún día tengo medios quizá curse tambiém Medicina».

«Hace dos años pensé en hacer Medicina... me desanimé cuando ví todos los años que son y lo dificilísimo..., se pasó la idea y me dí cuenta que Enfermería me gusta más, la enfermera es la que cuida y es lo que quiero».

«No quiero hacer el papel del médico..., pero cuando me presenté a Enfermería me quedó la duda de por qué no escogía Medicina... tenía la selectividad suspendida... pero ahora sé que lo mío es Enfermería».

«No estudio medicina en primer lugar, porque mi coeficiente intelectual no es elevado, aunque proponiendomelo y teniendo interés podría hacerlo. La razón fundamental es que el médico se limita sola y exclusivamente a la enfermedad, la enfermera vive su desarrollo».

«Los médicos no dedican todas las horas de su trabajo a los enfermos..., me decidí por Enfermería porque simpre he visto con gran miedo a los médicos, y sin embargo admiraba a las enfermeras; quizá también existan otras razones, como por ejemplo que no me considero con capacidad intelectual para estudiar Medicina».

3.– Finalmente, la pregunta *¿estudiaría Enfermería si la carrera fuese de cinco años?*, da unos resultados que, a primera vista, podrían desconcertar un poco, comparándolos con los de las respuestas obtenidas en el punto anterior.

Un 90%, contestan afirmativamente. *Un 3%*, no contestan claramente, pero dicen que piensan especializarse al final, por tanto, la duración sería ya de cinco años. Esa misma mención a la especialidad, hacen la mayoría de las incluídas en el 90% aunque, además, explícitamente, dicen un sí a los cinco años.

Un 1%, elude la respuesta. *Otro 1%* no saben que responder. *Un 4%*, duda; dicen así: «si fuera de cinco años no sabría que elegir, si Medicina o Enfermería», «si fuera de cinco años lo habría pensado un poco más, aunque a la hora de la verdad yo creo que la habría elegido», «dependería de muchos factores: económicos, sociales, según como estuviera Medicina; no sé que haría, pero es probable que sí».

Y *otro 1%* dice *no*, aunque no de un modo rotundo: «creo que no, por un año más tarde estudiaría Medicina, porque el médico es el que sabe más sobre las enfermedades y es él quien debe curarlas y cómo se deben tratar...».

CONCLUSIONES

Las conclusiones de nuestro trabajo, al tratarse de una encuesta dirigida al alumnado femenino, pueden no ser extrapolables al 100% de lo que ocurra entre un alumnado mixto, pero, no obstante, las consideramos significativas de:

Primera:

El interés por ayudar, está patente el el 100% de las alumnas, ello hace que el nivel humano sea superior al del alumnado de otros centros en que, los motivos económicos, de prestigio social, etc., están en primer plano. Bien podría decírsele a Domenico Fazio –Director General de Enseñanza Universitaria del Ministerio Italiano de Educación–, cuando en el International University Congress UNIV 82 –dirigiéndose a representantes de 400 universidades– afirmaba que:

> «la formación individual (de los alumnos) no es válida si está desligada del *ansia de dar un paso adelante en humanidad*, en integral disponibilidad de cara a los demás».

bien podría decírsele que *esa* es la *motivación principal de los alumnos de Enfermería*. Tendría que admitir que, nuestra carrera, está a la vanguardia de lo que él propugnaba para las Universidades:

> «Es urgente –decía– volver a dar a la *universidad* su función de formar hombres y ciudadanos, además de científicos y profesionales. Hemos de luchar y de esforzarnos para que la comunidad científica viva su función en la dimensión humana (..) No nos basta una sociedad de científicos, de técnicos, de intelectuales. Necesitamos una comunidad de hombres: algo muy diverso y mucho más precioso».

Segunda:

El sentir general de la opinión pública sobre la «escasa» dificultad intelectual de los estudios de Enfermería, hace que se orienten hacia esta carrera personas que desconfían de tener capacidad intelectual para estudios superiores. Este dato concuerda con el hecho de que solo contadas alumnas acceden a la Escuela de Enfermería, con una media de bachiller superior al notable.

Tercera:

El hecho de que una gran mayoría aceptase el hacer la carrera en el caso de que tuviera una duración de cinco años, nos confirma en la idea de que es posible, en los años de carrera, mejorar el rendimiento intelectual de las estudiantes, ya que –una vez decididas por una opción concreta–, están dispuestas a superarse.

A MODO DE RESUMEN

Concluimos, que al tratar en profundidad el tema de la situación real de las Escuelas de Enfermería, necesariamente ha de hacerse mención al nivel intelectual y humano de los estudiantes que se incorporan a ellas.

Los derroteros y logros que nuestra profesión alcance en su futuro, quedarán en buena parte condicionados por este aspecto.

Nada más, muchas gracias.

3ª PONENCIA

EL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA ¿UNA REVISIÓN NECESARIA?

ÍNDICE

I. *Introducción*
II. *Definición del Plan de Estudios*
III. *Enfoque del Plan de Estudios*
IV. *Distribución de las asignaturas*
V. *Alternativas a la problemática actual*

Rosa Mª Blasco Santamaria
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Barcelona

I. EL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA: ¿UNA REVISIÓN NECESARIA?

Creo necesario, antes de entrar en el tema de esta ponencia centrar el mismo y explicar su contenido ya que seguramente por su título «EL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA: ¿UNA REVISIÓN NECESARIA?» habrá muchas personas que se hayan creado unas expectativas que yo no voy a cumplir, pues el principal objetivo es el de ver la necesidad que existe de una revisión seria y en profundidad del actual Plan de Estudios a partir de una evaluación de lo que ha supuesto la implantación del mismo a lo largo de estos cinco cursos académicos (desde el 77-78 hasta el 81-82) y la situación en la que en estos momentos se están desarrollando los diferentes planes, todo ello a partir de los pocos datos con que contamos y de las dificultades que existen para su recopilación.

Una vez situado el tema, me gustaría iniciar el mismo haciendo un pequeño recordatorio sobre los acontecimientos que han suscitado el cambio del Plan de Estudios, aunque para la gran mayoría de los presentes estos sean harto conocidos, pero que a mi entener es necesario considerarlos como punto de partida.

Para mi que llevo aproximadamente 8 años relacionándome con la docencia y con las Escuelas de Enfermería, me resultó verdaderamente sorprendente saber que ya en el año 1971 se realizaron unas Jornadas sobre los Estudios de Enfermería, organizados por el Colegio de Barcelona en las que se pidieron las Escuelas a nivel universitario, y una formación básica que además de la parte técnica incluyese una formación humanística. Se trazaban ya los requisitos que debían tener las actuales escuelas y el actual Plan de Estudios, todo lo cual fue planteado en un seminario que tuvo lugar en Madrid en el mes de Octubre del mismo año.

También en el segundo Congreso de Hospitales realizado en Barcelona en enero de 1973, un grupo de compañeras entre las que se encontraba C. Menendez, M. Llovet, R. Tey, D. Argell, hablaron ampliamente sobre el curriculum que debían tener las enfermeras y la inclusión del mismo en la Universidad presentando incluso una propuesta sobre formación post-básica en cuanto a especialidades y enfermería superior o Licenciatura.

Más adelante en noviembre del 76 aparece un artículo en el Boletín de ex-alumnos de la E.U.E. de Santa Madrona en el que nuestra compañera Dña. Roser Tey una de las pioneras de este cambio, expone los pasos que se han seguido para conseguir la aparición del Real Decreto 2128/77 sobre

integración en la Universidad de las Escuelas de A.T.S. como E.U.E. y del cual me gustaría resaltar algunos puntos.

Por un lado la inclusión de los estudios de enfermería en la Universidad fué un logro que se gestó con la participación de todos y consiguió que por una vez «la enfermería» tuviese un objetivo común, o sea su integración en la Universidad, lo cual queda constatado en la introducción del mencionado artículo el cual dice: en Marzo de 1976 se constituye una comisión interministerial para la reforma de los estudios de A.T.S. integrada por representantes de Universidades, Enseñanzas Medias, Dirección General de Sanidad, Instituto Nacional de Previsión, Sindicato de Actividades Sanitarias, las tres ramas del Consejo Nacional, dos asesores médicos, una delegada de la Comisión Nacional de Escuelas de Enfermería y un representante de un grupo de Escuelas Privadas. A esta Comisión más adelante y a raiz de las huelgas realizadas en todos los centros del país para la inclusión de las Escuelas de A.T.S. en la Universidad se incorporaron unos representantes elegidos de las asambleas de profesionales y de las asambleas de estudiantes.

Esta comisión determinó que su trabajo debía basarse en:

— Perfiles profesionales existentes y necesidades inmediatas.
— Número de profesionales y puestos de trabajo actuales.
— Estimación de necesidades para un futuro próximo.

Dicha comisión obtuvo dos logros importantes a mi modo de ver (con el respaldo de todos los profesionales) que son: la integración de la Enfermería en la Universidad y el que el Título que se obtuviese llevase el nombre de Diplomado en Enfermería.

A partir de la aparición del Real Decreto 2128/77 el Consejo Nacional de Enfermeras convoca una asamblea de enfermeras docentes que tras estudiar la situación decide formar una comisión de estudio con el objetivo de elaborar las directrices del Plan de Estudios del Diplomado en Enfermería. Esta Comisión definió las funciones que debía cumplir el diplomado en cuatro:

— *Asistencial*, «dispensar cuidados de enfermería al individuo sano y enfermo, a la familia y comunidad en el medio hospitalario y extrahospitalario orientando estos cuidados no solo hacia la atención de los enfermos sino también hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación».
— *Administradora* «participar en el equipo de salud como miembro del mismo en cuanto a organización, planificación, ejecución y evaluación de las funciones propias de enfermería».
— *Docente* «contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de enfermería y a la educación sanitaria del individuo familia y comunidad».
— *Investigadora* «investigar en todos los campos propios de la enfermería».

Una vez fijados estos objetivos se planteó que áreas de conocimientos deberían proporcionarse para su logro. Para esto se elaboró un documento que fué trasladado a una Comisión formada por el M.E.D. y en la que estaban representados Facultades de Medicina, las tres secciones del Consejo Nacional de A.T.S. entonces existentes, la Comisión de Estudios y las Comisiones Provisionales de A.T.S. así como altos cargos de la Dirección General de Universidades. Esta Comisión Ministerial aprobó con escasas modificaciones el documento de la Comisión de Estudios que salió publicado en forma de «Directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las E.U.E.» en Noviembre de 1977.

En estas directrices se establecía el número total de horas del Plan de Estudios, la proporción entre horas teóricas y prácticas, las asignaturas que se deben impartir en cada curso y los objetivos generales de las mismas, dejándose a criterio de cada Universidad la elaboración concreta del Plan ajustándolo a las peculiaridades de cada región.

Veamos ahora como se concreta esta O.M. del 31/10/77 en la que se dictaban las directrices para la elaboración del Plan de Estudios como se ha llevado a cabo su elaboración y con que problemas nos hemos encontrado.

A nuestro modo de ver y antes de entrar en problemas más específicos creo que existe un problema generalizado y que sería fundamental resolver antes de intentar afrontar los problemas específicos. Dicho problema consiste en que no tenemos claro «el concepto de enfermería», ni «el de que es profesional de la enfermería» por ello nos encontramos con que al hablar de enfermería cada cual estamos entendiendo una cosa distinta, producto del concepto que nos hemos formado de acuerdo a las experiencias adquiridas y a la formación recibida, de ahí que llegar a una definición y a unos objetivos comunes sobre la enfermería debería ser un paso previo a la resolución de los problemas concretos.

En cuanto a los problemas específicos que apuntaba plantearé los mismos en base a:

— Definición del Plan de Estudios y su publicación en el B.O.E.
— El número de horas de que consta el P.E.
— El enfoque del P.E.
— La distribución de las asignaturas.

Posteriormente presentaré las alternativas que la Asociación cree podrían aportar algunas ideas para la solución de los problemas apuntados.

II. DEFINICIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS Y SU PUBLICACIÓN EN EL B.O.E.

Iniciaré el planteamiento de estos problemas analizando la introducción de la mencionada O.M. la cual dice: el M.E.C. señalará unas directrices como marco general dentro del cual cada Universidad podrá proponer su

Plan de Estudios, bien entendido que mediante estas directrices se pretende que sin perjuicio de la Autonomía Universitaria y las peculiaridades de cada distrito los Planes de Estudio posean una cierta homogeneidad.

Más adelante plantean que los Planes de Estudio deben presentarse en el M.E.C. en el plazo de los 15 días posteriores a la aparición en el B.O.E. de la transformación de la Escuela y que deben enviarse por lo que marca la legislación para Escuelas Universitarias en general la cual dice que los planes de Estudios de las Escuelas adscritas deberán ajustarse al de la Escuela Oficial del Distrito Universitario al que pertenecen o en su defecto a la del más próximo.

Veamos ahora como se ha aplicado esta legislación.

En la actualidad y partiendo siempre de los datos con los que cuento existen entre ciento ocho y ciento diez Escuelas, apareciendo la transformación de la primera en el B.O.E. con fecha 27/1/78 O.M. 21/11/77 y la última en el B.O.E. 26/11/82 Real Decreto 3201/82 del 12 de Noviembre.

Por todo lo mencionado anteriormente y según la legislación marcada por el M.E.C. todas las Escuelas tendrían que haber publicado su Plan de Estudios, el cual además debería de ajustarse al de la Escuela Oficial del Distrito al que pertenecen y en su defecto a la del más próximo. Nos encontramos con que solo se han publicado 25 planes de estudio de los cuales solamente cuatro salen en forma de Distrito Universitario y de los demás algunos coinciden con el de la Escuela Oficial del Distrito al que pertenecen y otras no.

NUMERO DE HORAS DE QUE CONSTA EL PLAN DE ESTUDIOS

Pasemos ahora a analizar que inconveniente nos están planteando las 4.600 horas las cuales se han convertido en un problema permanente pues todos somos conscientes de las dificultades que existen para impartirlas en su totalidad ya que es difícil su cumplimiento entre los tres cursos de los que consta la carrera pues aunque la Ley General de Educación marca que el curso académico consta de 220 días lectivos, todos sabemos que en la realidad no se superan los 160 días, y esto sin contar los imprevistos que siempre surgen en cuanto a fiestas no previstas, puentes o huelgas.

Otro de los problemas es el peso específico en cuanto a horas que se da a cada asignatura dentro de cada Plan de Estudios, para lo cual y según aparecen en la publicación de los mismos, no se ha seguido ningún criterio, existiendo una gran diversidad en el modo de distribuir las horas por asignatura las cuales nos encontramos distribuidas por semanas, meses, trimestres, cuatrimestres, anuales, etc. En otras ocasiones no se especifican ni las horas teóricas ni las prácticas limitándose a hacer una distribución por asignatura con una nota final que dice «observación general el número de horas de clases teóricas se alternará con las clases prácticas hasta alcanzar el total de cuatro mil seiscientas horas que señala la O.M.»

No entraremos ahora en el análisis de las horas que señalan los diferen-

tes planes de Estudio para cada asignatura ya que sería una tarea larga y monótona, pero si me permitireis que señale alguna de las que más me han llamado la atención, como puede ser la asignatura de Bioquímica Biofísica que mientras unas Escuelas establecen sea trimestral en otras es anual y con una hora diaria de clase. Ante lo que se nos ocurre pensar cual puede ser el motivo de esta gran disparidad, ¿podría ser que ya existe un profesor responsable de esta asignatura y que está contratado por un determinado número de horas sean estas o no necesarias para la consecución de los objetivos propuestos en el Plan de Estudios? Sino como se explica que haya Escuelas que den 32 horas de Bioquímica y Biofísica, mientras otras imparten 138 y en un cuatrimestre. Ante esta panorámica sentí la curiosidad de hacer cálculos y si un cuatrimestre son 4 meses a cuatro semanas por mes con cinco dias lectivos cada una, y una hora diaria de clase lo que da un total de 80 horas ¿como se distribuyen entonces 128 en un cuatrimestre? en fín propongo a las personas de la sala que les guste hacer crucigramas recopilen los planes de estudios publicados en el B.O.E. y hagan cálculos, pasarán un rato entretenido.

En cuanto a la relación entre teoría y práctica especificada en la O.M. en un 50% sobre las horas totales, de todos es conocido que existe un problema permanente en la interrelación Hospital-Escuela, ya que la función docente, entendida como una mas de las funciones propias de enfermería, no está asumida por los profesionales de la misma. También existen escuelas en donde no se realizan ningún tipo de prácticas ya sean hospitalarias o extra-hospitalarias y que existen alumnos que han finalizado su carrera sin haber tenido ninguna experiencia práctica, todo esto sin mencionar los profesores de las Escuelas de Enfermería que cuentan con orgullo como sus estudiantes hacen disecciones de cadáveres con más pericia que los estudiantes de medicina, ante cuya situación no podemos evitar sentir una gran preocupación de pensar cual será el enfoque de estos futuros profesionales.

