



Una reflexión sobre la profesión enfermera
y el trabajo comunitario en España,
desde los inicios hasta 1994.

RETROSPECTIVA

Rosamaría Alberdi

RETROSPECTIVA
Una reflexión sobre la profesión enfermera
y el trabajo comunitario en España,
desde los inicios hasta 1994

Diseño y maquetación: **Rubén Chacón Cabanillas.**

Edita: **Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.**

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio, sin autorización del editor.

I.S.B.N. 978 -84-94291-3-2

Depósito Legal: M-2473-2016

Imprime: Artes Gráficas Cañada, S.L.
C/. Joaquín Turina, 19 - 28044 Madrid
Tel. 91 508 98 15 - E-mail: graficas.canada@gmail.com

Diseño de portada: **Adriana Forteza**, sobre una obra de **Paz Alomar.**

Rosamaría Alberdi Castell

PRÓLOGO

Prologar un texto siempre es una tarea de interés para cualquier docente: los libros son aún una fuente de conocimiento y base de reflexión imprescindible en la enseñanza y la formación continua profesionales en cualquier área de actividad. La presentación de un libro siempre despierta en la persona que lo ha de hacer una sensación de dificultad, emanada tanto del contenido del texto como de la personalidad de la autora. En este caso, prologar *Una reflexión sobre la profesión enfermera y el trabajo comunitario en España, desde los inicios hasta 1994* supone la mirada hacia la historia de la enfermería en este país, especialmente de un periodo de la enfermería española vivido en primera persona y que para mi rescata hechos, sensaciones, experiencias, muchas de ellas vividas en compañía de la autora de este libro. Vaya, pues, este prólogo dividido en dos partes, la primera dedicada a la reflexión sobre el tema central, el trabajo comunitario de la enfermera y la segunda, a la propia autora y su figura profesional y pública.

La enfermería comunitaria, bien descrita en el texto, puede presumir de ser la más antigua de las expresiones del cuidado y la más extendida en la sociedad.

En efecto, como señala la autora, los vestigios históricos son numerosos, algunos arcaicos (diaconisas romanas) y bien definidos. Por

ejemplo, las constituciones de las Hijas de la Caridad de Vicente de Paul (1633) establecen que la religiosa (las enfermeras lo eran en aquel momento europeo) debería tener “...*por monasterio, las casas de los enfermos, por celda, un cuarto de alquiler, por capilla la parroquia, por claustro, las calles de la ciudad...*”. No creo que sea una innovación vicentina, sino que probablemente recoge el modo en el que se llevaban a cabo los cuidados a la comunidad, encargando a sus monjas esos menesteres. Es así que probablemente, desde los inicios de las sociedades occidentales, ha habido una enfermera dedicada a cuidar a las personas en los lugares en que estas viven y se desarrollan, procurando que esta vida sea lo más saludable posible. Son, como bien señala la autora, mujeres en su mayoría, que trasladan los tradicionales saberes y valores del cuidado familiar a la sociedad a la que atienden en sus problemas y vivencias cotidianas: el nacimiento, el infortunio y la pérdida de la salud y la muerte. A lo largo del tiempo, sus saberes y habilidades van desarrollándose y adquiriendo características de profesionalidad. Ello, además, hace valer mi anterior afirmación sobre la extensión de este tipo de cuidados, ya que prácticamente todos nosotros somos potenciales demandantes de su atención y es seguro que usaremos sus servicios varias veces a lo largo de nuestra vida, en condiciones de enfermedad pero también de salud, para mantenerla e incrementarla.

Tal como se describe en el texto, en España, las referencias a este tipo de profesionales comienzan legalmente en las primeras décadas del siglo pasado. La aparición de algunas instituciones que propugnan una cierta especialización en la atención sanitaria. Entre ellas, la Escuela Nacional de Sanidad, creada en 1924, que, siguiendo la tradición higienista de la sanidad pública iniciada en los albores del siglo, juega un importante papel en la sanidad española, especialmente en las décadas previas a la guerra civil, por la incorporación de destacados profesionales médicos como profesores. La Escuela inicia unos cursos de formación para Enfermeras Visitadoras, en 1934, consolidados posteriormente en la creación de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias. Tras la guerra civil, en 1944, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional crea la figura de practicante y matrona de Asistencia Pública Domiciliaria (APD). Todas estas no son denominaciones fortuitas, justamente se entiende que la enfermera de “sanidad nacional” y que presta atención pública ha de cumplir un papel de difusión de la salud y de atención fuera de los hospitales, instruyendo y atendiendo a la población en los problemas de salud de la época, la mayoría de enfermedades transmisibles. Estas enfermeras (y practicantes y matronas) alcanzan un cierto prestigio ante la sociedad de la época, que ve atendidas sus necesidades de forma cercana y eficaz.

Llegada la democracia, la reforma sanitaria se aplica a revitalizar esta forma de atención a la comunidad y establece las estructuras básicas de salud y su funcionamiento, en 1984. Son los tiempos de grandes declaraciones a favor de nuevos estilos de atención, como la de Alma Ata (1978) basados en la prevención, la promoción y la reinserción pronta de los que han padecido enfermedades, en lo que desde ese momento se llamará Atención Primaria. Las enfermeras españolas se suman con entusiasmo a estos nuevos aires y colaboran en la implantación de la estrategia de atención primaria, incluyendo en su nuevo plan de estudios universitario (1977) los principios rectores que permiten tener desde entonces profesionales formados para la atención comunitaria.

Los tiempos actuales han traído la aportación de estrategias y nuevos métodos para estos cuidados y los han incluido como uno de los derechos ciudadanos en las naciones de nuestro entorno, creando estructuras profesionales y laborales que atienden las necesidades de las personas a lo largo de su vida. La Atención Primaria es una de esas estrategias y estructuras que permiten el desarrollo de programas adaptados a las necesidades, pero, en mi opinión, no es una forma distinta de enfermería, aunque utilicemos la nomenclatura de “enfermera de atención primaria”, sino una manera de prestar cuidados. La enfermería es única y solo admite particiones en función de su finalidad, lo que ocurre con la atención comunitaria que engloba a la sociedad en su conjunto, allá donde se encuentren los ciudadanos: el hogar, el trabajo, la escuela..., tanto en salud como en enfermedad. Es una forma de enfermería global que utiliza, eso sí, la atención primaria como conjunto de *“métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad”*; tal como se establece en la Declaración de Alma Ata.