III. ENFOQUE DEL PLAN DE ESTUDIOS

Pasemos ahora a analizar que problemas se nos plantean en cuanto al enfoque que se está dando al actual Plan de Estudios a pesar de que la O.M. dice: «Las Universidades procurarán adoptar los planes que propongan al que a título indicativo se recogen en anexo de la presente Orden, vemos que si en muchos casos los nombres si se adaptan no así su contenido, por ejemplo en la asignatura de Enfermería Fundamental y bajo su epígrafe se incluyen materias como Patología General y Propedéutica Médico Sanitaria que la Enfermería Médico-Quirúrgica se ha convertido en algunos de estos planes en Patología Médica y Patología Quirúrgica y la Enfermería Materno-Infantil en Tocoginecología.

A nuestro modo de ver el principal motivo de que el enfoque no sea el adecuado y una de las principales causas por las que se ha llegado a esta

situación, al margen de la falta de rigor que como habreis podido observar tiene la administración a la hora de aplicar sus propias normas, es la de la posición que ocupan los profesionales de la Enfermería dentro de las Escuelas, ya que estoy convencida de que en las Escuelas dirigidas por enfermeras y en las cuales son ellas las responsables de las asignaturas, se consigue una mejor orientación profesional.

Y estoy segura que esto mismo sucede en el resto del país, pues Escuelas donde las enfermeras tienen un peso específico en la dirección, se escuchan y se tienen en cuenta sus opiniones y le dan el enfoque y la orientación adecuada a todas las asignaturas tanto en su parte teórica como práctica, no se dan estas situaciones. En cambio en las Escuelas donde no hay enfermeras o donde estas están en situación de maestros de taller o como monitoras de prácticas sin ninguna incidencia sobre el programa y con una función única y exclusiva de controlar las prácticas el enfoque se puede distorsionar.

Y aquí me parece que tendriamos que resaltar dos cuestiones fundamentales por un lado la libre interpretación que se ha hecho en las diferentes Universidades sobre a que categoría del profesorado podian acceder los profesionales de la enfermería que en algunos casos se ha interpretado en el sentido más amplio permitiéndoles acceder a la máxima categoría como son las Agregadurias e incluso la Dirección de las Escuelas como es el caso de esta Universidad en la que nos encontramos y en otros casos en los que solo se les permitirá el acceso a las plazas de Maestro de Taller. No obstante parece ser que este tema ha quedado resuelto con el Decreto del 14 de Mayo sobre medidas urgentes para la Universidad dentro del cual se permite el acceso a las Agregadurías de las Escuelas Universitarias a los titulados por las propias Escuelas a excepción de las asignaturas de Anatomo-Fisiología y Bioquímica-Biofísica.

Ahora solo faltan enfermeras dispuestas a asumir la responsabilidad que esto significa y a no dejar que otros profesionales ocupen las plazas que nos pertenecen por derecho propio, sin que por ello no sean necesarios dichos profesionales siempre y cuando sean las enfermeras las que marquen el enfoque de las diferentes áreas.

En cuanto al reglamento que establece el INSALUD para sus Escuelas también creo que favorece la situación de las enfermeras ya que garantiza la permanencia de las mismas en la Dirección y en el profesorado, pues en el Artículo 15 del Reglamento Provisional del INSALUD para sus Escuelas dice: «El Director Técnico de Enfermería... deberá ser un profesional de la enfermería» y en el Artículo 40 dice: «se nombrará un profesor coordinador por cada área del curriculum, que será necesariamente un profesional de enfermería».

Con todo ello, queda demostrado que aunque con dificultades la actual Legislación permite a los profesionales de enfermería estar en las Escuelas.

Y en este momento me gustaría hacer una llamada a la responsabilidad de todos los profesionales y especialmente de los que trabajamos en Escuelas, de a pesar de las lagunas que tenemos en cuanto a formación en

áreas concretas, en unos casos por falta de profundidad en las mismas y en otras por lo nuevo de estas (no olvidemos que somos los primeros profesionales de la salud que tienen en su curriculum básico áreas como la Salud Púbica o la Geriatría) en gestión y administración de Escuelas en legislación Educativa, todo lo cual nos produce miedo e inseguridad, no podemos eludir la responsabilidad, como decia, que tenemos que ocupar los puestos de las Escuelas, de ir tomando cada una de las plazas que van saliendo y de conseguir que todas y cada una de las Escuelas que existen en el país estén orientadas por enfermeras, ya que una de las cosas que caracteriza a una profesión como tal es que sean sus propios profesionales quienes la imparten y enseñan y si así lo hacen todas las profesiones ¿Por qué no vamos a ser capaces de hacerlo nosotros?

IV. DISTRIBUCIÓN DE LAS ASIGNATURAS

Siguiendo el orden que planteábamos al principio de la ponencia pasaremos ahora a ver que problemas se nos plantean en cuanto a la distribución que se ha hecho de las diferentes asignaturas dentro del curriculum sin que pretendamos con ello sentar ninguna norma sino solamente aportar nuestra experiencia y ver si sirve como punto de partida para encontrar soluciones.

Al iniciar la implantación del actual Plan de Estudios algunas Escuelas vimos que la asignatura de Materno Infantil en la O.M. señala debe impartirse en segundo curso, presentaba a nuestro modo de ver algunos problemas ya que los alumnos de este curso aún no han recibido los suficientes conocimientos de enfermería Médico-Quirúrgica ni realizado ningún tipo de prácticas hospitalarias todo ello imprescindible a nuestro entender para una mayor comprensión y aprovechamiento de la Enfermería Materno-Infantil por lo cual propusimos se pasase esta asignatura a 3er Curso y así lo estamos haciendo algunas escuelas. Siendo esta hasta el momento una experiencia positiva.

Algo similar nos encontramos en el área de Enfermería Fundamental ya que dentro de la misma se imparte legislación, administración y pedagogía, todo lo cual pensamos que aunque se puede introducir ya en primer curso contiene una serie de aspectos que por su complejidad no son comprensibles ni asimilables para estos alumnos pero si para los de 3er Curso los cuales cuentan ya con una experiencia y un conocimiento del mundo sanitario que les permite una más amplia comprensión de estas materias.

Otras de las materias que se imparten dentro de Enfermería Fundamental y que a nuestro modo de ver podría impartirse en segundo curso dada su complejidad y enfoque es la Microbiología, la cual podría pasar a formar parte de la Enfermería Médico-Quirúrgica o de la Salud Pública, siendo esto una cuestión por determinar.

En cuanto a la asignatura de Farmacología después de la experiencia de estos cinco cursos y de diversas reuniones sobre el tema pensamos que

son innecesarias dos asignaturas, una en segundo y otra en tercero, ya que con una asignatura en segundo que se denominase Farmacología Clínica sería suficiente para que el alumno adquiriese los conceptos necesarios para el ejercicio de su profesión. Por otro lado la nutrición y dietética podría pasar a ser una asignatura con identidad propia dada la importancia y necesidad de la misma para la formación del futuro profesional puesto que es este un campo que cada día adquiere mayor importancia y en el que los futuros enfermos pueden encontrar salidas profesionales y al cual tienen mucho que aportar. En cuanto a la Terapéutica Física pensamos que los conceptos necesarios referentes a la misma se pueden incluir para una mayor integración dentro del área de Enfermería Médico-Quirúrgica.

Respecto a la asignatura de Ciencias de la Conducta III consideramos que existiendo en el mismo curso otra asignatura que se llama Enfermería Psiquiátrica y que según el Plan de Estudios solamente se compone de la parte práctica, se podría unificar los contenidos de ambas quedando como una sola asignatura que se denominase Enfermería Psiquiátrica. No obstante el concepto de Enfermería Psiquiátrica no solo debe ser el de la enfermera que presta cuidados al paciente psiquiátrico sino el del profesional que presta cuidados y da atención psicológica a los diversos pacientes, familia y comunidad como un aspecto más de la atención integral que da la enfermería. Por ello, la Enfermería Psiquiátrica a nuestro entender deberá incidir en la orientación e impartición de las Ciencias de la Conducta I y II.

Los profesores de las Escuelas que se dedican a este campo se están cuestionando el cambio de denominación de dichas asignaturas, en base a una mayor incidencia de la Enfermería en cuanto a los aspectos psicológicos a lo largo de todo el curriculum.

No obstante me gustaria aclarar que todo lo expuesto está en fase de estudio y discusión en las diferentes Escuelas y que no en las que se está llevando a la práctica es a nivel experimental.

V. ALTERNATIVAS A LA PROBLEMATICA ACTUAL

Pasaremos ahora a plantear algunas ideas a partir de las cuales podríamos empezar todos a buscar soluciones a los problemas planteados. Intentaré seguir el mismo orden que he utilizado para el planteamiento de los problemas por lo cual, empezaré hablando de la definición del Plan de Estudios y su publicación en el B.O.E.

Creemos que la única forma de solucionar este problema es por un lado que la Administración haga cumplir la Legislación por ella establecida, por otro lado pensamos que se deberían crear Comisiones de Escuelas por Distrito Universitario que estudiasen y discutieran las modificaciones oportunas al actual Plan de Estudios. Las cuales deberían remitirse a una Comisión a Nivel Nacional de Escuelas Universitarias creada por el M.E.D. con la misión de revisar y estudiar las propuestas de los diferentes

distritos y plantear una modificación al actual Plan de Estudios con unos objetivos y áreas comunes para todos, todo lo cual debería ser asumido y publicado por el M.E.D. ya que sino y de seguir con la actual situación de confusión y diversidad de criterios en poco tiempo tendremos tantos Planes de Estudios como Escuelas Universitarias, y por ello una gran diversidad de profesionales.

Para llevar a cabo esta propuesta se debian de elaborar unas guías, cuestionarios y encuestas con la colaboración de todas las Escuelas para que la revisión del Plan de Estudios se hiciese bajo el mismo criterio y además la recogida y evaluación de los datos fuese más fácil.

Quisiera ahora presentaros lo que podría ser un esbozo de esta revisión. Por un lado se debería de hacer una recopilación de los Planes de Estudio que se están impartiendo en la actualidad en cada Escuela y que contemplasen:

— Asignaturas y contenidos reales que se imparten.
— Número de horas teóricas y prácticas por asignatura.
— Que profesional es el responsable y quien imparte cada asignatura.
— Con que filosofía se está aplicando el Plan de Estudios.

También se deberian elaborar unas encuestas que recogiesen la opinión:

— Los Profesores responsables de cada una de las asignaturas.
— Los profesionales de los centros donde los alumnos han realizado sus prácticas.
— Los alumnos una vez finalizada la carrera.
— Los Directores de Enfermería de los Centros donde trabajan los nuevos profesionales.
— Los miembros del equipo sanitario que compongan el equipo con el que están trabajando los nuevos profesionales.

Una vez recogidos todos estos datos y evaluados nos permitirian ver si el profesional que estamos formando responde a las necesidades que de los mismos tiene la sociedad y el sistema sanitario y si se ajusta a los objetivos que nos marcamos al elaborar el actual Plan de Estudios. Todo ello nos permitirá ver si las áreas de conocimiento que estamos impartiendo y el enfoque que estamos dando son los adecuados y si no, nos permitirá ver cuales son las modificaciones que deberiamos hacer.

No obstante a nuestro entender esta revisión cuenta en la actualidad con dos inconvenientes importantes, por un lado el que el 90% de las enfermeras que salen de las Escuelas se encuentran en paro, con lo cual es difícil evaluarlos como profesionales. Por otro lado como ya he dicho a lo largo de esta ponencia, la falta de datos con la que cuenta nuestra profesión y la dificultad que existe para su recopilación, ya que la experiencia con la que contamos a través de las encuestas que hemos enviado desde la Asociación, tanto sea a Escuelas, Hospitales o socios, el nivel de respuesta es de un 10%.

En cuanto al como solucionar las 4.600 horas de las que consta el actual Plan de Estudios, a nuestro modo de ver se podrían proponer varias soluciones:

— En primer lugar y aunque esto suponga salirnos del marco educativo general, una solución sería solicitar al M.E.C. un cuarto año lo cual nos permitiría cumplir de una manera lógica y tranquila los objetivos propuestos.
— Una segunda alternativa sería cumplir el número de días lectivos que marca la actual Legislación, o sea 220, para lo cual el curso académico debería empezar el 1 de Septiembre y acabar el 15 de Julio.
— Otra alternativa sería contabilizar las horas de estudio que el alumno necesita para asimilar y aprender la parte teórica, así como las dedicadas a los trabajos que se le solicitan.
— Por último se le podría solicitar al M.E.C. la reducción de mil horas del Curriculum Básico, ya que si uno de los motivos que influyó en este número de horas fue que así lo marcaba las directrices de enfermería de la Comunidad Económica Europea, también es cierto que ellos parten de un Curriculum previo de 10 años de duración mientras que el nuestro es de 12.

En fín, esto son una serie de alternativas a discutir y a las que indiscutiblemente se pueden aportar muchas más.

En cuanto al enfoque que se le debe de dar al actual Plan de Estudios, en mi opinión, y a lo largo de esta Ponencia ya se han planteado las diversas soluciones que se podrían aportar, que en resumen serian:

— Una definición de que es enfermería elaborada y asumida por todo el colectivo profesional.
— La Dirección de las Escuelas y la responsabilidad de las diferentes áreas del Curriculum en manos de los profesionales de Enfermería. Para lo cual y además de que los actuales profesionales que trabajamos en las Escuelas estemos dispuestos y debamos asumir esta responsabilidad se debe seguir planteando el establecimiento del segundo ciclo o sea la Licenciatura de Enfermería.
— Y como ya he dicho anteriormente la creación de una Comisión de Escuelas Universitarias a Nivel Nacional que nos permitirá el intercambio de experiencias y la unificación de criterios.

Dentro de las soluciones planteadas en el punto anterior y en las que he propuesto al exponer la problemática de la distribución de las asignaturas del Curriculum Básico, estarían las soluciones a este problema.

Creo que a lo largo de esta ponencia ha quedado reflejada la preocupación de la A.E.E.D. siente por la falta de unidad de los criterios existentes al igual que por el resto de los problemas expuestos, por ello y con el animo de colaborar en dar alternativas para la solución de los mismos se propuso en el curso 1981-82 crear una Comisión con el objetivo de realizar unos programas tipo de las áreas de Enfermería, que sirviesen de ayuda y orientación a los profesionales que se dedican a la docencia.

Para ello se solicitó a todas las E.U.E. le remitiesen los programas correspondientes a dichas áreas y aunque la respuesta no fue masiva si fue suficiente para que junto con este material y la colaboración de dos profesores de enfermería expertos en cada una de las materias de las diferentes áreas se elaborase un documento cuya redacción estará finalizada a principios de año.

Este documento contempla los objetivos generales, los objetivos intermedios y el enfoque que a su criterio debe de tener cada uno de estos programas.

Otro de los objetivos que nos hemos propuesto al elaborar este documento es que no haya superposición entre las distintas áreas.

Con este trabajo no hemos pretendido en ningún momento el imponer a nadie nuestros criterios, sino simplemente el de aportar nuestra experiencia y aun el trabajo sea de utilidad para los profesionales que están impartiendo estas áreas y los cuales en muchas ocasiones se encuentran con serias complicaciones a la hora de discutir o intercambiar sus experiencias. Así mismo nos gustaria que este documento sirviese como punto de partida para la unificación de criterios y posterior establecimiento de objetivos comunes, por ello estamos abiertos a cualquier tipo de sugerencias y criticas constructivas al igual que a las modificaciones que se consideren necesarias y oportunas.

Por otro lado entendemos que es necesario e importante el que se realicen trabajos de este tipo para conseguir cuanto antes el tener un Plan de Estudios con criterios unificados y establecido y consolidado en todas las Escuelas, ya que es a partir del Plan de Estudios del Curriculum Básico, de donde han de salir los Planes de Estudio de las futuras especialidades de Enfermería al igual que el Plan de Estudios de la Licenciatura de Enfermería, la cual desde aquí me gustaría volver a solicitar con la esperanza de que el cambio recien estrenado en España se cristalice para la Enfermería con la obtención de la Licenciatura, sin la cual dificilmente podrá alcanzar su mayoría de edad.

COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN

Arantxa-Emilio Yus
Escuela Universitaria de Enfermería
Residencia Sanitaria «Ortiz de Zarate»
VITORIA

EVALUACIÓN

La evaluación justa del trabajo, de la actitud y de la adquisición de conocimientos por parte del alumno ha sido desde siempre una de las inquietudes fundamentales de todos cuantos nos dedicamos a la docencia.

Dejando a un lado la evaluación de los conocimientos teóricos del alumnado –que, a falta de técnicas mejores, continúa efectuándose a través de los sistemas tradicionales de exámenes– esta comunicación se centrará exclusivamente en la evaluación de las prácticas del alumno de Enfermería.

Prácticas que, a lo largo de nuestra experiencia docente han sido evaluadas y valoradas de muy diversas formas: desde la visión subjetiva del profesorado de Enfermería, a la opinión de los profesionales, pasando por la autoevaluación, la presentación de trabajos escritos u otros tipos de combinaciones, sin que ninguno de ellos garantice, a nuestro juicio, la necesaria objetividad y justicia que deben presidir las relaciones docentes.

Por ello, después de un largo periodo de pruebas y discusiones, hemos llegado a una unificación de criterios, para poder valorar, de forma objetiva y global, el trabajo práctico de nuestros alumnos –futuros profesionales de la Enfermería–, estableciendo unas pautas comunes de evaluación.

Así, esta comunicación no tiene otro objeto que resumir el trabajo elaborado por el Equipo de Enfermeras Docentes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Residencia Sanitaria «ORTIZ DE ZARATE», de Vitoria.

En este sentido, es necesario resaltar el cuadernillo que hemos confeccionado para la valoración de las prácticas, en el que, además de incluir los criterios de los profesionales, los conocimientos adquiridos y los trabajos realizados por los alumnos, se enumeran una serie de aptitudes fundamentales en el futuro profesional, como son: la relación con el enfermo, la docencia, las actitudes (Prudencia, Iniciativa, Tenacidad, Paciencia, Responsabilidad, etc.), y, finalmente, el trabajo en equipo.

Estas aptitudes aparecerán en nuestro esquema de trabajo divididas en cuatro apartados que, a su vez, se desglosarán en cinco conceptos.

En el conjunto de las aptitudes mencionadas se valora en primer término la relación del alumno con el enfermo o sano, con el objetivo de conseguir un trato integral y personificado.

En segundo lugar, el trabajo en equipo, para lograr una labor coordinada y eficaz.

En tercer lugar, las actitudes antes reseñadas, para llegar a establecer relaciones humanas positivas; y, finalmente, la docencia, entendida no sólo como la capacidad de enseñar, sino también, como la capacidad para aprender.

Una vez enumerados los conceptos evaluatorios contemplados en este trabajo, pasamos a analizar detalladamente cada uno de ellos.

Así, dentro del apartado *«Relación con el enfermo o sano»* valoramos los siguientes conceptos: La observación del alumno, medible a través de sus propios comentarios emitidos de forma oral o escrita, o bien, a través de actividades de memoria visual, etc.

También valoramos su empatía, es decir, su capacidad para comprender los sentimientos y las ideas de los demás y prever su comportamiento.

Otro aspecto a tener en cuenta es el interés que muestre el alumno por el enfermo o sano y su evolución. Para ello, se valora el seguimiento que realiza el estudiante de los cambios y actitudes de las personas a las que cuida.

La asepsia del alumno y su habilidad manual son los últimos conceptos contemplados en el primer apartado. Ambos serán evaluados por el profesor de la misma forma: permaneciendo junto al estudiante mientras practica.

En lo que respecta al segundo apartado, que hemos denominado genericamente *«De Docencia»*, y que ya hemos definido con anterioridad, evaluamos las siguientes aptitudes:

En primer lugar, la propia asimilación por parte del alumno de los conocimientos teóricos y prácticos que le son impartidos y que adquiere por sí mismo, comprobando el profesor sus nuevos conocimientos y las relaciones que establece con la teoría.

También es necesario comprobar la capacidad del alumno para enseñar, observando su forma de expresión, su razonamiento y el nivel de comprensión del receptor.

Por otra parte, al observar si el alumno pregunta, el profesor podrá tener la medida exacta de su interés y de la sutileza de su observación.

Es importante también valorar la objetividad del alumno, comprobando si obra o juzga con imparcialidad, sin dejarse llevar por sus sentimientos.

Finalmente, en el concepto de «Docencia», creemos necesario valorar la consulta bibliográfica personal del alumno, evaluando los datos, el caudal de información que posee.

En otro orden de cosas, pensamos que el alumno debe estar integrado en su rol de estudiante, aspecto que constituye el tercer apartado de nuestro trabajo, al que hemos denominado *«De las Actitudes»*.

Entre éstas, el profesor deberá evaluar la capacidad del alumno de *estar pendiente de lo que hay que hacer*, observando su rendimiento y la relación que establece con el tiempo.

Así mismo, será necesario comprobar la prudencia del estudiante, valorando sus manifestaciones a la hora de actuar.

Otro aspecto evaluable será la capacidad de iniciativa personal del

alumno, a través de la valoración de sus actitudes para promover o comenzar una cosa.

La tenacidad y la paciencia del alumno se medirán a través de la constancia y el control de sus emociones que manifieste.

Finalmente, en el capítulo de las «*Actitudes*» valoraremos la responsabilidad del alumno, calificando la respuesta de sus actos.

El cuarto apartado de este trabajo hace referencia al *Trabajo de Equipo*, porque pensamos que la relación del alumno y futuro profesional de la Enfermería con su equipo de trabajo influye decisivamente tanto en sus actuales tareas estudiantiles, como en su futura labor profesional.

En este sentido, nos parece necesario evaluar en primer término la *Puntualidad* del estudiante, comprobando el cuidado y la diligencia que desarrolla en hacer las cosas a su debido tiempo.

También es necesario comprobar si el alumno acepta las opiniones de los demás, a través de la observación de sus reacciones al cuestionar diversos puntos de vista.

La capacidad de organización del alumno en prácticas; es otro de los aspectos a tener en cuenta por el profesor, que deberá valorar el rendimiento de su trabajo.

Así mismo, creemos imprescindible valorar dentro de este apartado la capacidad de orden del alumno, comprobando si lleva un método y es riguroso en sus acciones.

Por último, se valorará la capacidad y el hábito del alumno para comunicar a sus compañeros lo que hace, antes y después de su acción, que es condición imprescindible para el buen funcionamiento del equipo de trabajadores.

El modelo que acabamos de proponer para evaluar de manera sistematizada las prácticas de los alumnos de Enfermería está siendo empleado experimentalmente en todos los cursos de nuestra Escuela.

Sin embargo, la implantación del mismo requiere como paso previo que el Profesor delimite desde el principio los objetivos a conseguir por el alumno en cada uno de los periodos de prácticas.

Así, al comienzo del área de prácticas, el Profesor de Enfermería —que combina las clases teóricas con las enseñanzas prácticas del área que corresponda— entrega por escrito a los estudiantes una serie de objetivos específicos, que deberán ser cumplimentados por el alumno al finalizar el trimestre. De esta forma, podemos conseguir que el alumno conozca de antemano el alcance de los conocimientos que puede adquirir en el lugar asignado.

En definitiva, el Profesor les indica a los alumnos los trabajos que realizarán durante su aprendizaje, así como los datos que deben registrar de todo aquello que observan o realizan con los enfermos o sanos.

Por otra parte, y dependiendo del curso que estudien, el Profesor exigirá a sus alumnos que profundicen en algunas o todas las etapas del P.A.E. de un determinado número de personas, complementando su aprendizaje con trabajos específicos o recogida de datos para investigaciones.

A través de todas estas actividades, se consigue que el alumno se acostumbre a consultar bibliografía, a redactar lo observado, a planificar y evaluar los cuidados que deben prestar.

El proceso se completa al finalizar el trimestre, cuando se reúnen alumnos y profesor, para valorar los objetivos conseguidos, determinar si se han producido cambios de aptitudes y proceder al análisis de los trabajos realizados por escrito.

Además, de forma complementaria, los alumnos realizan exposiciones periódicas en grupo a todos los Cursos de la Escuela, sobre la labor que han desarrollado en el área de prácticas correspondiente, planteando y analizando los problemas que han encontrado.

Finalmente, y para poder evaluar al alumno de la forma más justa y objetiva, añadimos el criterio de los profesionales respecto a las aptitudes del alumnado descritas anteriormente.

Todos estos datos se registran en el cuadernillo que se les ha entregado al inicio de esta charla y pueden servir para medir cualitativa y cuantitativamente el grado de cambio que se ha producido en el estudiante durante el correspondiente periodo de prácticas, objetivo fundamental del modelo de evaluación sistematizada que proponemos.

Modelo que, paralelamente, nos está ayudando a establecer relaciones más dinámicas, no sólo en el seno de la Escuela, sino entre todos los sujetos que formamos parte del binomio Residencia - Escuela de Enfermería. Sin olvidar tampoco los Centros Extrahospitalarios de asistencia primaria, atendidos por alumnos y profesores de la Escuela, que además de su innegable importancia social, sirven para proporcionar un importante bagaje de experiencias tanto al alumno que realiza allí sus prácticas, como a la comunidad atendida.

Es decir, las pautas comunes que proponemos para la valoración justa y objetiva del aprendizaje del alumno, ofrecen además la ventaja adicional de servir de vehículo ideal para la comunicación entre el Equipo Sanitario, el cliente, el alumno y el profesorado de la Escuela, fomentando el necesario proceso de «Feed-Back» informativo entre los miembros de ese binomio inseparable que deberían constituir el Centro Sanitario y el Centro de Formación de futuros profesionales de la Enfermería.

COMUNICACION

ESTUDIO CRITICO DEL ACTUAL PLAN DE ESTUDIOS Y SUGERENCIAS PARA SU MODIFICACION

Concepción Brun Sandiumenge
Purificación de Castro Lorenzo
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Navarra - Pamplona

INTRODUCCION

Transcurridos cinco años desde la promulgación del Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería, es muy necesaria una revisión crítica que permita resaltar los aspectos positivos y conocer los que precisan rectificación, a fin de mejorarlos.

Por nuestra parte, y dado el escaso tiempo asignado a las Comunicaciones, nos centraremos, principalmente, en cuatro aspectos:

I. Número total de horas
II. Configuración de las asignaturas
III. Integración teoría-práctica
IV. Su papel como factor de cambio

Antes de entrar en el desarrollo de estos puntos nos gustaría ahondar —de modo esquemático— en los objetivos de las Escuelas de Enfermería.

Bajo nuestro punto de vista, estos son: (Fig. 1)

1. EDUCACION DE LOS FUTUROS PROFESIONALES
2. PROMOCION DEL PROFESORADO
3. DESARROLLO DE LA PROFESION

El instrumento válido para conseguir estos objetivos es el propio PLAN DE ESTUDIOS, a través de él conseguimos:

a) en nuestros alumnos: estímulo y formación
b) en los profesores: su ocupación y desarrollo.

Primer objetivo: Educación de los futuros profesionales (Fig. 2)

En el tiempo previsto para desarrollar la carrera, tenemos que lograr el máximo nivel en *conocimientos, destrezas* y *actitudes*.

Para ello, tendremos que conseguir del *Plan de Estudios* la necesaria:

— Adecuación de horas: teoría/práctica/estudio, y la
— Clarificación del campo propio de la Enfermería,

además, como ya dijimos en el III Curso para Directivos y Docentes (1), el también necesario:

— Interés por la profesión
  - reafirmado en el aspecto vocacional
  - familiarizando con la profesión
  - situando en la realidad
  - ilusionando con el futuro

interés que se inicia en sus motivaciones personales (2) y que se encauza y perfecciona a través de la asignatura de Enfermería Fundamental, única correspondiente al área de Enfermería en el primer curso de la carrera.

Segundo objetivo: Promoción del profesorado (Fig. 3)

Este objetivo puede conseguirse a través:

— de la clarificación de las materias del curriculum,
— del desarrollo de las áreas de enfermería,
— de la creación del cuerpo de profesores de Escuelas de Enfermería,
— de la compatibilidad docente-asistencial,
— de la promoción personal, pedagógica y específica,
— y de la autoformación y preparación de futuros profesores.

Tercer objetivo: Desarrollo de la profesión (Fig. 4)

No basta con educar a los futuros profesionales y promocionar al profesorado, el Plan de Estudios tiene que aspirar a la consecución de un tercer objetivo —el desarrollo de la profesión—, que haga realidad el principio filosófico de que el conocimiento cada vez, sabida una cosa, busca una siguiente que le complete la anterior y que le aporte más luz. El Plan de Estudios no puede ser estático sino dinámico; dentro de ese dinamismo se entienden muy bien principios tales como: la autonomia universitaria y el pluralismo, que se fundamentan en algo intrínseco a la propia naturaleza del hombre: la libertad y el amor a la verdad. El Plan de Estudios debería ser capaz de potenciar el desarrollo de la profesión mediante:

— la fundamentación rigurosa,
— la recopilación histórica,
— el cultivo del campo específico,
— la investigación y la docencia, que facilitan la intercomunicación profesional,
— la aplicación al ámbito asistencial,
— y la profundización y desarrollo de la deontología profesional, partiendo de los principios fundantes de la ética.

Expuestos, brevemente, los tres objetivos principales de las Escuelas de Enfermería, podemos abordar directamente los cuatro aspectos que enunciábamos al principio (Fig. 5)

I.- *Número total de horas.*

El art.º 3.º de la Orden de 31/X/77 dispone que «el número total de horas de enseñanzas se fija en un mínimo de 4.600, debiendo dedicarse a la formación práctica, al menos el 50% del total». Las razones por las que la Comisión Nacional de Estudios del Consejo General de ATS solicitó al Ministerio las 4.600 horas, son de todos conocidas: se trataba de equiparar nuestro plan de estudios al número de horas suscritas por los países miembros del Consejo de Europa en el Acuerdo Europeo sobre la instrucción y formación de las enfermeras, ratificado por las Directrices de Enfermería de la Comunidad Económica Europea de 27.7.77 (3).

Si fácil resultó que el Ministerio aceptase las 4.600 horas, no tan fácil ha sido llevarlas a la práctica; todas las Escuelas tenemos experiencia de la intensidad horaria a la que sometemos a nuestros alumnos, a la misma asignatura y al propio profesor. Hay que hacer mucho en muy poco tiempo: 4.600 horas dan mucho de sí, pero tres años son insuficientes.

Cabría preguntarnos: ¿es preciso aumentar en un curso la carrera?, ¿es conveniente mantenerla en tres años y disminuir las horas?. *Lo primero*, en nuestra opinión, sería un recurso fácil pero peligroso: aumentar en un año los estudios sería colocar el techo definitivo a la carrera de enfermería, que podría quedar anclada indefinidamente en el *único ciclo de Escuelas Universitarias* gozando, eso sí, del privilegio de haber abierto el paso del «salvo excepciones». A cambio de un año más, firmaríamos nuestro asentamiento vitalicio. El futuro de la enfermería quedaría reducido a un marco académico insuficiente. Quizá un profesor de E.G.B. podría decirnos que, precisamente, un año más es lo que proponen ellos al Ministerio (4), pero su caso no es paralelo al nuestro (5). *La segunda* posibilidad —mantener en tres años la carrera disminuyendo las horas— precisa una atención más pormenorizada porque, en principio, las mismas razones que originaron en el año 1977 la equiparación con la normativa del Consejo de Europa, siguen en pié ahora. Por otro lado, el contenido teórico-práctico necesario para dar una buena formación en Enfermería, como hemos dicho, da de sí para 4.600 horas y más; es evidente que lo que no da de sí son los tres años.

Una atención más pormenorizada nos muestra —en la fig. 6— algunas distribuciones horarias. Cualquier carrera universitaria no suele sobrepasar las 6 horas día, 5 días semana (o a la inversa), pues 30 horas semanales es ya un buen número de clases, multiplicadas por las 28 semanas netas que, a lo sumo, conseguimos a lo largo de un curso lectivo, nos dá 840 horas curso. Evidentemente, con 30 horas semanales puede pedirse al alumno un rendimiento favorable de sus horas de estudio. A razón de 840 horas curso, se precisan más de 5 años para cubrir las 4.600 horas que exigimos en el plan de estudios de enfermería.

Evidentemente, las características de nuestra carrera permiten «forzar» la intensidad horaria utilizando el período anual no lectivo para cubrir una buena parte de las horas de prácticas, así, un máximo de 40 semanas en 1º

y en 2º cursos, y una dedicación de 7 ú 8 horas, permiten computar u total de 4.120 horas. Sin embargo, aún estas horas son difíciles de cons guir, pues la «dureza en el terreno práctico» exigida en el plan de ATS, n es defendible en el plan de Diplomado, al que se le supone la coherenc interna de facilitar las horas de estudio mínimamente precisas.