En España, la Atención Primaria ha sufrido vaivenes en su funcionamiento y parecería que, a día de hoy, puede estar algo desvirtuada de sus principios, habiéndose convertido en ocasiones en una atención sanitaria más o menos tradicional, con pocos recursos a su alcance, lo que en ocasiones hace desconfiar a los ciudadanos de su efectividad. La formación especializada en este campo de médicos y, últimamente, de enfermeras no parece que aporte soluciones y convendría que se revisara en profundidad el sistema y la estrategia en su conjunto. El libro describe bien la evolución de la implantación del sistema de Atención Primaria y el papel jugado por las enfermeras, lo que puede orientar al lector sobre posibles vías de futuro revitalizador de este tipo de atención, en el que las enfermeras son imprescindibles.

La autora de este libro es una conocidísima profesional que ha desarrollado labores variadas en su trayectoria vital. Enfermera, docente fundamentalmente, ha hecho incursiones en otros campos, como la gestión pública y la política activa como representante popular. Su trabajo cooperativo en varios grupos ha hecho de ella un referente de los momentos de cambio, especialmente en los tiempos de incorporación a la universidad de las escuelas de enfermería y en la transformación de los sistemas de atención comunitaria. En este libro aporta una visión personal, global y enriquecedora de un periodo trascendental de la historia de la enfermería y de la atención sanitaria en España que a buen seguro, ha de resultar de interés tanto para profesionales de la salud como para estudiantes, que hallarán en sus páginas hechos, datos y opiniones de la autora llenas de significado no solo histórico, sino de proyección hacia el futuro, que siempre ha sido una de sus preocupaciones.

Solo me queda manifestar el agradecimiento profesional por el esfuerzo recopilatorio realizado en este libro y el personal por haberme permitido su lectura previa y el honor de hacer estas palabras introductorias.

*Mari Paz Mompart
Agosto, 2015*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DE LA AUTORA	15
----------------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN	19
---------------------	-----------

CAPÍTULO UNO

I. DE LA EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA	21
----------------------------------------------------	-----------

1. ¿DE DÓNDE VENIMOS? LA PERSPECTIVA HISTÓRICA	23
------------------------------------------------	----

1.1 El contexto primitivo	25
---------------------------	----

1.2 El contexto pre- cristiano	26
--------------------------------	----

1.3 El contexto cristiano	26
---------------------------	----

1.4 El contexto del renacimiento y la reforma: el nacimiento de la edad moderna	28
---------------------------------------------------------------------------------	----

1.5 El contexto del siglo XIX: profesionalización y estereotipación	30
---------------------------------------------------------------------	----

2. ¿DÓNDE ESTAMOS? LA ENFERMERÍA, UNA PROFESIÓN EN PLENO DESARROLLO	35
---------------------------------------------------------------------	----

2.1 La cuestión del desarrollo disciplinar	35
--------------------------------------------	----

- El eje del método: El Proceso de Atención de Enfermería
- El eje de la filosofía: los marcos o modelos conceptuales
- El eje del lenguaje: los diagnósticos de Enfermería

2.2 La cuestión de las características profesionales	44
------------------------------------------------------	----

3. ¿QUIÉNES SOMOS? LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA	47
3.1 De la procedencia o de un cambio de nombre que resume muchos cambios	48
3.2 De las características actuales del colectivo enfermero español y sus causas	54
3.3 De los obstáculos para el desarrollo profesional	61
4. ¿A DÓNDE VAMOS? EL FUTURO QUE YA ESTÁ AQUÍ	64
4.1 ¿Quiénes serán las enfermeras y enfermeros del tercer milenio?	66
4.2 Una propuesta de ética del cuidado o la vuelta a la acción guiada	67
4.3 Un juego entre personas	72
5. BIBLIOGRAFÍA	76
5.1 Referencias bibliográficas	76
5.2 Bibliografía consultada	78

CAPÍTULO DOS

II. DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA	79
1. LOS ORÍGENES	82
1.1 La aportación de Florence Nightingale	85
1.2 Los precursores en España	87
2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN AMPLIO CAMINO ABIERTO A LA PROFESIÓN ENFERMERA	91
2.1 El nacimiento de la Atención Primaria de Salud	91

➤ De la filosofía y las características de la Atención Primaria de Salud	
➤ Atención Primaria de Salud: la Enfermería “protagonista”	
2.2 ¿Qué se hizo y cómo se hizo?: 1984-1990, los años de la reforma de la APS en España	100
➤ 1984-1986: un trienio de expectativas y posibilidades	
➤ Los años 80: una situación profesional excepcional	
➤ Del dicho al hecho o algunos resultados de la reforma de la APS	
3. LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ACTUALIDAD	115
3.1 El valor de la salud y la enfermedad	115
➤ El camino hasta llegar a la “integralidad”	
➤ La importancia del factor social en el trabajo comunitario	
3.2 El entorno: los servicios de salud en España	125
➤ El fruto de la historia: los servicios sanitarios públicos en España	
➤ El contexto del desarrollo de la Enfermería comunitaria	
➤ Cambiar la orientación de los servicios: una tarea pendiente	
3.3 La práctica: ser enfermera comunitaria hoy en España	138
➤ El punto de partida: las conclusiones de un balance	
➤ Llenar el vacío: el trabajo de las enfermeras y enfermeros comunitarios de mañana	
4. BIBLIOGRAFÍA	145
4.1 Referencias bibliográficas	145
4.2 Bibliografía consultada	147

PRESENTACIÓN DE LA AUTORA

Hace unos meses -o un año ya-, Francisco Megías me llamó para proponerme publicar un texto sobre enfermería comunitaria escrito por mí, hace 20 años. Como siempre, atendí la petición de mi amigo, aunque tardé varios días en entender cuál era exactamente su petición. Me resultaba extraño el interés por un texto de hace tanto tiempo e incluso, al principio, las explicaciones telefónicas no me permitieron tener conciencia exacta de su contenido.