El siguiente cuadro —fig. 7—, compara dos de las posibilidades ant riores con una tercera: la que corresponde al plan de estudios de las nu vas Escuelas Universitarias de Fisioterapia, cuyo período lectivo cubría, e su anteproyecto, 3.600 horas.

Visto todo esto cabría preguntarnos qué opinan los profesores de cac una de las asignaturas, ¿por dónde cortarían para reducir el programa? queremos mantener un mínimo de calidad que supere —en rigor intele tual— el plan de ATS, el corte de asignaturas es imposible darlo, pero exigencia horaria debería prever el tiempo mínimo necesario para el est dio, porque si no, es imposible esperar que los alumnos rindan; eso es que cualquier profesor diría. ¿Qué hacer pues?, en principio partir de realidad de que no se cubren las 4.600 horas; saber, además, que no oportuno aumentar en un año los estudios, y saber —y trabajar en pro ello— que precisamos una estructura académica más apta (salto a Escue Superior de Enfermería, con todos sus Ciclos: Diplomado, Licenciado Doctor) que permita planificar más racionalmente nuestros estudios.

II. *Configuración de las asignaturas.*

El cuadro siguiente —fig. 8— muestra, esquemáticamente, cuatro apa tados distintos de asignaturas: *Básicas, Medicas, de Enfermería y Multidi ciplinares*. En cada una de ellas englobamos las materias correspondiente

Básicas: Bioquímica/Biofísica/Anatomía/Fisiología/Farmacología.

Médicas: Fisiopatología-Semiología/Patología General/Patología Gen ral Quirúrgica/Obstetricia y Ginecología/Pediatria.

Enfermería: Médico - Quirúrgica/Maternal/Pediátrica/Geriátrica/Psiqui trica/Fundamentos/Historia/Deontología.

Multidisciplinares: Ciencias de la Conducta/Salud Pública/etc.

Al dar esta relación de asignaturas, no pretendemos cerrar el tema podemos —por escasez de tiempo— entrar a fondo en aspectos que tod hemos experimentado y que ahora solo enunciamos: necesidad de clarific las materias, necesidad de ajustar la nomenclatura de las asignaturas contenido real de las mismas, etc.; porque, entre otras cosas, es un suef vano considerar que a las oposiciones de Enfermería solo tengan acce los profesionales de la misma (6). La Asociación Española de Enfermer Docente, organizadora de estas Sesiones de Trabajo, aludía recientemen a esta dificultad, en el escrito dirigido al Ministerio a raiz de la regulaci de acceso al cuerpo de profesorado de Escuelas Universitarias.

Clarificando las materias es posible profundizar en ellas. Es posib también, delimitar al máximo un programa, ciñéndose cada uno al camp

que le es propio: el médico a la patología; la enfermera/o, a los cuidados desde la dimensión global de las necesidades de cada persona.

III. *Integración teoría-práctica.*

La misma acuciante necesidad de mantener vinculada la docencia y la asistencia —polos que aparecen «casi contrapuestos» en el ejercicio de nuestra profesión—, se presenta en la integración teoría-práctica del aprendizaje de los alumnos. En uno y otro caso, puede partirse de situaciones no solo ideales sino radicales: pensar que solo es buena enseñanza la que consigue realizar las prácticas simultánea o seguidamente después de haber impartido el programa teórico (en el caso del alumnado), o pensar que un buen profesor debe compartir necesariamente docencia y asistencia. Sin embargo, la realidad no siempre coincide con la idea preconcebida, aunque ésta, para ser válida, tiene que elaborarse partiendo de aquella de este modo, la idea teóricamente mejor elaborada servirá para aunar —dentro de una escala de más y menos— la teoría y la práctica, salvando las dificultades que, ineludiblemente, encontraremos siempre. Un buen modo de ir salvando dificultades sería estructurar el Segundo Ciclo de nuestra carrera, tomando como punto de partida *esa* integración: teória/práctica, docencia/asistencia, (7); entonces, la mentalidad integradora del profesor incidiría constantemente en el Plan de Estudios y en el alumnado, conjugándose ambas facetas de un modo connatural.

IV. *Factor de cambio.*

Son muchos los aspectos que comporta la NUEVA ENFERMERIA que todos deseamos: un nuevo modo de ejercerla, un nuevo modo de administrarla, una enseñanza organizada por los propios profesionales, etc.

No obstante, todo este cambio, ha de pasar necesariamente por el desarrollo de un campo *específico* de conocimientos —el asumido por los propios profesionales—, elaborado con rigor científico, capaz de avalar, por si mismo la necesidad de lograr un 2.º y 3er ciclo.

Es la labor diaria de los profesores de las áreas de enfermería —profundizando en la configuración de un programa coherente, en el desarrollo de cada tema, etc.—, unida a la investigación en el campo teórico, pedagógico-docente, y especialmente en el campo asistencial, la que abre el camino al cambio, consolidando *paso a paso* —no hay otro modo posible— las CIENCIAS DE ENFERMERIA.

Nada más. Muchas gracias.

OBJETIVOS DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA

1. EDUCACION DE LOS FUTUROS PROFESIONALES.
2. PROMOCION DEL PROFESORADO.
3. DESARROLLO DE LA PROFESION.

INSTRUMENTO: PLAN DE ESTUDIOS

ESTIMULO
FORMACION

OCUPACION
DESARROLLO

ALUMNO PROFESOR

FIGURA 1

EDUCACION DE LOS FUTUROS PROFESIONALES

(CONOCIMIENTOS, DESTREZAS, ACTITUDES)

— ADECUACION HORA: TEORIA/PRACTICA/ESTUDIO.

— CLARIFICACION DEL CAMPO PROPIO DE LA ENFERMERIA.

— INTERES POR LA PROFESION
- REAFIRMAR EN EL ASPECTO VOACIONAL
- FAMILIARIZAR CON LA PROFESION
- SITUAR EN LA REALIDAD
- ILUSIONAR CON EL FUTURO

FIGURA 2

PROMOCION DEL PROFESORADO

1. CLARIFICACION DE LAS MATERIAS DEL CURRICULUM.
2. DESARROLLAR LAS AREAS DE ENFERMERIA.
3. CREACION DEL CUERPO DE PROFESORES DE ESCUELAS DE ENFERMERIA.
4. COMPATIBILIDAD DOCENTE-ASISTENCIAL.
5. PROMOCION PERSONAL, PEDAGOGIA, ESPECIFICA.
6. AUTOFORMACION - PREPARACION DE FUTUROS PROFESORES.

FIGURA 3

DESARROLLO DE LA PROFESION

1. FUNDAMENTACION.
2. RECOPILACION HISTORICA.
3. CULTIVO DEL CAMPO ESPECIFICO.
4. INVESTIGACION } INTERCOMUNICACION PROFESIONAL
5. DOCENCIA } INTERCOMUNICACION PROFESIONAL
6. APLICACION AL AMBITO ASISTENCIAL.
7. DEONTOLOGIA PROFESIONAL.

FIGURA 4

— NUMERO TOTAL DE HORAS.
— CONFIGURACION DE LAS ASIGNATURAS.
— INTEGRACION TEORIA-PRACTICA.
— SU PAPEL COMO FACTOR DE CAMBIO.

FIGURA 5

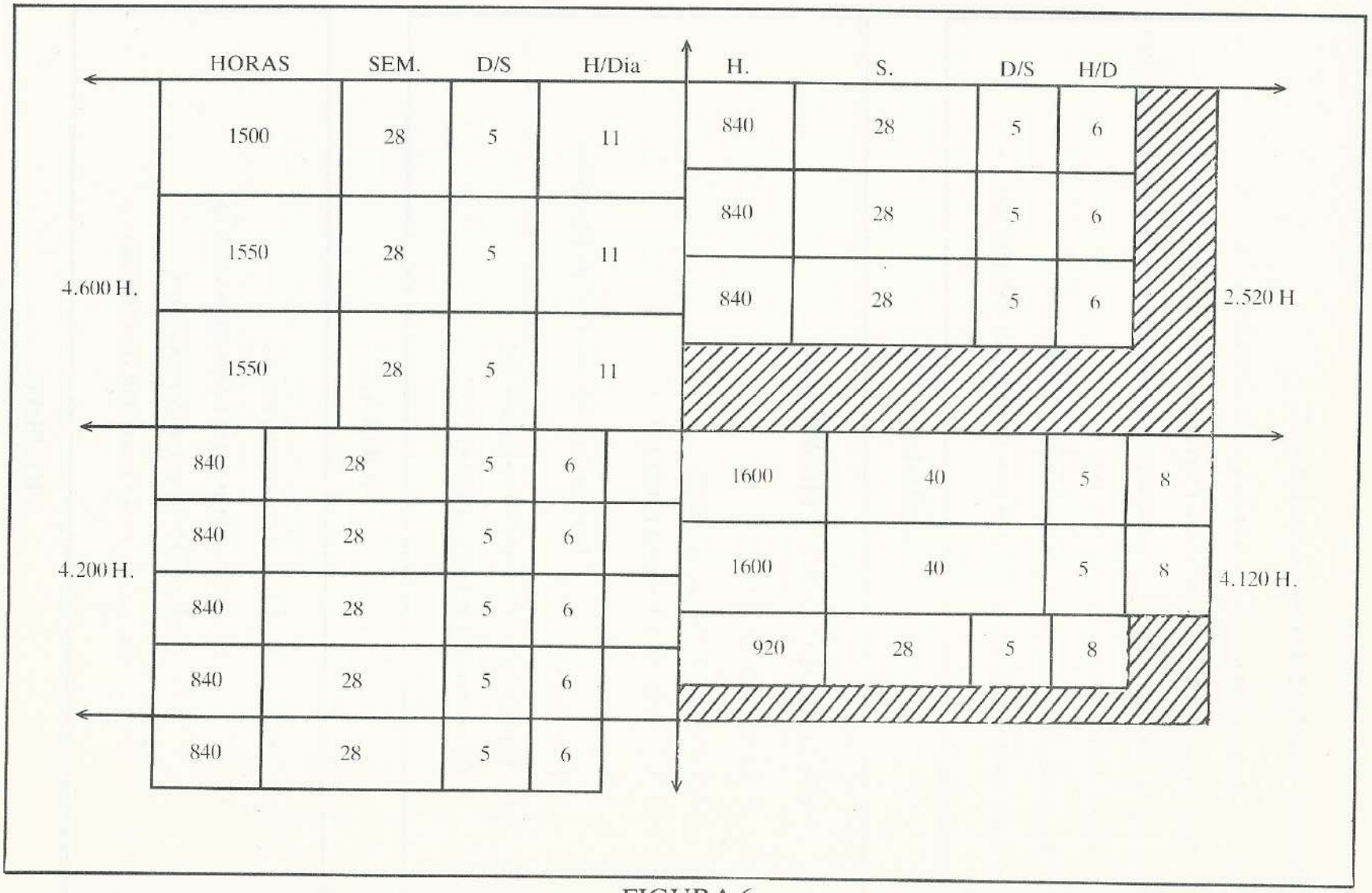

HORAS
SEM.
D/S
H/Dia
H.
S.
D/S
H/D
1500
28
5
11
1550
28
5
11
1550
28
5
11
4.600 H.
840
28
5
6
840
28
5
6
840
28
5
6
2.520 H
840
28
5
6
840
28
5
6
840
28
5
6
840
28
5
6
840
28
5
6
4.200 H.
1600
40
5
8
1600
40
5
8
920
28
5
8
4.120 H.

FIGURA 6

	HORAS	SEM.	D/S	H/D
	1500	28	5	11
4.600 H.	1550	28	5	11
	1550	28	5	11
	1600	40	5	8
4.120 H.	1600	40	5	8
	920	28	5	8

HORAS	SEM.	D/S	H/S	
950	27	5	7	
1325	28	6	8	3.600 H.
1325	28	6	8	

FIGURA 7

CLASIFICACION DE LAS MATERIAS DEL PLAN DE ESTUDIOS

BASICAS: BIOQUIMICA/BIOFISICA/ANATOMIA/ FISIOLOGIA/FARMACOLOGIA.

MEDICAS: FISIOPATOLOGIA/SEMIOLOGIA/PATOLOGIA GENERAL PATOLOGIA GENERAL QUIRURGICA/OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA/PEDIATRIA.

ENFERMERIA: MEDICO-QUIRURGICA/MATERNAL/PEDIATRICA GERIATRICA/PSIQUIATRICA/FUNDAMENTOS/ HISTORIA/DEONTOLOGIA.

MULTIDISCIPLINARES: CIENCIAS DE LA CONDUCTA SALUD PUBLICA/ etc.

FIGURA 8

REFERENCIAS

(1).- de Castro Lorenzo, P.- «Significado de la Enfermería Fundamental en el Plan de Estudios».- Ponencia, III Curso para Directivos y Docentes.- Pamplona, enero 1982.

(2).- Rayón Valpuesta, Esperanza. Brun Sandiumenge, C.- «Motivaciones de ahora para una enfermería del mañana».- Comunicación, III Sesiones de Trabajo de AEED.- Barcelona, XII-82.

(3).- Conceptos de Enfermería. Curso Nivelación ATS. (pág. 25) Editorial Universidad Nacional de Educación a Distancia.

(4).- Magisterio Español.- (Publicación periódica).

(5).- Brun Sandiumenge, C.- «¿Facultades de Enfermería... o Escuelas Superiores de Enfermería?.- Comunicación, Primer Congres d'Infermeria Catalan.- Gerona, diciembre 1981.

(6).- Brun Sandiumenge, C.- «Enfermería Fundamental: Programación teórica de la asignatura».- Ponencia, III Curso para Directivos y Docentes de Enfermería.- Pamplona, enero 1982.

(7).- Brun Sandiumenge, C.- «Futuro de la Enfermería: 2.º Ciclo» Ponencia, I Jornadas de Actualización de Enfermería. Madrid (La Paz), marzo de 1982.

COMUNICACION

ENFERMERIA FUNDAMENTAL, UNA EXPERIENCIA EN ESTA MATERIA

Angeles Mora Temprano
Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Lejona - Bilbao.

ENFERMERIA FUNDAMENTAL:
Una experiencia en esta materia.

La enfermería fundamental como asignatura enclavada en el primer curso del vigente plan de estudios, tiene como objetivo general «LA CREACION DE LA BASE TEORICA QUE PERMITA AL ALUMNO COMPRENDER Y FUNDAMENTAR SU FUTURA PRACTICA PROFESIONAL». Dicho esto, probablemente, la inmensa mayoría de nosotros estaría de acuerdo con el mismo. El problema surge, a la hora de concretar y hacer operativo este gran principio general. Nuestra comunicación, no pretende otra cosa que explicitar razonadamente cual es nuestro punto teórico de partida y como tratamos de sensibilizar a nuestros alumnos en su primer contacto con esta profesión.

Para ello parto del siguiente marco teórico:

a) La Escuela Universitaria de Enfermería a la cual yo pertenezco como profesor responsable de Enfermería Fundamental viene funcionando desde el curso 1977-78.

b) Durante este periodo de tiempo nos hemos esforzado no solamente por definir cual es la estructura de la asignatura, sino que estamos avanzando en la linea de conceptualizar detalladamente las partes de dicha estructura.

c) Los vectores directores de la programación tienen como punto de partida las líneas maestras del modelo elaborado por Virginia Henderson.

d) A partir de esta experiencia y por un proceso de autocrítica y confrontación nos proponemos redefinir el papel de la materia en el contexto general del curriculum.

Desde este punto de partida la asignatura que nos ocupa debería, a mi entender, comprender los siguientes aspectos:

— Ciclo Salud - Enfermedad.
— Bases conceptuales de la Enfermería.
— Atención básica de Enfermería al individuo (sano o enfermo) y a la comunidad (con sus grupos diferenciados).

Teniendo en cuenta estos núcleos básicos, el departamento ha tratado de funcionar, interrelacionando los aspectos teóricos con su

aplicación en la vida real. Para ello, hemos dispuesto como prácticas de obligado cumplimiento tres grandes bloques que a continuación paso a comentar:

— Durante el primer trimestre, el alumno realiza prácticas, sobre aspectos básicos que tienen que ver con el ciclo Salud-Enfermedad y la atención de Enfermería, que se concreta en la realidad de la forma siguiente: Prácticas en las salas de laboratorio de la Escuela manejando y manipulando los elementos que durante el resto del curso van a utilizar.

— En el segundo trimestre, los alumnos entran en contacto con la comunidad a través de visitas a centros de interés desde el punto de vista sanitario, como pueden ser:
  — Mercados de abastecimiento de alimentos.
  — Lugares públicos.
  — Visitas a una central lechera, etc.

  Dentro de este bloque, como aplicación de los conocimientos teóricos que se les están impartiendo, a estos lugares anteriormente citados, cada alumno va provisto de un cuestionario donde debe reflejar las características generales del proceso que está analizando, debiendo posteriormente realizar un informe, que nos permita al profesorado, comprobar si se ha adquirido el conocimiento adecuado.

  Pero además y en nuestro caso en concreto, en relación con la Conserjería de Sanidad del Gobierno Vasco, nuestros alumnos participan activamente, bajo la supervisión del profesorado que integra la plantilla de esta materia, en un Programa experimental de Salud preescolar, donde se aplican los conocimientos adquiridos en el área de Bases Conceptuales de la Enfermería en relación con la atención básica, llevando a cabo actividades de:
  — Somatometría y exploración física.
  — Observación.
  — Entrevista.
  — Constantes vitales.
  — Vacunaciones.
  — Análisis de las necesidades básicas en estos individuos.

  Todo ello encuadrado en la aplicación del proceso de atención de Enfermería.

— Durante la última etapa de este proceso (mes y medio aproximadamente) el alumno realiza técnicas básicas en relación con el hombre enfermo. Para ello establecemos una reciprocidad entre necesidad atendida y cuidados que son precisos desarrollar para satisfacerla.

En este momento de mi exposición se nos puede plantear ¿Por qué se ha seguido este desarrollo?. A esta pregunta podemos responder, enunciando una serie de hechos y causas que justifican el planteamiento anterior.

1.º El análisis de las asignaturas que componen el primer curso de nuestra carrera, nos lleva a la conclusión que tanto la anatomía, como la fisiología, bioquímica y ciencias de la conducta tienen como objetivo, la adquisición por parte del alumno de los conocimientos acerca de los elementos que entran en juego en el desarrollo evolutivo del ser humano. Es por ello, que Enfermería Fundamental debe montar su estrategia pedagógica a partir de esa realidad evidente.

2.º Por la razón anteriormente expuesta, en nuestra materia se debe hacer hincapié en el conocimiento y sensibilización de las características de vida de la población en general, haciendo enfasis en aquellos aspectos cotidianos, en los que el profesional de Enfermería, tendrá obligación de mantener en el caso de salud o prevenir en situación de enfermedad.

3.º Si planteamos en la última etapa del curso la atención básica de Enfermería al individuo enfermo, lo hacemos en base a que el alumno comience a establecer, un proceso de interrelación de esa misma necesidad en estado de salud o de enfermedad, y que en su escala de conocimientos aprecie como puede variar el cuidado.

Se observará que en nuestro planteamiento excluimos partes propias de la Asignatura a impartir durante el primer curso como son la Legislación, Pedagogía y Administración. Esto lo hacemos en el convencimiento, de que dichas materias, deben ser reubicadas a lo largo del segundo y tercer curso del periodo de formación. Ahora bien, las materias anteriormente citadas, entiendo, deben ser competencia del departamento de Enfermería Fundamental, permitiendo de este modo que el seguimiento y formación del alumno, esté caractericado por la continuidad. Las razones que justifican esta decisión serían las siguientes:

a) De tipo PEDAGOGICO ya que estos contenidos no pueden ser captados por los alumnos en el primer año de la carrera.

b) De tipo COMPARATIVO, pues si hacemos el estudio de los curriculum de otras carreras, en la mayoría se observa la tendencia lógica a ubicar dichos contenidos en los últimos años de docencia.

c) Pero además, es necesario resaltar otra razón de fondo que desde mi punto de vista debemos tener en cuenta. La Enfermería Fundamental con la planificación actual, aparece como un conjunto de materias donde es difícil establecer el hilo conductor entre las mismas, dificultando notablemente la fase de evaluación de la asignatura.

Tengo que decir, que en mi centro, este deseo no es una realidad por el momento, ya que seguimos las directrices iniciales del B.O.E. a esperas de una posible y necesaria revisión.

Ante esta situación, entiendo que es necesario realizar una serie de propuestas que nos permita abordar crítica y constructivamente nuestra realidad:

— En primer lugar hay que destacar el carácter fundamental y básico de esta disciplina, ya que de la profundidad y el rigor de nuestros contenidos, va a depender en parte el futuro papel de la Enfermería en la sanidad de nuestro pais. Por ello entiendo necesario y urgente la unificación de programas y criterios que nos permitan aparecer ante las autoridades educativas y sanitarias con lineas de pensamiento homogéneas y coherentes.
— Sería deseable también que asi como en el campo hospitalario los alumnos de los tres cursos se relacionan a la hora de realizar sus prácticas, éste criterio se mantuviera, en el caso de experiencias con la comunidad, favoreciendo de esta forma, la adquisición de una visión integral de su quehacer profesional.
— Quisiera expresar también, la necesidad por mi sentida, de introducir en el segundo o tercer curso una asignatura optativa que tuviera como objetivo central: el análisis y profundización de las teorías y modelos de Enfermería. La razón de fondo que justificaría esta propuesta, radica en el convencimiento, de que el alumno durante el primer año de estancia en la Escuela Universitaria, no tiene elementos de juicio suficientes para conseguir una perspectiva diferenciada de dichas teorías. La asignatura optativa propuesta, nos permitiría enriquecer la actual programación, al dotar al futuro profesional de conocimientos que posteriormente le permitirían la elección y aplicación de aquel modelo que más se ajuste a su realidad. Lógicamente y dadas las características de la materia, la asignatura optativa deberá ser competencia del Departamento de Enfermería Fundamental.

Por último, entiendo que la A.E.E.D debe seguir en su línea de profundización en la problemática de enfermería. Sesiones de trabajo como las que venimos desarrollando y comisiones específicas impulsadas por esta organización, son la mayor garantía para poder afrontar el futuro con un fundado optimismo. Ahora los enseñantes tenemos la palabra.

4.ª Ponencia

LA SITUACION PROFESIONAL EN ESPAÑA: UN CONFLICTO PERMANENTE.

ÍNDICE

I. *Introducción.*
II. *Situación actual.*
III. *Causas de esta situación.*
IV. *Alternativas.*
V *Conclusión.*

M.ª Paz Mompart García
Escuela Universitaria de Enfermería
«Puerta de Hierro». Madrid

I. INTRODUCCION

El título elegido para esta ponencia que la A.E.E.D. ha realizado sobre la panorámica profesional de la Enfermería en nuestro país, puede a primera vista, parecer algo espectacular.

Sin embargo, al incluir el tema de la posible conflictividad profesional entre aquellos que se podrían tratar en estas Sesiones de Trabajo, lo hicimos convencidas de que efectivamente, en los últimos años los enfermeros españoles hemos vivido en un constante conflicto, en una continua lucha, muchas veces sin objetivos y por tanto sin logros, en definitiva, en una confusa situación que solamente unos pocos alcanzaban a ver clara. La circunstancia de que esos pocos además no consiguieran ponerse de acuerdo en cuáles eran los aspectos «claros» en esa situación, ha hecho más dificil aún su planteamiento y en consecuencia, el aporte de soluciones.

De una manera general, a través de mi intervención voy a tratar de esbozar una panorámica de la situación actual, del análisis de los hechos más importantes ocurridos en nuestro mas reciente pasado, identificando por medio de ellas los puntos clave de esta situación y los motivos que a ella nos han llevado. Intentaré, también proponer las alternativas que estimo pueden ser operativas a la hora de encontrar una salida a esta confusa situación para conseguir el máximo desarrollo de la Enfermería como profesión.

Para iniciar el análisis de la actual situación, permitaseme, en primer lugar, repasar brevemente cuáles han sido los datos que identificamos en los últimos años.

Por centrar el tema dentro de un contexto decididamente profesional, iniciaremos este repaso en 1945, cuando se produce la primera legislación colegial conjunta, que crea la Organización Colegial de Auxiliares Sanitarios. Aunque la denominación no es feliz, no podemos olvidar que estos primeros Estatutos Conjuntos consagran legalmente la existencia de una clase profesional que desde este momento, aun con titulaciones diferentes, tiene una misma organización, estructura y fines desde el punto de vista corporativo.

La aparición de la Legislación educativa que crea la titulación de Ayudante Técnico Sanitario en 1952, no hace más que reafirmar, desde otra perspectiva, esta unidad profesional. El nombre A.T.S., que se da desde este momento al profesional de Enfermería es nuevamente desafortunado

y va, en cierta manera, a marcar la situación durante largos años. El es fruto sin embargo de la problemática del momento y exponente del dominio real de unos pocos sobre la mayoría del colectivo, situación esta que se va a perpetuar durante largo tiempo.

En la década de los 60 al amparo de un aumento espectacular del número de camas hospitalarias (recuérdese que esta es la época del inicio del crecimiento desmesurado de la red hospitalaria en nuestro país) el número de Escuelas de A.T.S. también crece de forma inusitada. Se ha dicho que prácticamente cada hospital llega en esta época a tener su propia escuela de A.T.S., que por un lado sirve a la institución para proveerse de mano de obra motivada y poco costosa y por otro, contribuye a evitar el éxodo hacia las grandes ciudades de muchos jóvenes, en busca de salidas educativas y laborales.

La masifiación del número de Escuelas acompaña a la de la Universidad en general y quizás por este motivo, además de lo relativamente fácil que resultan tanto la entrada en una escuela como los estudios en si de A.T.S., se da frecuentemente un tipo determinado de alumnos que buscan la realización de unos estudios cortos, con trabajo seguro a su finalización (caso de las alumnas mujeres) o encuentran de momento en la Escuela consuelo al fracaso de no haber entrado en una Facultad de Medicina, caso relativamente frecuente en los alumnos masculinos.

Por otra parte, en estos años a que me estoy refiriendo, decada de los 60, se cumple otro proceso que afecta a la misma esencia de nuestra profesión: Por su destino laboral evidentemente hospitalario, el A.T.S. es un producto que responde a las necesidades de ese hospital con un aumento del contenido técnico en su formación práctica, mucho más importante, como es bien sabido, que la teórica. La tecnificación progresiva del A.T.S. se refleja en el Plan de Estudios que concede una mucho mayor dedicación a la enseñanza práctica que a la teórica (2.500 horas prácticas por 585 teóricas), en los estudios de especialización que se van estableciendo y en los puestos de trabajo que se van ocupando por A.T.S. en los hospitales.

La Ley General de Educación de 1970 cita concretamente a los A.T.S., ofreciendo dos alternativas para su futuro. En efecto, dada la ambigua situación de las Escuelas de A.T.S. en el ámbito Universitario en el que nunca habían logrado una integración real, la Ley establece que estas podrán transformarse en escuelas Universitarias o de Formación Profesional, según sean la duración, y profundidad de los estudios que vayan a impartir.

Por primera vez y a raíz de esta doble oportunidad, se aunan los pareceres de todos los profesionales en una sola aspiración: Lograr que los estudios de A.T.S. se transformen en Universitarios. Se inicia, sin embargo, un estéril debate, aún no solucionado en su totalidad, por algo que a primera vista puede parecer banal, pero que ha logrado producir las más enconadas discusiones de nuestro reciente pasado: una parte importante si no en número, si en influencia, del colectivo, mayoritariamente compuesta por hombres, propone la denominación de Diplomado en Medicina y en Cirugía y rechaza el nombre de enfermero o de enfermera que es, por mo-

tivos tradicionales, de homologación internacional y de contenido profesional, el elegido finalmente para dar titulación a los estudios universitarios.

En apoyo de esta aspiración colectiva de integración en la Universidad se realizan diversas acciones. Se crean Comisiones de Estudio a nivel de los Colegios Oficiales y se patrocinan movilizaciones de enfermeros en todo el país, dándose el caso de que la primera vez en que se lleva a cabo una huelga por el colectivo de enfermería, al menos según mis noticias, es en el año 1976, justamente con el motivo de solicitar la elevación del rango de los estudios. Esta reivindicación se une a la de disponer de una Organización Colegial modernizada y acorde con las necesidades, reclamando también la mayoría de los profesionales la unificación real de las tres ramas del Colegio, que ha conservado hasta ahora su estructura dividida en secciones de Enfermera, Practicantes y Matronas.

Entramos así en la fecha que da partida real a nuestro estudio de la situación profesional: 1977. En este año se producen dos acontecimientos transcendentales para la profesión: por un lado, se unifican legalmente los Colegios Profesionales, por otro, se transforman las Escuelas de A.T.S. en Universitarias, modificando sustancialmente su plan de estudios.

Estos dos hechos que todos recordarán, fueron acogidos por los A.T.S. por una enorme esperanza de mejora. La mayoría de nosotros habíamos solicitado la elevación del nivel de los estudios, centrando en esta aspiración una expectativa de dignificación profesional y de mejor preparación para el servicio que debemos prestar. Por otra parte, también la mayoría consideraba obsoleta la estructura colegial que dividia irremisiblemente a los hombres y mujeres A.T.S. y a las Matronas, haciendo de cada uno de estos grupos del colectivo una sección colegial.

Sin embargo, estas esperanzas no se han visto correspondidas en su totalidad con los acontecimientos de estos últimos cinco años. Bien es cierto que tenemos unos estudios universitarios pero, ¿de qué tipo? También lo que es la Organización Colegial continua unida pero ¿por cuanto tiempo? ¿y a qué precio?

II. SITUACION ACTUAL

Pese a que el tono de mis palabras puede parecer cargado de tintes sombrios, quiero empezar este apartado de análisis de la situación actual haciendo profesión de optimismo y asegurando mi confianza en que en el trabajo de todos está la solución a muchos, si no, a la totalidad de los problemas que podamos tener planteados.

Hecha esta afirmación, me gustaría repasar con ustedes los aspectos que podrían considerarse un logro en los últimos años.

En el aspecto educativo, ya he señalado antes como un auténtico triunfo profesional la inclusión de los estudios de enfermería en el nivel universitario. También en este tema se ha extendido con gran precisión nuestras compañeras Rosa Blasco y Eulalia Molero. Quiero, tras señalarlo como un

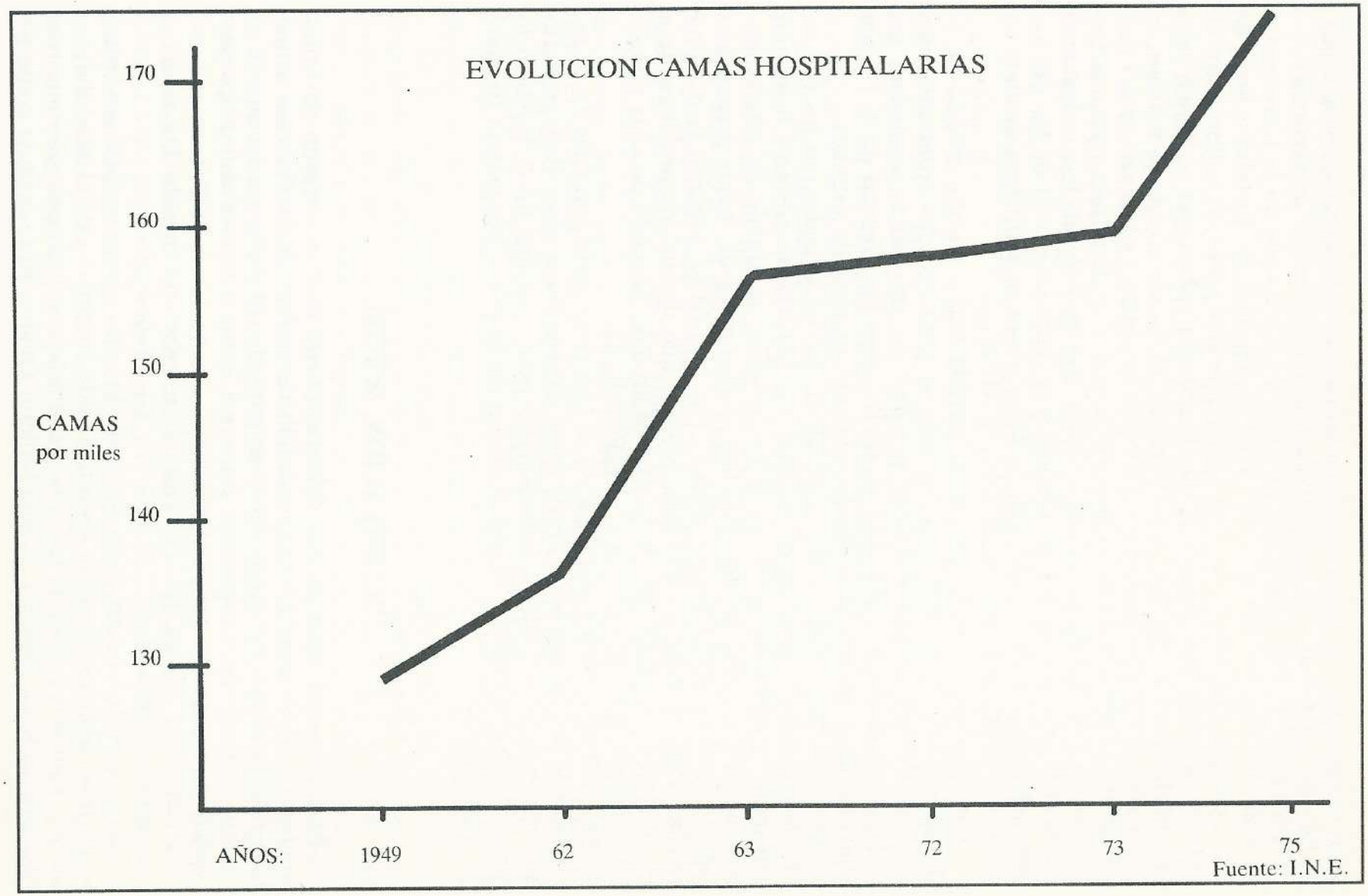

EVOLUCION CAMAS HOSPITALARIAS
170
160
150
140
130
CAMAS
por miles
AÑOS:
1949
62
63
72
73
75
Fuente: I.N.E.