Busqué los archivos originales a los que creí que se refería y al releerlos, comprendí que se me estaba proponiendo que viera la luz un largo trabajo que tuvo su origen en la elaboración de un proyecto docente y que luego redacté en formato libro para una edición que nunca llegó a publicarse.

La recuperación del documento y su conversión en un formato electrónico accesible, hizo que me enfrentara al conjunto de lo escrito y advertí que si bien varias ideas en él contenidas, han sido publicadas en forma de artículos, el texto unificado es original.

De este modo, lo que se me ofrecía era una doble oportunidad. Por un lado, dar difusión a una reflexión sobre la profesión enfermera y el trabajo comunitario, realizada casi veinte años después de la puesta en

marcha en nuestro país de los estudios universitarios de Enfermería, con la inclusión de nuevos contenidos profesionales que ello significó, y de la publicación de la Declaración de Alma Ata, que amplió el ámbito de actuación enfermero a toda la comunidad. Y por otro, se me proponía publicar el texto, 20 años después de que fuera escrito.

Así pues, confiando en que, efectivamente, los años añadieran valor al documento y confiando, especialmente, en el criterio de Francisco Megías, decidí aceptar la propuesta.

El resultado es esta edición que me ha parecido necesario introducir con este prólogo que quiere hacer mención de varias cosas. La primera tiene que ver con los agradecimientos. Al menos, quiero dejar constancia de mi agradecimiento a:

- Paco Megías y a la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental por permitirme recuperar y dar un nuevo valor, a este trozo de mí.
- Alberto Vasco por seguir presente en tantos párrafos y,
- Las amigas y amigos de Sevilla que me ayudaron tanto en la realización del primer texto, por su paciencia, por su interés y por su voluntad decidida de hacer bien las cosas, independientemente de los resultados.

La segunda cuestión que quiero compartir es el sentimiento de satisfacción que se deriva del hecho de estar de acuerdo, en líneas generales, con las ideas que escribí hace 20 años.

Comparto la idea que Pirandello expresa a través del personaje de “El Padre” en *Seis personajes en busca de autor*, en relación a que nos creemos “uno” pero en realidad somos “tantos” como posibilidades de ser hay en nosotros: “uno” con este, “uno” con aquel, siempre diferentes (Camillieri, 2006).

Y estoy segura que nadie es capaz de negar que un lapso largo de tiempo como son 20 años, nos convierte en otra versión de nosotros mismos. Por eso me ha resultado tan gratificante constatar la concordancia en lo esencial con quien he sido.

En tercer lugar, quiero mencionar que he respetado enteramente el contenido del escrito, realizado en forma de reflexión general que aborda los principales aspectos sobre el origen y la evolución de la enfermería comunitaria, dejando planteadas las cuestiones fundamentales que

marcaron el desarrollo de la misma en España y los interrogantes que se percibían como condicionantes de su futuro.

Igualmente, he mantenido la redacción original del texto que incluye aspectos (modos de expresión y puntuaciones, por ejemplo) que ahora no utilizaría. He corregido, eso sí, las referencias bibliográficas, adaptándolas a las normas actuales del estilo de *Vancouver*.

Leer cosas escritas hace muchos años, te hace reencontrar con las ideas y los sentimientos que encierran. En cuanto a las ideas, ya he dicho que sigo compartiendo lo fundamental y si acaso, he notado que si ahora escribiera el texto, muy probablemente se reduciría la carga de ingenuidad respecto a los planteamientos de futuro.

En cuanto a los sentimientos, sólo quiero destacar la intensa emoción revivida al recordar las circunstancias que rodearon la primera forma de este texto, que como he dicho, constituyó el proyecto docente para concursar a una plaza de profesora en la Universidad de Barcelona. Concurrar a esa plaza me hizo ver aspectos de la universidad que entonces creí que hubiera sido mejor ignorar y de ahí, el recuerdo doloroso. Pero a pesar de la inevitable emoción, ahora advierto que, al final, siempre me alegro de conocer también la parte oscura de lo que amo.

Para terminar, quiero recordar que el término *retrospectiva* también significa evocadora y conmemorativa, por eso, esta “Retrospectiva” que se me ha dado la oportunidad de presentar, no sólo pretende dejar constancia de lo pensado y escrito en tiempos pasados, sino que quiere también ser una evocación y un reconocimiento al trabajo desarrollado por las enfermeras y enfermeros españoles con la implantación y el desarrollo del ámbito comunitario. Ámbito que se ha convertido en un campo profesional en el que se prestan cuidados indispensables para el desarrollo de nuestra sociedad.

Otra vez gracias a los que han hecho posible esta edición y gracias a todas aquellas personas que se sienten interesadas por ella.

INTRODUCCIÓN

Conocer y entender el pasado es, sin duda, uno de los elementos fundamentales para poder vivir de la mejor manera posible el presente y diseñar el futuro que se desea.

Este objetivo de comprensión de la evolución de la profesión enfermera, a través del análisis de sus principales acontecimientos históricos y contemporáneos, es el que me ha guiado en la realización del presente trabajo.

El mismo debe ser considerado como un ensayo, en la doble acepción de la palabra. En el sentido de que se trata de un borrador, que debe modificarse y corregirse y también, en el sentido de que es un ejercicio de reflexión, de “ensayo” de preguntas y posibles respuestas, cuya validez adquirirá su verdadera dimensión, a través de la discusión amplia en el conjunto de los profesionales.

He estructurado el trabajo en dos capítulos. El primero (**“De la evolución de la práctica enfermera”**), se dedica al análisis de los elementos que se consideran “clave” para enmarcar y justificar el ejercicio profesional.

El mismo se ha enfocado intentando responder a cuatro preguntas, la primera de las cuales **-¿De dónde venimos?-** está centrada en aportar una perspectiva histórica de los cuidados. En mi intento de respuesta haré referencia a los orígenes y a la evolución de los cuidados como servicio, analizando, de forma somera, las principales razones y métodos de la asignación de la responsabilidad de cuidar siguiendo el estereotipo de género.