FIGURA 2

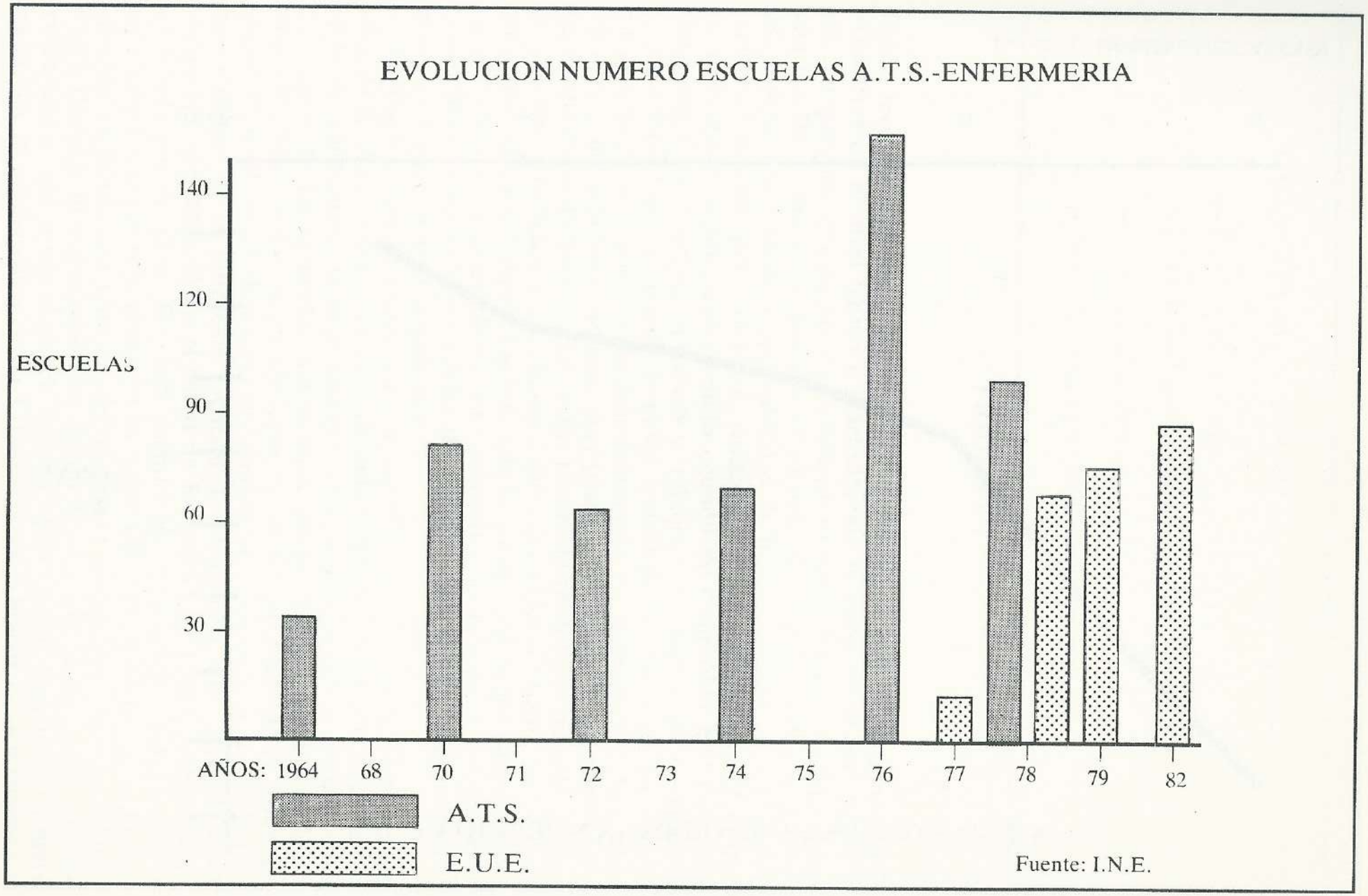

EVOLUCION NUMERO ESCUELAS A.T.S.-ENFERMERIA
ESCUELAS
140
120
90
60
30
AÑOS: 1964
68
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
82
A.T.S.
E.U.E.
Fuente: I.N.E.

FIGURA 3

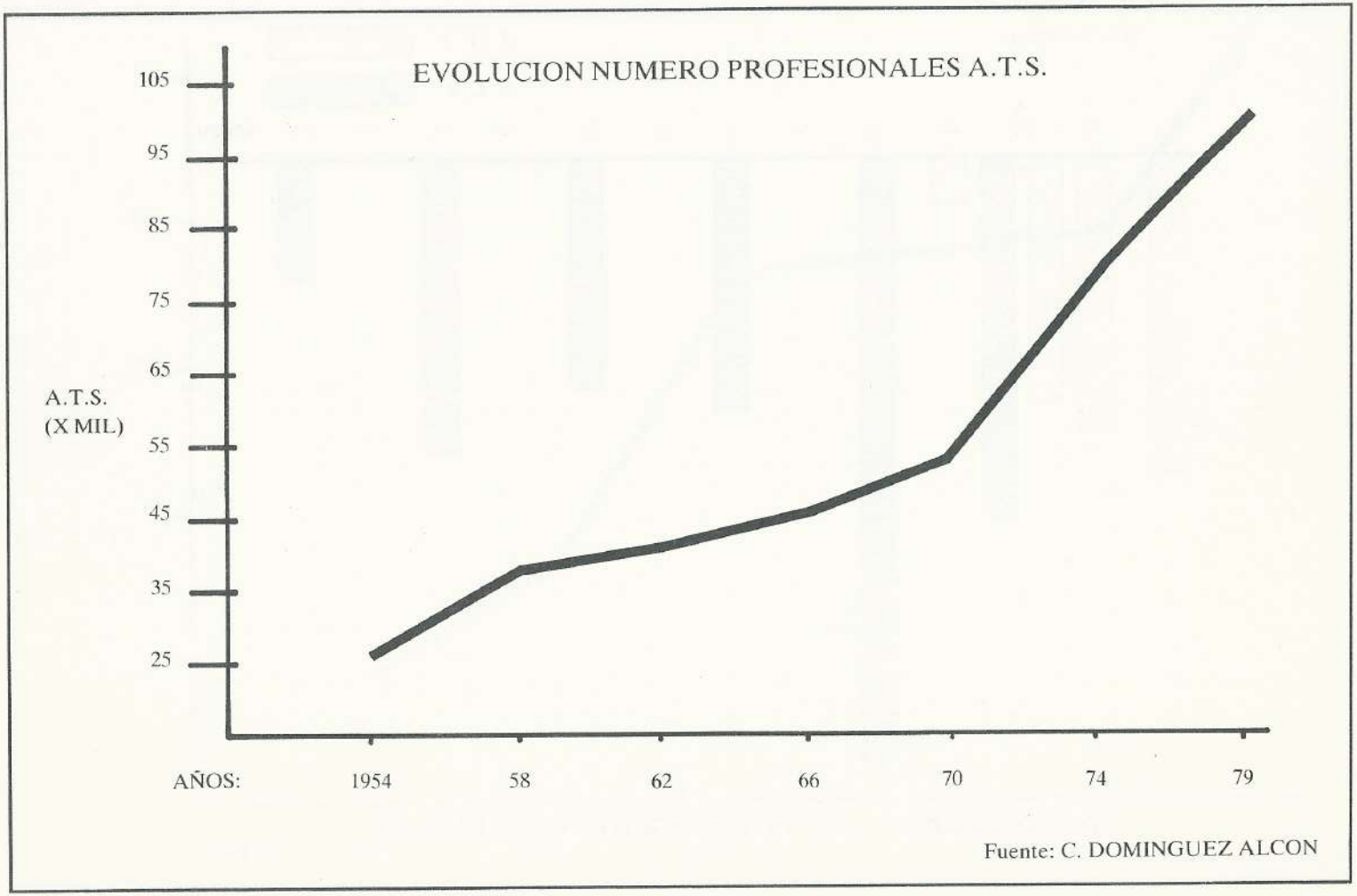

EVOLUCION NUMERO PROFESIONALES A.T.S.
A.T.S.
(X MIL)
105
95
85
75
65
55
45
35
25
AÑOS:
1954
58
62
66
70
74
79
Fuente: C. DOMINGUEZ ALCON

FIGURA 4

SITUACION ACTUAL ASPECTOS "POSITIVOS"

→ ELEVACION ESTUDIOS A UNIVERSIDAD.

→ ALGUNOS PUESTOS PROFESORADO.

→ ADMINISTRACIONES AUTONOMICAS.

→ PARTICIPACION EN GOBIERNO DE CENTROS.

FIGURA 5

logro, recordar que muy pocos países disponen de planes de estudio universitarios en el nivel básico y prácticamente ninguno en el ámbito europeo, lo que hace que nuestros compañeros extranjeros nos contemplen con una mezcla de interés y, por que no decirlo, de envidia. Esto, sin embargo, supone una enorme responsabilidad de llevar adelante el cambio con seguridad aunque, por otra parte, contemos con el apoyo de otros grupos de enfermería, segun hemos tenido ocasión de comprobar en numerosas ocasiones al intercambiar opiniones y trabajos con enfermeros extranjeros.

Como un logro se podría también considerar los hasta ahora escasos puestos de profesorado que se han conseguido en algunas Escuelas, tanto oficiales como adscritas. Aunque muy pocos en relación con el número total de docentes de las escuelas, estas plazas de profesores no solo a nivel de la enseñanza práctica sino hasta como Agregados o titulares de asignaturas que algunos compañeros han sabido ganar, son enormemente esperanzadoras y señalan un duro, pero necesario camino que los enfermeros conseguiremos recorrer por medio de nuestra asunción de responsabilidades y la preparación consiguiente.

También se puede considerar un logro o un éxito desde el punto de vista de la prestación de servicios de enfermería, el establecimiento de niveles administrativos de importancia dentro de los esquemas organizativos de algunas de las entidades Autonómicas en sus Departamentos de Sanidad. En efecto existió en primer lugar el intento por parte de la Administración Central, en el Ministerio de Sanidad, de crear un servicio de Enfermería dentro de la Dirección General de Hospitales, que duró el breve tiempo que permaneció en el cargo de Secretario de Estado una persona interesada por el tema. Tras este intento que tuvo pocos, pero reconocibles frutos, aparece la experiencia ya consolidada de la Generalitat de Catalunya, explicada con todo detalle el primer día de estas Sesiones Dña. Elvira Guilera, de establecimiento de un Servicio de Enfermería, y la estructuración, aún sobre el papel, de una Subdirección General de Enfermería, en el organigrama de la Consejería de Sanidad de Andalucía.

A un nivel más reducido, se han conseguido también algunos pequeños avances: los enfermeros, a través de sus dirigentes formales o elegidos, figuran ya representados en algunos órganos de decisión de los Centros Sanitarios, tales como las Juntas de Gobierno o similares. Esto ha venido acompañado de una dignificación progresiva, no suficiente, pero si reconocible del papel de las Jefaturas de departamento o mandos intermedios de enfermería en los Centros.

Pasemos ahora al capítulo de los «fracasos», por llamarlos de alguna manera. Sin ánimo nuevamente de parecer demasiado pesimista, hay ciertamente aspectos que oscurecen la panorámica profesional, considerándola nuevamente desde el punto de vista asistencial o general y educativo.

Sin querer realizar un listado de situaciones conocidas probablemente por todos nosotros, querria sin embargo incidir en algunos puntos que me parecen verdaderamente significativos.

En primer lugar, me tengo que referir nuevamente a un tema ya tratado por las ponentes anteriores, el de la aplicación del plan de estudios de las Escuelas en general, cuyos principales aspectos, la falta de unidad de criterios docentes, el desfase organizativo y la situación del profesorado son ciertamente evidentes para un auditorio de docentes de enfermería.

En un plano más general, existen algunos puntos conflictivos que requieren nuestra atención. En primer lugar el paro, que afecta tan gravemente a la situación laboral española, es un fenómeno social que se ceba también en el colectivo de enfermería. Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que prácticamente todas las promociones que han salido en los últimos dos años de nuestras Escuelas son grupos de enfermeros abocados bien a una situación de paro total o a una de subempleo, situación esta que desgraciadamente afecta también a grupos profesionales más amplios. El paro y el sub-empleo se pueden sumar a otro punto que define en parte el panorama: el intrusismo, más o menos encubierto que se puede detectar en nuestras instituciones hospitalarias en que actividades que deben corres-

SITUACION ACTUAL

→ REPRESENTATIVIDAD.

→ PARTICIPACION.

→ CAMBIOS CONSTANTES.

→ INTEGRACION.

→ RETRIBUCION.

FIGURA 6

ponder a los profesionales de enfermería son realizadas por otros trabajadores no cualificados o con titulación de un nivel académico inferior.

Quizás sin considerarlo un logro o un fracaso, hay que comentar aquí el aspecto Colegial dentro de la panorámica actual. Como ya he dicho antes, la unificación de las tres secciones Colegiales ocurrida en 1977, fue para muchos de nosotros la esperanza de que constituyese un verdadero punto de partida para disponer de una representación colegial verdaderamente eficaz. Sin embargo, esta esperanza no ha tenido un cumplimiento efectivo. Durante estos años, el Colegio Profesional no ha alcanzado, en primer lugar, unas cotas de participación más elevadas: por citar un ejemplo cercano al lugar donde estamos hablando, la anterior Junta de Gobierno del Colegio de Barcelona fue elegida por menos de un millar de votos. Las más recientes elecciones, realizadas tras un esfuerzo de propaganda electoral verdaderamente importante por parte de las cinco candidaturas presentadas han tenido una participación de alrededor de 4.000 profesionales sobre un censo que se aproxima a los 22.000 A.T.S. y Enfermeros en la Provincia. Ante estas cifras, se debe reflexionar sobre la auténtica representatividad de estas Juntas de Gobierno Colegiales, que en el caso que comentamos son el producto de la opinión de menos del 20% del Colectivo.

Hay otras cuestiones que llaman la atención en los Colegios de A.T.S. Por ejemplo, podríamos citar como sorprendente que en una profesión mayoritariamente femenina, las Juntas de Gobierno, tanto Provinciales como del Consejo General, estén ocupadas en su mayoría por hombres, pero se me ocurre que en este abandono de las mujeres en semejantes cargos, en este claro interés de los hombres enfermeros por ellos, podrían elaborarse hipótesis muy variadas: las mujeres hemos sido educadas generalmente en ámbitos en que se daba poca importancia o aún se miraba con desconfianza a la política entendida como una actividad colectiva; las actividades familiares de la mayoría de las mujeres absorbe todo el tiempo que su trabajo retribuido les deja libre; los cargos Colegiales pueden ser auténticos centros de poder, por el que, culturalmente los hombres han demostrado siempre más interés, etc., etc...

Aún sin hacer este análisis, limitándome solo a esbozar alguna de las posibles causas, parece que este predominio masculino es significativo a la hora de determinar la orientación profesional y los puntos de acción prioritaria, que deberían estar claramente establecidos en razón del interés de la mayoría.