La segunda cuestión **-¿Dónde estamos?-** la he planteado para proporcionar una visión general de la Enfermería en la actualidad: sus características como profesión y el nivel alcanzado en la construcción disciplinar.

La formulación de la tercera pregunta **-¿Quiénes somos?-** está pensada para poder presentar una panorámica sobre la situación de los enfermeros en España analizando de donde procede el actual colectivo, cuáles son los principales trazos que definen su situación en el sistema sanitario, qué causas han condicionado dicha situación y a qué problemas básicos se enfrenta para conseguir desarrollarse profesionalmente.

La última interrogación **-¿A dónde vamos?-** es la relativa al futuro y la he intentado contestar desde tres aspectos. El primero tiene que ver con los rasgos diferenciadores de los enfermeros que sabrán atender las necesidades de salud de la sociedad del tercer milenio, el segundo hace referencia a cuál deberá ser la ética que guiará dicha actuación profesional y el tercero trata de informar sobre cuál podrá ser su aportación específica y sus ámbitos de actuación.

El segundo capítulo de este trabajo lo he denominado **“De la enfermería comunitaria”** y su propósito general es doble. Por un lado, deseo aportar una panorámica de la evolución de la Enfermería comunitaria en el mundo occidental desde sus principios hasta la práctica actual y por otro, quiero explicar, a través de su desarrollo, cuál es el perfil de la enfermera comunitaria que se requiere aquí, ahora y para un futuro inmediato, y qué elementos fundamentales condicionan esa necesidad.

En la primera parte de dicho segundo capítulo trataré sobre **los orígenes de la Enfermería comunitaria** en nuestro ámbito cultural (las figuras y las orientaciones iniciales) para después centrarse en los precursores de la práctica comunitaria de la Enfermería en España.

La segunda parte está dedicada a analizar el nacimiento de la filosofía y los métodos que caracterizan a la **Atención Primaria de Salud** y al papel que dentro de ella, se ha asignado a los enfermeros y enfermeras. Igualmente, haré amplia referencia a cómo se desarrolló y qué significó para la Enfermería, el proceso de reforma de la Atención Primaria en España.

En último lugar, dedico un espacio destacado a analizar “**La Enfermería comunitaria en la actualidad**”. El énfasis en esta parte del trabajo se deriva de mi convicción respecto a que los y las enfermeras comunitarias para poder realizar eficazmente su trabajo, deben ser capaces de analizar las múltiples vertientes de la realidad social que afectan a su trabajo, ejercer su espíritu crítico y aportar creatividad, rigor y eficacia a su responsabilidad profesional.

Por ese motivo, la parte final del último capítulo está dedicada a los temas que constituyen los principales determinantes de la práctica de la Enfermería comunitaria en la actualidad en España. Me refiero: al valor de los conceptos de salud y enfermedad y a la situación actual y el posible desarrollo futuro de los servicios sanitarios. Para terminar, he realizado un análisis de la teoría y de la realidad actual del ejercicio de la Enfermería comunitaria y hago una propuesta sobre cómo llenar el vacío entre lo que las enfermeras y enfermeros hacen y lo que es necesario y pueden hacer en relación a la cobertura de las necesidades de salud de la comunidad.

CAPÍTULO UNO

I. DE LA EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

La Enfermería como toda disciplina de servicios está profundamente enraizada y condicionada a la comunidad a la cual sirve y, por tanto, a la variación de sus necesidades y de los recursos que habilita para su atención. Partiendo de esta premisa, el interés primordial de este capítulo es presentar los principales trazos sociales que han determinado la evolución de la Enfermería y que en la actualidad, enmarcan su práctica en nuestro país.

En los cuatro apartados que componen este capítulo intentaré responder a las preguntas que les dan nombre. Así pues, haré una breve perspectiva histórica para pasar a analizar las principales características profesionales que la Enfermería presenta en la actualidad; a continuación, trataré de desbrozar las cuestiones más relevantes de la situación de los enfermeros en España; y por último ofreceré mi visión sobre quiénes serán los enfermeros del siglo XXI, o dicho de otro modo, qué requisitos deberán cumplir los integrantes del grupo profesional que la sociedad del tercer milenio que ya se vislumbra, designará para que le preste cuidados.

1. ¿DE DÓNDE VENIMOS? LA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Las enfermeras venimos del instinto trascendido a servicio y de la división sexual del trabajo.

Para decirlo de una forma más explícita, considero que procedemos de la posibilidad de desarrollar la capacidad, genuinamente humana, de ir más allá del instinto individual de supervivencia, transformándolo en cuidados hacia los demás y que las enfermeras somos las herederas directas de una forma determinada de repartir dentro del grupo social las responsabilidades (y el poder derivado de su ejercicio) condicionada por cuestiones de sexo y de género.

Los seres humanos son sujetos activos del derecho y de la ética, precisamente por la capacidad de **conciencia** y **voluntad** que imprimen a sus actos.

En el largo proceso de evolución sufrido por la especie humana se pasó en primer lugar por una etapa “unitaria” en la que, debido a la dificultad que suponía la subsistencia de forma individual, los pensamientos y conductas de cada uno de los miembros del grupo estaban completamente subordinados al objetivo de la supervivencia del mismo.

Un control cada vez mayor del entorno y la complejización y perfeccionamiento de los procesos intelectuales de los hombres y las mujeres primitivas, condujeron a una etapa de “individuación” cada vez mayor, en la que se produjo la posibilidad de convertir el instinto de supervivencia en servicio hacia los demás.

Desde el inicio de la especie como tal, el cuidado se vincula a las mujeres ya que son ellas las que, dado que tienen la capacidad de concebir y parir, tienen a su cargo la atención de las crías.

La perpetuación de la especie pone de manifiesto que las hembras humanas, que dan a luz a individuos profundamente desvalidos, son capaces de aportarles aquellos elementos que les permiten alcanzar el suficiente nivel de desarrollo para ser independientes. Aquellos elementos indispensables para vivir que ahora se denominan **cuidados**.

Por todo lo expuesto, puede decirse que los cuidados existen desde el mismo momento en que la vida aparece ya que la definición más general de CUIDAR es precisamente MANTENER LA VIDA, VELAR POR... asegurando la satisfacción del conjunto de necesidades indispensables para la vida.

Dicho de otro modo, se considera CUIDADOS al conjunto de actos que tienen por finalidad mantener la vida del grupo humano, permitiéndole reproducirse y perpetuarse como especie.

Los cuidados se manifiestan a través de actividades que realizan tanto hombres como mujeres: proporcionar comida, abrigo, defender el territorio... Estas actividades van tomando diferentes matices y perspectivas según el tipo de sociedad y cultura que desarrolla cada grupo, ya que si bien es cierto que los cuidados son la respuesta que se da a las necesidades que son indispensables para todas las personas, no es menos cierto que éstas se manifiestan y son cubiertas de forma muy diversa según cada ámbito cultural.

Igualmente, mujeres y hombres se reparten de manera diferente la realización del patrimonio de ritos y creencias que cada sociedad articula para subvenir a sus necesidades.

A partir de estas afirmaciones, se puede enfocar la respuesta sobre los orígenes de las enfermeras desde dos perspectivas distintas: una basada en la cronología y en los períodos clásicos que se establecen para el estudio de la Historia; la otra es más general y en ella las fechas, e incluso las épocas, se

integran en “**contextos conceptuales**” **históricos**.

Se entiende bajo esa denominación a aquellos períodos temporales de la Historia que se caracterizan por presentar una homogeneidad en relación a los valores relativos a la salud, la enfermedad y su atención, y por ser trascendentes a la hora de explicar la actual situación de las profesiones sanitarias en general y de la Enfermería en particular.

La profesión enfermera, como toda disciplina de servicios, está profundamente enraizada en la comunidad en la que se desarrolla y, por tanto, está fuertemente condicionada en su evolución por la variación de los valores que constituyen su marco conceptual y que determinan, en última instancia, las necesidades de atención que reconoce cada grupo humano y los recursos que pone a disposición de las mismas.

Por ello, parece más interesante la opción de aportar una visión general de su evolución en grandes contextos históricos, definidos por los tres siguientes parámetros⁽¹⁾:

- Los valores respecto a la salud y la enfermedad.
- Las necesidades de atención que se derivan de aquellos valores y los recursos de que se dispone para satisfacerlas.
- El papel asignado a mujeres y hombres en la prestación de cuidados.

En el resto del presente apartado, intentaré contestar a la pregunta sobre ¿De dónde vienen las enfermeras?, a través del análisis de cinco “contextos conceptuales”:

- El contexto primitivo.
- El contexto pre-cristiano.
- El contexto cristiano.
- El contexto del Renacimiento y la Reforma: el nacimiento de la era moderna.
- El contexto del siglo XIX: profesionalización y estereotipación.

1.1. EL CONTEXTO PRIMITIVO

Aunque ya se ha tratado de ello al inicio de este apartado, parece interesante comentar una cuestión relativa al ámbito conceptual primitivo.

Se trata de la hipótesis de M. Françoise Collière⁽²⁾, una de las autoras que más y mejor ha trabajado la cuestión de la génesis y evolución de los cuidados proporcionados por las mujeres y por los hombres. Ella considera que la diferencia primera y fundamental entre ambos tipos de cuidados está en su objetivo.

Para Collière, el objetivo final de los cuidados masculinos es **HACER RETROCEDER A LA MUERTE**, alargar la vida. Los cuidados femeninos tienen como objetivo: **ASEGURAR EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA**.

Estos objetivos básicos que define Collière para los cuidados masculinos y femeninos, se corresponden fundamentalmente con las de la Medicina y la Enfermería.

La distinta meta final en la prestación de atención médica y enfermera, genera diversos estilos de actuación y diversas estructuras de organización y establecimiento de valores prioritarios en ambas profesiones, que se pueden ir observando a lo largo de toda su evolución.

Estas diferencias, unidas al proceso de estereotipación sufrido por la Medicina y la Enfermería, son la clave que permite entender el desigual proceso de desarrollo producido en ambas profesiones.

1.2. EL CONTEXTO PRE-CRISTIANO

Los cuidados y las enfermeras han sido lo que cada comunidad pre-cristiana ha considerado y necesitado. Así, los cuidados han sido prodigados por esclavas, sirvientas, madres, hechiceras, magas y, por supuesto, por mujeres consagradas.

Hay pocos indicios escritos pero se saben, al menos, dos cosas: que lo conceptual -los valores, lo imaginario, lo mágico- ha influido poderosamente en la práctica y que aún está en sus inicios la investigación de la historia de la mujer y, por tanto, del valor real de su contribución al mantenimiento de la vida y al bienestar de las sociedades pre-cristianas

1.3. EL CONTEXTO CRISTIANO

Sin duda, el cristianismo desde su surgimiento como movimiento religioso y social, actúa como el principal condicionante de la evolución de

la profesión enfermera.

La primera y fundamental muestra de ello es la integración de los conceptos de vocación y altruismo.

Las mujeres dedicadas al cuidado de los enfermos eran consagradas dentro de la Iglesia cristiana (Diaconisas), recibiendo sus órdenes en igualdad con los hombres (Diáconos). Pero la variación fundamental que aporta el cristianismo no es la consagración de las mujeres cuidadoras sino la identificación de su deseo de cuidar con la “entrega”, con la renuncia a obtener recompensas terrenales... Si acaso, el “pago” por los servicios que se prestan, se obtiene en la vida posterior a la muerte.

Sin duda, y de ello se tratará en el próximo apartado, este primer perfil de la enfermera como persona “entregada”, repercutirá de forma notable en sus posibilidades de profesionalización y de reconocimiento social.

El cristianismo transforma de manera completa la vida social romana a través de la modificación de los conceptos y valores que la sustentaban, los cuales habían sido arrasados o se hallaban ya muy debilitados.