En todo caso, al repasar la actividad de la Organización Colegial en estos últimos años, también parece que falta esta orientación de sus actividades y estos puntos de acción prioritaria. Hemos tenido oportunidad de conocer varios programas electorales del Consejo General, ya que las mociones de censura, las dimisiones y las elecciones consiguientes se han sucedido con una cierta frecuencia en todos los cargos de la Junta de Gobierno. Por desgracia pocos de estos programas o intenciones electorales se han cumplido en el a veces escaso tiempo que el interesado ha tenido para

llevarlos a cabo y en varias ocasiones, las personas que han ocupado con posterioridad el cargo han cambiado totalmente de objetivos y de líneas de actuación.

Es así que se han producido algunas medidas legislativas de importancia de las que casi hemos tenido noticia por el B.O.E., por ejemplo la aparición de los técnicos sanitarios de la F.P.2 o la creación de las Escuelas Universitarias de Fisioterapia o Podología. Sin entrar a discutir su oportunidad o necesidad, si afirmamos que estas legislaciones, como otras que se podrían citar, debían haber sido estudiadas más detenidamente por los enfermeros, a cuya situación profesional afectaban directamente.

También pensamos que es evidente la escasa consideración que nos ha dispensado la administración en estos tiempos. Aparte de los intentos a que me he referido anteriormente, llama la atención que un colectivo profesional que alcanza en estos momentos un número de más de cien mil personas y que constituye el grupo más numeroso dentro del campo de la salud tenga tan poca incidencia en la toma de decisiones, organización y planificación de los servicios. Exponente claro de esta escasa consideración, son por un lado, la inexistencia de enfermeros en puestos administrativos importantes (excepto los que hemos citado antes) y por otro, la retribución que tenemos la mayoría de los enfermeros, aún tras las enconadas luchas que hemos mantenido últimamente. Aunque este es un tema en el que supongo experto a cualquiera de mis oyentes, no podemos dejar de señalar que en la actualidad prácticamente ningún profesional con un puesto de trabajo en una institución cobra un sueldo que suponga más de 500 pesetas a la hora, cifra verdaderamente significativa si la comparamos con los salarios de cualquier otro tipo de trabajador del sector salud. El escaso salario tiene además otro matiz que, en mi opinión, marca la consideración social de los enfermeros: me refiero a la poca remuneración económica que la mayoría de las instituciones otorgan a los puestos de enfermería con responsabilidad directiva.

III. CAUSAS DE ESTA SITUACIÓN

Podríamos intentar aquí otra vez hacer un listado de posibles causas de esto que he llamado confusa y conflictiva situación profesional. Probablemente, también según de que sector profesional provengan las opiniones al respecto éstas serán muy variadas.

A mí, sin intención de agotar el tema, me gustaría proponer a la consideración de Vds. El enfoque en una sola causa: lo que tantas veces hemos llamado «falta de identidad profesional».

Es esta una expresión que de tan oida, parece haber perdido todo su valor, pero que, en mi opinión, define lo que es la base conceptual de todos los problemas de la Enfermería española.

La enorme variedad de nuestro colectivo, su amplitud en número, nuestras profundas diferencias de formación, puestos de trabajo, depen-

llevarlos a cabo y en varias ocasiones, las personas que han ocupado con posterioridad el cargo han cambiado totalmente de objetivos y de líneas de actuación.

Es así que se han producido algunas medidas legislativas de importancia de las que casi hemos tenido noticia por el B.O.E., por ejemplo la aparición de los técnicos sanitarios de la F.P.2 o la creación de las Escuelas Universitarias de Fisioterapia o Podología. Sin entrar a discutir su oportunidad o necesidad, si afirmamos que estas legislaciones, como otras que se podrían citar, debían haber sido estudiadas más detenidamente por los enfermeros, a cuya situación profesional afectaban directamente.

También pensamos que es evidente la escasa consideración que nos ha dispensado la administración en estos tiempos. Aparte de los intentos a que me he referido anteriormente, llama la atención que un colectivo profesional que alcanza en estos momentos un número de más de cien mil personas y que constituye el grupo más numeroso dentro del campo de la salud tenga tan poca incidencia en la toma de decisiones, organización y planificación de los servicios. Exponente claro de esta escasa consideración, son por un lado, la inexistencia de enfermeros en puestos administrativos importantes (excepto los que hemos citado antes) y por otro, la retribución que tenemos la mayoría de los enfermeros, aún tras las enconadas luchas que hemos mantenido últimamente. Aunque este es un tema en el que supongo experto a cualquiera de mis oyentes, no podemos dejar de señalar que en la actualidad prácticamente ningún profesional con un puesto de trabajo en una institución cobra un sueldo que suponga más de 500 pesetas a la hora, cifra verdaderamente significativa si la comparamos con los salarios de cualquier otro tipo de trabajador del sector salud. El escaso salario tiene además otro matiz que, en mi opinión, marca la consideración social de los enfermeros: me refiero a la poca remuneración económica que la mayoría de las instituciones otorgan a los puestos de enfermería con responsabilidad directiva.

III. CAUSAS DE ESTA SITUACIÓN

Podríamos intentar aquí otra vez hacer un listado de posibles causas de esto que he llamado confusa y conflictiva situación profesional. Probablemente, también según de que sector profesional provengan las opiniones al respecto éstas serán muy variadas.

A mí, sin intención de agotar el tema, me gustaría proponer a la consideración de Vds. El enfoque en una sola causa: lo que tantas veces hemos llamado «falta de identidad profesional».

Es esta una expresión que de tan oida, parece haber perdido todo su valor, pero que, en mi opinión, define lo que es la base conceptual de todos los problemas de la Enfermería española.

La enorme variedad de nuestro colectivo, su amplitud en número, nuestras profundas diferencias de formación, puestos de trabajo, depen-

dencias administrativas, hacen que en realidad sea en un momento actual muy difícil hablar en nuestro país de un profesional de Enfermería con un significado profesional en su contenido teórico y en su práctica laboral de similar finalidad.

La pregunta ¿qué es Enfermería? o aún ¿qué somos cada uno de nosotros como profesionales? se ha planteado en la primera ponencia de estas Sesiones haciéndonos ver la necesidad de definición de estos términos. Probablemente, si cada uno de los presentes tuviera ahora la oportunidad de expresar su opinión y definirse como profesional, las respuestas serían tan variadas como numerosas.

Si aceptamos esta falta de identidad profesional como la principal causa de nuestros problemas, tanto en el aspecto educativo como administrativo y corporativo, hallaremos en consecuencia que el objetivo básico de nuestro trabajo colectivo será el de buscar esa identidad que nos aune y nos defina ante la sociedad.

En estos momentos, nuestras propias divisiones y diferentes conceptos sobre la esencia de la aportación de la Enfermería a la salud de nuestros conciudadanos, hace que el aprecio social del trabajo de los enfermos sea escaso, consideración social que se refleja, por ejemplo, en el aspecto de retribución económica, antes aludido. En realidad, parece que como grupo profesional no hemos sabido «vender la imagen» de esa Enfermería digna, responsable y de alta calidad por la que todos luchamos. Es raro leer noticias sobre enfermeras en los periodicos, si exceptuamos las que se refieren a alteraciones laborales, las mas recientes por motivos económicos. Sin embargo es frecuente que la enfermera sea protagonista de historias en que se nos presenta bajo aspectos supuestamente graciosos, muchas veces poco favorecedores, posiciones serviles, de falta de conocimientos, autoritarismo y otras muchas que todos recordaran

IV. ALTERNATIVAS

Partiendo, pues, de esta base de busqueda de identidad de la enfermeria, como previo a la solución de los problemas planteados, haré a continuación una breve exposición de las alternativas o estrategias que, a nuestro parecer, se deben iniciar de inmediato para conseguir una profesión unida y respetable.

Voy a agrupar estas alternativas de acción en los tres grupos de situación que hemos considerado: la educativa, la administrativa y la colegial.

A) En el terreno educativo, es urgente que se unifiquen los criterios, como ya han señalado las anteriores ponentes, a los efectos de que las Escuelas ofrezcan una formación de calidad con un producto final, un Diplomado de Enfermeria de similares contenidos y orientación teórica.

El reconocimiento de los enfermos como profesores no solamente necesarios, sino obligados en muchas de las materias del plan de estudios, es

un paso al que se debe acompañar el de la consecución de los puestos directivos de las Escuelas.

Además en este aspecto educativo, es urgente, que la unificación de criterios de todos los enfermos se haga extensiva a la orientación que sea más conveniente y oportuna, de la formación posbásica.

Debemos intentar aclarar de una vez el tema de las especialidades de Enfermeria que respondan a los intereses profesionales y a las necesidades de la Sociedad; y que además se debe completar con la estructuración de un Plan de Estudios de Licenciatura de Enfermería y el establecimiento de programas en formación continuada a diversos niveles.

b) Situación Administrativa

En esta área en nuestra opinión, es prioritario que se elabore una legislación que ampare y respalde la actividad profesional y que constituya el marco legal que permita el desarrollo profesional dentro del sistema sanitario del pais. Esta normativa vendria a llenar el vacio en que nos movemos desde el punto de vista de definición oficial de funciones, atribuciones y responsabilidad y deberia ser elaborada con el aporte de enfermeros de los diferentes sectores de la actividad profesional y refrendado por el Ministerio correspondiente.

Como segunda medida, nos parece de enorme necesidad la integración de enfermeros en los diversos niveles administrativos tanto centrales como autonómicos que tengan relación con la prestación de servicios de salud. Esta integración, como hemos repetido en varias ocasiones, puede darse, bien con la creación de Departamentos de Enfermería que engloben todas las actividades de nuestra área, bien con la adscripción de enfermeros a todos los departamentos Administrativos, en el nivel de organigrama que sea mas conveniente, a los efectos de introducir los puntos de vista de los enfermeros en todos los programas de atención de salud.

Tanto una como otra de estas dos medidas se verá con toda seguridad acompañada de la tercera que proponemos, que es el de la estructuración del personal de Enfermería, sobre todo en los niveles de ejecución, esto es, en los Centros Sanitarios, otorgando unas funciones a cada nivel jerarquico que se vean acompañadas de una retribución digna y acorde con el trabajo y responsabilidad desarrollados.

c) Situación Colegial;

Por las numerosas controversias que la situación del colegio plantea, entre defensores y detractores, este Organismo probablemente es esta la parte mas comprometida a la hora de enunciar estrategias.

Quiero dejar bien claro que somos perfectamente conscientes de que una Organización que agrupa a más de 100.000 profesionales en defensa de sus intereses, es algo muy importante para todo el colectivo, siempre que esta Organización sepa realmente ganarse la atención y el respeto de todos. En estos últimos tiempos, se ha abierto una candente polémica entre los partidarios del mantenimiento de la obligatoriedad de colegiación y los que defienden la colegiación voluntaria en razon de la defensa de la libertad individual, refrendada por la constitución.

ALTERNATIVAS A LA SITUACION ADMINISTRATIVA

→ NORMATIVA LEGAL GENERAL.

→ INTEGRACION DE ENFERMERAS EN ADMINISTRACION.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.
PARTICIPACION EN ACTIVIDADES.

→ RECONOCIMIENTO DIFERENTES NIVELES.

FUNCIONES
RETRIBUCION

FIGURA 8

Tanto si la futura Ley de Colegios Profesionales consagra una u otra postura, creemos que la Organización Colegial debe aportar de inmediato solución a dos problemas que afectan a la estructura Colegial: uno de caracter filosófico, el de la definición profesional y otro de carácter mas práctico, el de la definitiva unificación de los Colegios.

Respecto al primero de ellos, consideramos que si bien todos debemos cooperar a esta definición profesional, es una ineludible responsabilidad de la Organización Colegial conseguir esta definición que debe constituir la base de toda su actividad. Mal podremos pedir al Colegio unos objetivos o una clara actuación de defensa profesional, si este no ha definido, haciendo uso de su caracter legal de representación, que es lo que va a defender, en definitiva, que imagen profesional es la suya.

En cuanto al problema de la unificación, éste se ha replanteado ultimamente con caracteres legales que en el momento de llevarse a cabo no se tuvieron en cuenta. En consecuencia, como todos sabran, existe en estos momentos una sentencia del Tribunal Supremo que establece la nulidad legal de la disposición que unificó, en 1977, las Secciones Colegiales. Esta confusa situación no hace mas que perjudicar la fuerza y representatividad de la profesión, por lo que opinamos debe ser encarada, sin mas dilaciones, por el Consejo General, del que pedimos ademas una clara información sobre este importante tema.

Si estas dos acciones se cumplen, el Colegio conseguirá probablemente una mejor imagen, ya que ayudará a la unificación de criterios y fomentará la participación de todos los enfermeros en sus trabajos. En consecuencia, estará mas cerca de constituir la representación real de la mayoria de nosotros y reunirá mas condiciones para solucionar los puntos conflictivos de tipo corporativo que tenemos planteados: por referirme solo a alguno, se puede citar el del colectivo de matronas, que estan solicitando una consideración especial desde el punto de vista colegial, situación especial que

ALTERNATIVAS

——→ DEFINICION PROFESIONAL.

——→ SOLUCION UNIFICACION.

- ESTATUTO DEMOCRATICO.
- UNIDAD DE CRITERIOS.
- FOMENTO PARTICIPACION.

FIGURA 9

debe ser estudiada, en razón de los intereses de este Grupo y de la unidad profesional. Si no lo hacemos, corremos el riesgo de que la Administración adopte las soluciones salomónicas a que nos tiene tan acostumbrados, cuyo claro ejemplo tenemos en la creación de las Escuelas de Fisioterapia y Podología.

Todos estos aspectos tienen que reflejarse, a la mayor brevedad posible, en la redacción de un nuevo Estatuto de la Organización Colegial que asegure la participación Democrática, en base, como hemos dicho a la defensa de una imagen profesional en la que la mayoría nos veamos representados.

V. CONCLUSIÓN

Hasta aquí, hemos hecho una exposición de la situación de la Enfermería en nuestro pais y de las alternativas o estrategias que podriamos emprender para atender a los problemas que tenemos planteados.

Para finalizar, quiero salir al paso de posibles objeciones en cuanto a la puesta en práctica de estas estrategias. Se muy bien que puede decirse que algunas de ellas escapan a la acción de los profesionales de Enfermería, sobre todo las referentes a medidas legales administrativas.

Aun aceptando esta premisa, en nuestra opinión la acción de los profesionales puede ser de dos formas: directa, a través de la elaboración de documentos, participación en acciones reivindicativas, trabajo personal y colectivo en apoyo de estas solicitudes a la Administración o aportando alternativas concretas de actuación, como pueden ser Proyectos de Ley, programas de formación continuada, de evaluación de los planes y cuantos otros se pueden efectuar, a través de la Organización Colegial, las Asociaciones de Profesionales de distintos sectores, y las Comisiones de Escuelas.

Sin embargo existe otra forma de actuar, igualmente de manera individual o colectiva podriamos llamar indirecta y que se refiere a las medidas de dignificación de la profesión. Para nosotros, esta revalorización del pa-

pel del profesional de la Enfermería y de ésta como actividad de salud, solo tendrá lugar si todos nos hacemos conscientes de la necesidad de apuntar tres necesidades: formación, responsabilidad y participación.

Formación, porque en la base de toda actuación debe haber un sólido caudal de conocimientos, acrecentados a través de la autoformación continuada, la investigación en nuestro campo y la enseñanza compartida con nuestros compañeros.

Responsabilidad, porque este es el momento no solo de exigir cosas, sino sobre todo de ofrecerlas y asumir la responsabilidad que esto representa. Quiero decir que es tan importante ahora ofertar unos buenos servicios de enfermería, responsables y seguros como exigir los derechos consiguientes.

Participación, que significa la cooperación en un trabajo que no es el de unos pocos, elegidos o no, sino el de todos los profesionales que se interesan por la Enfermería como algo más que un medio de vida. Participación, a través de la cual podamos todos expresar nuestras opiniones y respetar las de los demás logrando que nuestros puntos de vista coincidan en lo fundamental.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

CONSIDERACIONES SOBRE LA PRACTICA Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

ÍNDICE

I. *Antecedentes*

II. *Atención Primaria. Conceptos y características*

III. *Participación de enfermería en la Acción de Atención Primaria*

IV. *Educación en enfermería*

V. *Educación continua*

VI. *Investigación*

Maricel Manfredi
Asesora Regional de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Recursos humanos e Investigación
Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

I. ANTECEDENTES

La situación de la enfermería en los países de habla hispana no difiere mucho de la que existe en otros lugares del mundo y está condicionada por diversos factores tales como el desarrollo histórico de la profesión, el papel de la mujer en la sociedad, la orientación de la prestación de los servicios de salud y la situación socioeconómica predominante.