La nueva sociedad emergente se articula alrededor de los valores cristianos, reformulados de acuerdo al entorno político derivado de la crisis del imperio romano de occidente y de las invasiones bárbaras que precipitaron su desmembración y se construye sobre los tres pilares socio-económicos que son el gremialismo, el feudalismo y el monasticismo.

En relación a los conceptos sobre la salud y la enfermedad, sus cuidados y cuidadores, es necesario destacar cuatro ideas como resumen de la importancia de ese contexto histórico:

1. Se produce un fenómeno de fusión entre los enfermos, los pobres, los locos y los desamparados. De alguna forma, puede decirse que todo lo indeseable socialmente es uno y se atiende junto.
2. La responsabilidad del cuidado de todo ese conglomerado que va a tardar siglos en individuarse y diferenciarse nuevamente, recae en las órdenes monásticas femeninas y masculinas, siendo en la Alta Edad Media raro el monasterio grande que no posee un Hospital.

Los hombres se hacen cargo de tareas de cuidado directo que hasta ese momento, habían sido patrimonio exclusivo de las mujeres (la higiene, la alimentación...).

3. Se modifican los conceptos sobre la salud, la enfermedad y su causalidad moral. Igualmente varía la percepción del cuerpo humano, concibiéndose fundamentalmente como el receptáculo físico que alberga el alma, lo verdaderamente importante ya que trasciende el tiempo del propio cuerpo.
4. Las atribuciones de las mujeres siguen centradas exclusivamente en el ámbito de lo doméstico y su único camino de desarrollo intelectual lo constituyen las órdenes monásticas.

1.4. EL CONTEXTO DEL RENACIMIENTO Y LA REFORMA: EL NACIMIENTO DE LA EDAD MODERNA

El Renacimiento y la Reforma vienen a condicionar de forma fundamental, en el siglo XV y en los posteriores, la evolución de las profesiones sanitarias y los propios conceptos sobre la salud, la enfermedad y su atención.

Anteriormente, se habían producido ya algunos acontecimientos de trascendencia. Uno de ellos fue la creación de las primeras Escuelas de Medicina en las distintas Universidades europeas. Después de un largo período de devaluación, la enseñanza de la Medicina se revalúa y se empiezan a producir los primeros médicos titulados que, rápidamente, se hacen cargo del control de los Hospitales municipales ya existentes.

La importancia de este hecho se deriva de la situación de agravio comparativo académico en que, desde aquel momento y hasta mediado el siglo XIX, se sitúa la Enfermería en relación a la Medicina lo que, sin duda, condiciona de forma sustancial sus posibilidades de desarrollo profesional.

La segunda cuestión a tener en cuenta es el impacto producido por la extensión y letalidad de las plagas que durante el siglo XIV asolaron Europa. La incidencia de las epidemias (especialmente la de peste bubónica), no sólo tuvo como efecto una drástica reducción de la población, sino que también provocó un fuerte cuestionamiento de los valores sociales, entre ellos los de “altruismo” y “entrega”, sobre los que se basaba la práctica de la atención sanitaria.

Los cambios que se habían ido produciendo en el tejido socio-económico en los siglos XIV y XV, permitieron y aún propiciaron la aparición de los dos hitos sociales que constituyeron la Reforma protestante y el movimiento artístico e intelectual denominado Renacimiento.

En relación a los cuidados, los países que se adscribieron a la reforma protestante sufrieron un proceso de secularización que tuvo dos consecuencias importantes. La primera fue la separación de la prestación de cuidados de las órdenes religiosas que fueron disueltas. La segunda consecuencia fue la consiguiente transformación del oficio de enfermera en una ocupación que no podía ser ejercida por mujeres respetables.

De este modo, empezaron a actuar como enfermeras mujeres de muy baja extracción social e incluso algunas reclusas cumplían su condena penal “cuidando” a los enfermos en los Hospitales.

La crisis, ya comentada, de algunos valores -los de “entrega” y “altruismo” entre ellos- junto con el surgimiento de los propios del pensamiento renacentista tuvo como resultado nuevas formas de concebir los conceptos sobre los que se sustenta la práctica sanitaria: se devalúa la noción de pobreza (idealizada con las órdenes mendicantes...) y se pasa a percibir a los **“pobres enfermos”** no sólo como propagadores de enfermedades sino como posibles subvertidores del orden social establecido.

Estas últimas ideas sobre los enfermos junto con la aparición de enfermedades desconocidas hasta el momento -producto de la conquista y colonización de nuevos territorios-, producirán la creación de un tipo de instituciones asistenciales, cuyo objetivo es el aislamiento más que la curación de los marginados y que llevarán el nombre de “Hospitales de incurables”.

Aquí, es necesario destacarlo, ya no se hace distinción entre si “lo incurable” proviene de la enfermedad física o de la enfermedad social que es la pobreza...

En relación a la prestación de cuidados, en los países católicos se inician durante los siglos XVI al XVIII algunos pequeños intentos de dignificación que no producen cambios sustanciales en la situación general de la prestación, la cual se caracteriza por la primacía de la atención humana (cama, comida, refugio y oración) frente a la atención clínica y por la absoluta precariedad de sus instalaciones y servicios.

Durante esos siglos, al contrario de lo que ocurre en los territorios protestantes, en España y en todo el ámbito católico los cuidados siguen a cargo de órdenes religiosas (masculinas y femeninas), muchas de ellas creadas en ese período con el objetivo concreto de la atención a los enfermos.

Sin duda, la influencia de lo religioso será uno de los elementos básicos a tener en cuenta a la hora de analizar el nivel de desarrollo alcanzado por la profesión enfermera en España.

1.5. EL CONTEXTO DEL SIGLO XIX: PROFESIONALIZACIÓN Y ESTEREOTIPACIÓN

Hasta aquí se han planteado las causas de dos de las características básicas que presentaba la Enfermería en el siglo XIX. La primera de ellas es que constituía un oficio de muy baja consideración social cuando se ejercía por parte de mujeres seglares o se identificaba, cuando era desarrollado por mujeres consagradas, con el resultado del ejercicio de la **caridad como virtud religiosa**.

La segunda característica, derivada en gran parte de la primera, era que su ejercicio no exigía ninguna o casi ninguna preparación especial.

El siglo XIX es de trascendental importancia para la Enfermería y la Medicina en nuestro contexto socio-cultural ya que es en él que se producen los procesos de **profesionalización y estereotipación** de las mismas.

Durante muchos siglos, ni la Medicina ni la Enfermería fueron profesiones en el sentido con que hoy aplicamos el término. En la actualidad se define una “profesión” como al conjunto de personas que han obtenido un título, una formación académica que les permite ejercer una determinada actividad.

Los integrantes de una profesión reconocen pertenecer a un mismo grupo y se identifican básicamente con una ideología común en relación al servicio que prestan.

Pero como dice Ehrenreich⁽³⁾, *“una profesión reconocida no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclaman como tales, sino una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y regular su práctica profesional. Esto es, para monopolizar determinado campo de actividad, sin interferencias*

exteriores”.

El camino para que un grupo concreto adquiriera la categoría de profesión con todas sus prerrogativas, lo define Elliot Fredison⁽⁴⁾, del siguiente modo:

“Una profesión obtiene y mantiene su posición, gracias a la protección y al patrocinio de algunos sectores privilegiados de la sociedad que han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial”.

Tal como he comentado, en nuestro contexto socio-cultural, el origen de la actual orientación de la Medicina y la Enfermería se encuentra en el período de la Edad Media posterior a la ascensión del cristianismo al poder del Estado. En ese momento, las profesiones basadas en una ideología (en ese caso en la creencia cristiana), se constituyen como grupos reguladores del orden social.

Se invisten de autoridad para determinar en la parcela de sus competencias, qué es BUENO y qué es MALO para el mantenimiento de la estructura social.

Las profesiones con más poder para regular dicho orden social son en un principio, los MÉDICOS y los JUECES, en su calidad de herederos de muchas de las atribuciones de los sacerdotes y los clérigos.

A partir del momento en que la Medicina, ejercida fundamentalmente por varones, se profesionaliza gracias al reconocimiento de los grupos sociales de poder, la relación de la Enfermería y la Medicina **se marca para siempre con un carácter de dependencia.**

Es interesante destacar aquí, para hacer aún más evidentes los valores reales que determinaron la hegemonía de la práctica masculina de los cuidados (la Medicina) frente a la femenina (la Enfermería), que a mediados del siglo XIX, la Medicina no podía reivindicar ningún método terapéutico exclusivamente eficaz ni tampoco un cuerpo científico particular.

En cuanto a los condicionantes más destacables al inicio de la institucionalización de la Enfermería en occidente, cabe citar los siguientes:

- Los deberes de las enfermeras eran una combinación de los de

ama de casa con los de la criada.

- No había un sistema oficial de enseñanza y se esperaba que las enfermeras aprendieran a realizar sus tareas a través de otras mujeres o por su trabajo en el hogar.
- Las enfermeras provenían fundamentalmente de la clase baja y poseían escasa o nula educación.

Este último elemento es muy importante porque en contraposición a él, los médicos procedían generalmente de la clase alta ya que de otra manera no podían cursar los largos años de estudio que ya en aquel momento se les exigían.

Simplificando mucho pero no por ello desvirtuando la realidad, puede decirse que los médicos-hombres eran los representantes de la burguesía en el sistema sanitario y las enfermeras-mujeres, del proletariado.

Al tratar sobre la profesionalización de la Enfermería, hay que hablar de Florence Nightingale ya que se la considera, con razón, la fundadora de la Enfermería moderna.

Realmente el trabajo de F. Nightingale⁽⁵⁾⁽⁶⁾ fue importantísimo y lo fue especialmente por dos motivos. Primero porque impulsó decisivamente la formación de las enfermeras con lo que puso una de las bases fundamentales de la profesión. En segundo lugar, porque fue la principal inspiradora del modelo ideológico propio de la Enfermería.

En este apartado sólo se tratará de la obra de F. Nightingale en relación a su influencia en la creación de la que ha sido, y aún es, la imagen social de la enfermera. En el próximo capítulo analizaré su indudable contribución al establecimiento y desarrollo de la práctica enfermera en la comunidad.

F. Nightingale era una mujer de clase socialmente alta, aristócrata, que trabajó durante el apogeo de los valores victorianos, los cuales compartía. Estos dos datos: su procedencia social y la moral victoriana, constituyeron la base del modelo de enfermera que propugnó.

De esta manera, a través de esta inspiradora, el producto acabado “enfermera Nightingale”, era sencillamente el modelo de **Mujer Ideal** trasplantada del hogar al hospital. La enfermera se convirtió en la personificación de los valores de la feminidad según los patrones victorianos.

Así, la tarea del cuidado, a la vez que por un lado se profesionalizaba (se hicieron obligatorios los estudios y empezó a necesitarse un título para ejercer como enfermera), por otro lado, se “domesticaba” en el sentido de que la Enfermería era el camino para expresar fuera del hogar el papel “doméstico”, natural de la mujer.

Esta concepción de la Enfermería como la profesionalización de las características naturales de la mujer, tuvo varias consecuencias importantes, que trataré en sucesivos apartados. Ahora quiero señalar una de las que constituyen un problema aun en la actualidad, que es el hecho de que la Enfermería sea definida más por las características personales de sus componentes (entrega, obediencia, limpieza, bondad...), que por su aportación profesional.

Para completar el análisis de la importancia del siglo XIX en el desarrollo de la profesión enfermera es importante profundizar un poco más en el concepto de “estereotipación”.

Se entiende bajo los términos de “tipificación”, “polarización” y “estereotipación de género” el proceso de **encauzamiento selectivo de las personas** hacia trabajos determinados en razón de su pertenencia al género masculino o femenino. Una profesión es estereotipada en función del género cuando una gran mayoría de sus componentes es de uno de los dos géneros y se **entiende socialmente que es apropiado** que así sea.

El documento de la Organización Mundial de la Salud (1988) denominado *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*⁽⁷⁾, al tratar sobre la estereotipación en razón del género, de las dos más importantes profesiones sanitarias, dice textualmente:

“En las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad”.