Como en otras regiones, la práctica y la educación en enfermería han tenido una fuerte influencia militar y religiosa acompañada de componentes de obediencia, subordinación y caridad que tienden a perpetuarse a causa del papel que le ha tocado desempeñar a la mujer en sociedades que tradicionalmente las relegan a un segundo plano, como las de nuestros países. En los últimos 20 años, con los movimientos que han aparecido y que destacan la función que le corresponde a la mujer dentro de la sociedad, mejor educación, mayor participación en la producción y el trabajo, etc., la enfermería, considerada hasta hace poco como una profesión eminentemente femenina, ha elevado su status a través de un aumento cuantitativo en el mercado de la salud, lo que ha permitido que se aprecie mejor su labor así como un reconocimiento profesional al incorporar a formación al sistema de educación media y superior y avanzar en campos de especialización.

La práctica de enfermería conserva un fuerte componente cuantitativo hospitalario consecuente con las estructuras de salud prevalentes y las formas de prestación de servicios. La mejor fuente de empleos para el personal de enfermería siguen siendo los centros hospitalarios del Gobierno y la seguridad social. En ellos el papel de la enfermera es eminentemente administrativo en relación con la atención del paciente, ya que el cuidado directo, en la mayoría de los casos, está en manos del personal auxiliar de enfermería, con excepción de determinadas áreas como las de cuidados intensivos.

Aunque el número de enfermeras que han trabajado en salud pública ha sido siempre reducido, la enfermera ha tenido en este ramo más posibilidades de demostrar su capacidad en la toma de decisiones, actuando como coordinadora de las acciones de enfermería e integrándose dentro del grupo profesional en un trabajo en equipo. Es cierto que este tipo de práctica ha estado orientada a acciones de prevención de problemas específicos de salud más que al desarrollo de acciones comunitarias con una

participación del individuo, la familia y la comunidad, en el mantenimiento de su propia salud.

II. ATENCIÓN PRIMARIA: CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS

La atención primaria ha sido definida de diversas maneras a través del tiempo y en contextos diferentes. En la conferencia sobre Atención Primaria en Alma Ata, Rusia, se definió como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable, el saneamiento básico, la salud de la madre y el niño, incluida en la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciones, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes, y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes. (WHO/UNICEF, 1978).

Las características de atención primaria constituyen un marco de referencia que inevitablemente afectan la planeación, organización y desarrollo del sistema de prestación de servicios de salud, y la formación de los recursos humanos necesarios. Estas características son:

— Validez y aplicabilidad a toda la población sin restringirse solo a los grupos postergados y marginados aunque la satisfacción de las necesidades básicas de ésta constituya el objetivo principal.
— Participación del individuo, familia y comunidad en la planeación, organización y manejo de las acciones de salud para que los servicios que se presten sean relevantes y aceptables de acuerdo a las necesidades de los grupos receptores.

— Planeación, colaboración y coordinación de las actividades relacionadas a salud con los sectores sociales y económicos dirigidos a obtener una mejor calidad de vida.
— Utilización de tecnologías científicamente aceptadas, pero aplicables a fin de que estas puedan ser incorporadas dentro del desarrollo social, cultural y económico de las comunidades.
— La utilización de varias categorías de personal de salud para la atención primaria (médicos, enfermeras, obstetrices, técnicos de la comunidad, personal tradicional de la comunidad), y sistemas de referencia adecuados.
— La definición de políticas nacionales de salud que permiten organizar un sistema de prestación de servicios que pueda apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución.

III. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

La participación en los programas de atención primaria conlleva a un ejercicio profesional que trasciende de los modelos tradicionales encaminados a la recuperación de la salud del individuo y a la comunidad para convertirse en una práctica enfocada hacia acciones integrales de salud y de apoyo a la comunidad a fin de que ésta participe consciente y activamente en la solución de sus problemas de salud y en los planes de desarrollo social y económico. Un ejercicio profesional de este tipo concibe la salud como un factor que contribuye y se beneficia del desarrollo socio-económico. Para tal fin, la enfermera actuará en forma independiente o en coordinación con otros sectores y grupos ocupacionales.

Es un seminario realizado con los países del Pacto Andino se señaló que la contribución de la enfermería en los programas de atención primaria podría advertirse:

— en el proceso programático de prestación de servicios;
— en los programas de capacitación de los recursos humanos tradicionales (promotor, partera tradicional) y de otros niveles de personal de enfermería;
— en la coordinación de las acciones de salud a nivel de centros de salud;
— en los procesos de supervisión y evaluación, y en la atención directa de la salud, así como en acciones que propenden al desarrollo comunitario y en proyectos de investigación de modelos de prestación de servicios. (PAHO, 1979)

En noviembre de 1982 en la reunión sobre Enfermería en Apoyo del Objetivo de Salud para Todos en el Año 2000, los participantes formula-

ron la siguiente declaración que reafirma la posición de las enfermeras en el seminario del Pacto Andino:

La enfermera debe asumir mayores responsabilidades como primer recurso para los individuos y las familias con problemas de salud. El uso de la enfermera como proveedor importante de atención primaria de salud no requiere ninguna extensión considerable de una función que está implícita en la definición de enfermería. En los últimos años, el énfasis cada vez mayor en la función curativa de enfermería, como también en la educación y ejercicio ha conducido a la desatención de aquellas habilidades que ella ahora necesita para desempeñarse en la atención primaria de salud.

Para resolver esos problemas es preciso enseñar a las enfermeras a:

(1) Asumir la responsabilidad de identificar y resolver los problemas sociales y de salud de las personas y grupos en su propia comunidad, es decir:
- es necesario utilizar con más eficacia a las enfermeras para la identificación de casos, la prestación de cuidados y la educación de personas y familias acerca de como prevenir enfermedades y recurrir a la autoasistencia en caso de enfermedad, traumatismo o invalidez;
- puesto que las enfermeras se encuentran en posición favorable para poder identificar los problemas de salud antes de que adquieran gravedad, entran perfectamente en sus funciones, bajo una orientación general, la prestación de la atención necesaria y la búsqueda de recursos adicionales cuando son necesarios;
- de manera análoga, con el fin de aprovechar al máximo los recursos de la comunidad, la enfermera debe estar preparada para delegar a aquellos que ella puede adiestrar y apoyar la tarea de ofrecer durante su ausencia una atención segura y continua.

(2) Utilizar con más eficiencia al personal auxiliar de enfermería y otros agentes de la comunidad que son esenciales para la prestación de atención primaria de salud. Por su formación y experiencia, las enfermeras están capacitadas –mejor que cualquiera de los demás tipos de personal de salud– para constituir con esos agentes un equipo de atención primaria de salud competente y eficaz.

(3) Adquirir los conocimientos necesarios para identificar a los grupos de población más expuestos a alto riesgo de enfermedad y a tener en cuenta estas características de riesgo al establecer un orden de prioridades en la atención de las personas, familias y grupos de población.

(4) Trabajar en colaboración con otros proveedores de salud, organismos e instituciones, para proveer y extender la atención de salud continua a individuos y grupos. Esos vínculos son indispensables, porque las necesidades de los enfermos en materia de tratamiento y atención pueden requerir su paso por los niveles secundario y terciario de atención. (WHO, 1982).

IV. EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

La educación en enfermería en el presente decenio se consolida dentro de los sistemas educacionales de cada país pudiendo identificarse cuatro niveles:

(a) el auxiliar en instituciones de salud, de trabajo o de educación;
(b) el nivel técnico involucrado a la enseñanza media y a la post-secundaria;
(c) el universitario en la modalidad básica y de complementación y,
(d) el nivel académico de post-grado que solo se da en la mayoría de los países esporádicamente y orientado hacia áreas funcionales.

Este último nivel no ha producido el impacto esperado en la formación de líderes y de investigadores que contribuyan a generar los cambios que la enfermería necesita, quizás debido a que los programas no han tenido la regularidad requerida y porque han sido orientados por conceptos de países desarrollados y no de acuerdo con la realidad latinoamericana.

En algunos países se han iniciado experiencias en la preparación de enfermeras dentro del concepto del papel ampliado que les corresponde, iniciándose en la valoración del estado de salud de personas y grupos para la atención de problemas comunes. Sin embargo, este papel no ha sido legalmente adoptado como parte de la práctica de la enfermera.

La formación a nivel básico está orientada en casi todos los países hacia los nuevos enfoques de prestación de servicios de salud utilizando la estrategia de la atención primaria. Pero aún existe una brecha entre el producto que se forma y su utilización en la práctica debido a la forma hegemónica de la atención curativa donde una gran cantidad de empleos para enfermeras continua existiendo a nivel de los servicios hospitalarios, y por la otra a la falta de una definición de la función de la enfermería en relación con dicha estrategia.

La educación debe enfocarse en los años futuros hacia la educación comunitaria, la educación continua y la investigación. En Latinoamerica se han comenzado algunas reformas curriculares basadas en las siguientes premisas:

— Compromiso de los profesionales en el desarrollo comunitario y en la solución de los problemas de salud del país.
— Integración docente-asistencial.
— Compromiso de las instituciones docentes en la capacitación de un personal de alta calidad científico-técnica y adecuadamente sensibilizado ante las necesidades específicas de la población.
— Establecimiento de una política de educación en enfermería que responda a las aspiraciones de salud de los países y que facilite la integración en cuanto a la comprensión de los problemas comunes.

En la implementación de estos currículos, las escuelas de enfermería en conjunto con los servicios de salud seleccionan una comunidad específica

que por sus características económicas y sociales requiere de la provisión inmediata de acciones de salud y la participación de otros sectores del desarrollo. El trabajo de profesores y estudiantes se inicia con el análisis conjunto de realidades concretas con miembros representativos de la comunidad que intervienen en el proceso de diagnóstico, programación y ejercicio de actividades.

De acuerdo con el nivel de enseñanza y a fin de lograr los objetivos del programa, los estudiantes desarrollan diferentes actividades de complejidad creciente.

En el primer nivel el estudiante realiza las acciones que lo llevan a aprender sobre recolección de datos relevantes a las unidades familiares, se orienta a la identificación de problemas básicos que afectan el estado de salud de las familias, tales como nutrición, saneamiento ambiental.

En el segundo nivel los estudiantes llevan a cabo acciones y dan atención de salud a grupos de la comunidad a fin de detectar y dar cuidado de salud a grupos vulnerables como los niños en diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo, las mujeres embarazadas así como a los problemas de enfermedades comunicables y su impacto en la infancia y la edad adulta.

Al tercer nivel el estudiante realiza actividades tendientes a la solución de problemas que requieren la atención médica y de enfermería, específicamente en las áreas de materno infantil, médico quirúrgica, pediátrica y psiquiátrica.

En el cuarto nivel, el estudiante además de continuar con las actividades anteriores realiza otras actividades tendientes a la programación de acciones de salud y de desarrollo comunitario. La metodología utilizada está basada en el concepto de aprender haciendo. La participación del estudiante es progresiva y continua a través de todo el proceso educacional recibiendo orientación, guía y supervisión de sus actividades por parte del profesor y apoyado por personal de servicio. Este tipo de currículo requiere énfasis en los aspectos cognocitivos sobre estadística, epidemiología, enfoque de riesgo, ciencias sociales y del comportamiento, desarrollo comunitario y educación en salud. En los aspectos de habilidad técnica sobre valoración del estado de salud de individuos y comunidades y preparación para el manejo de grupos vulnerables, madres y niños escolares, trabajadores, ancianos e impedidos. En aspectos sociales como el de toma de decisiones, acción crítica para la comunicación efectiva con diferentes tipos de personas en la comunidad: el pobre, el rico, el médico, el curandero, la madre y el niño enfermo. El personal de salud debe ser productivo en sus acciones con individuos y comunidades a pesar de las circunstancias.

V. EDUCACIÓN CONTINUA

Dentro de la nueva visión de la prestación de servicios de salud, resulta importante el adiestrar y readiestrar el personal de servicio y docencia para el trabajo de acuerdo con los nuevos conceptos. En América Latina se es-

tán usando dos de los centros con que cuenta la OPS para llevar a cabo muchos de estos programas: el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP) en Costa Rica, y el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa en Salud (CLATES) en Río de Janeiro, Brasil, este último con una red de nueve centros de tecnología educativa en enfermería.

En los próximos años se espera que las acciones de estos centros se proyecten hacia lo siguiente:

(1) Intensificación del programa de preparación de personal docente dando énfasis en la preparación de instructores de programas básicos y auxiliares, involucrándose en el proceso educativo a docentes encargados de la capacitación de los agentes de salud en el contexto de la atención primaria.

(2) La determinación y aplicación de nuevos modelos y el refuerzo de los mecanismos de integración y coordinación de la docencia y el servicio en los programas de formación de personal de nivel profesional, técnico y auxiliar, buscando la incorporación de docentes y estudiantes al trabajo productivo e involucrado al personal de servicio en el proceso educativo.

(3) Articulación con otros programas de capacitación de profesionales, tales como formación de la gran escala de personal a nivel medio y auxiliar, capacitación de agentes y promotores de salud, capacitación en supervisión y educación continua, y articulación sistemática con los ministerios de salud y de otros organismos involucrados en programas de extensión de la cobertura.

(4) Sistematización de la producción y utilización de material educativo y apoyo para la producción de este material para los programas de capacitación de agentes de salud que actuan en los servicios de atención primaria.

(5) Realización de investigaciones que conduzcan a la experimentación y evaluación de modelos y tecnologías apropiadas a la preparación de personal, con énfasis en la integración docencia-servicio; apoyo a investigaciones socioepidemiológicas, operativas y de desarrollo de tecnologías apropiadas en salud y medios adecuados de instrucción.

(6) Fortalecimiento de la tecnología educacional en enfermería a nivel medio y auxiliar en los países donde se están experimentando nuevas metodologías para la preparación en gran escala de este personal, en el contexto de la prestación de servicios de atención primaria.

VI. INVESTIGACIÓN

La meta de Salud para Todos en el Año 2000 que establece como estrategia fundamental la de atención primaria, presupone nuevas formas de prestación de servicios de salud y cambios fundamentales en la práctica y

en la educación del equipo de salud. Es en el área de la práctica de enfermería y sus interrelaciones con el proceso educativo en donde la enfermería quizás debe avocar su esfuerzo en el área de investigación. Es importante que enfermería investigue, sobre su papel actual, el efecto de las acciones en la comunidad y con la comunidad, desarrolle nuevas formas de práctica y nuevas orientaciones en el área educativa.

La investigación sobre la práctica de enfermería en los momentos actuales y el impacto de ésta en el mejoramiento de la salud de grupos de riesgo, es de vital importancia para el futuro desarrollo de la profesión de enfermería que actualmente se debate en definir su posición en el contexto de nuevas perspectivas en la atención de salud.

Toda esta práctica innovadora requiere del desarrollo de procesos, métodos y técnicas educativas que constituyen la tecnología educacional apropiada. Se deben investigar nuevos métodos que faciliten la formación en equipos en un contexto de interdisciplinaridad, y a la vez individualicen y personalicen al máximo la educación con procedimientos de autoinstrucción que permitan aprender de acuerdo a su propio ritmo.

Para esto será necesario mejorar la preparación de la enfermera a nivel básico y especializado en ésta área, así como el apoyo por medio de subvenciones a enfermeras que estén realizando investigación en las áreas mencionadas anteriormente.

Para concluir quisiera referirme al artículo *Enfermería del Futuro* por la Dra. Rozella Scholtfeldt de mayo de 1981 del «Nursing Outlook». La Dra. Scholtfeldt dice que el ejercicio de enfermería en el futuro consistirá en dar cuidados de enfermería y no cuidados médicos o ser substitutos o extensión del médico. Las enfermeras practicarán unas independientemente en clínicas de salud, en hospitales, casas para ancianos y en instituciones de enfermería, otros en práctica privada o de grupo, en corporaciones en que sus miembros consulten con diversas instituciones de salud que provean cuidados de enfermería. Algunas seguirán empleadas en las diferentes instituciones de asistencia, pero todas serán independientes en sus respectivas profesiones. En cualquiera de las áreas en que la enfermera quiera practicar, será responsable ante el público que sirve de su actuación profesional.

REFERENCIAS

1. WHO/UNICEF, 1978. *Atención Primaria en Salud.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
2. PAHO, 1979. *Seminario Taller Intinerante de Enfermería en la Subregión Andina:* Contribución de Enfermería en los proyectos de atención primaria en los países del área andina. p. 27, 49.
3. WHO, 1982. Report on a meeting on *Nursing in support of the Goal Health for All by the Year 2000.* Division of Health Manpower Development, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
4. Scholtfeltd, Rozella, 1981. *Nursing in the Future.* Nursing Outlook, p. 295.