Volviendo al análisis de los acontecimientos del siglo XIX y siguiendo con la influencia de la “tipificación” para el desarrollo de la profesión enfermera, es interesante destacar que los valores de los estereotipos de género que hacían particularmente idónea a la mujer para actuar como

enfermera y al hombre para ejercer como médico, impedían a ambos desarrollar la otra carrera. Porque, ¿cómo podía una persona dotada para la acción, pragmática e inteligente, compaginar sus cualidades con la paciente tarea de estar constantemente al lado del enfermo...?

Y por supuesto, no era el mundo duro y lineal de la Ciencia el sitio ideal para la innata espiritualidad y la fragilidad de las mujeres...

Para concluir este apartado, cuyo objetivo era hacer una breve revisión histórica al devenir de las enfermeras, parece acertado decir que el modelo ideal de enfermera que estaba vigente en el contexto conceptual del siglo XIX era aquella que poseía unas determinadas características personales -ya comentadas- y cuyas funciones eran:

- Cuidar al enfermo con la abnegación, el interés y la entrega de la **madre**.
- Obedecer absolutamente al médico, como una **esposa**.
- Administrar al personal auxiliar con la disciplina firme y amable de un **ama de casa**.

Madre, esposa y ama de casa que es el resumen exacto del modelo de mujer victoriana...

Con la institucionalización de los valores femeninos y masculinos como distintivos de la Enfermería y la Medicina, parece que se encuentra la fórmula ideal para la armonía entre los principales componentes del sistema sanitario.

La Enfermería con sus cualidades de obediencia, subordinación, abnegación y espiritualidad se convierte en la profesión complementaria ideal para la pujante Medicina, reproduciéndose en el mercado de trabajo sanitario los roles familiares que impiden la competencia: el médico-hombre realiza las funciones que se cotizan y la enfermera-mujer, las menos valoradas.

Hallada la solución para evitar problemas, asignando su sitio "natural" a cada cual, qué menos que volcar todos los esfuerzos para que dicha situación se perpetúe...

Los caminos han sido múltiples: desde la expropiación del conocimiento que ha estado en manos de los médicos hasta bien entrado el siglo XX, a la determinación de funciones, pasando por el control profesional.

Hasta aquí se ha pasado revista a dos de los trazos básicos del siglo XIX en relación al desarrollo de la profesión enfermera: la profesionalización y la estereotipación.

Pero la trascendencia del XIX en dicho desarrollo no puede comprenderse en su integridad si no se tiene en cuenta que también fue el período histórico en el que se sentaron las bases y se iniciaron los movimientos sociales que llevarían a las formulaciones de los paradigmas socialista y feminista, entre otros.

El movimiento feminista, con su deseo de emancipación y consecución de la igualdad para las mujeres, junto con los avances gigantescos en la aplicación de la física y la química a la atención de los problemas de salud y el consiguiente “despegue” científico de la Medicina, fueron hechos de capital importancia a la hora de convertir a la profesión enfermera en lo que es hoy.

2. ¿DÓNDE ESTAMOS? LA ENFERMERÍA, UNA PROFESIÓN EN PLENO DESARROLLO

En este momento, puede decirse que el “territorio enfermero” -las circunstancias y el ambiente en que la profesión se desenvuelve- se define en base a dos cuestiones: la consecución del pleno desarrollo disciplinar y la asunción de la totalidad de las características profesionales.

Por supuesto, ambas cuestiones están íntimamente relacionadas y la evolución en una lleva consigo el avance en la otra.

La Enfermería, como toda profesión, desea contribuir a la explicación y solución de los problemas y necesidades que se le plantean a la sociedad en la que está inmersa. El camino para llevarlo a cabo de la mejor forma es, sin duda, alcanzar el máximo desarrollo disciplinar. O sea, aportar a la comunidad científica su perspectiva -rigurosa, única e indispensable- respecto a los fenómenos de la salud y la enfermedad y a los métodos para abordarlos.

2.1. LA CUESTIÓN DEL DESARROLLO DISCIPLINAR

Los pasos que las enfermeras están siguiendo para conseguir el desarrollo de su disciplina se centran actualmente en tres ejes:

- La aplicación del método científico a su campo de actividad.
- La elaboración y adopción de marcos o modelos conceptuales.
- La confección y aplicación de un lenguaje propio: los diagnósticos de Enfermería.

El eje del método: El Proceso de Atención de Enfermería

En los años 50, un grupo de enfermeras norteamericanas advirtió la necesidad de aplicar un método riguroso a la resolución de los problemas y necesidades que planteaban los usuarios de sus servicios. Este hecho constituyó el primer paso del camino definitivo que está transformando a la Enfermería desde un oficio complejo a una profesión.

Además, su importancia fue captada por un elevado número de profesionales que desde entonces se han dedicado a la tarea de confeccionar, aplicar y evaluar distintos modelos de registros del proceso de atención de Enfermería.

La aplicación sistemática del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica asistencial, tiene para la profesión enfermera la misma trascendencia que ha tenido para el desarrollo y reconocimiento de otras profesiones, el hecho de poder contar con un instrumento desarrollado a partir de su área de competencia y válido para la comunicación a la sociedad científica de las perspectivas, experiencias y aportaciones propias.

No parece necesario profundizar aquí sobre las distintas etapas del PAE y sus objetivos ya que éstas se hallan suficientemente contrastadas y no hay discusión sobre la importancia de cada una de ellas. Sólo deseo destacar que, en mi opinión, comprender el objetivo último de la aplicación del PAE es darse cuenta de que es una herramienta esencial para el desarrollo profesional de la Enfermería pero que es únicamente una herramienta y que como tal debe ser manejada. Sabiendo que hay una meta final que trasciende al método y lo justifica.

Tratar la segunda cuestión que nos ocupa -la elaboración de modelos conceptuales-, pasa, inevitablemente, por volver a Florence Nightingale.

Algunos aspectos de la obra de F. Nightingale ya se han tratado en el apartado anterior. Ahora lo que nos ocupa es destacar otra de las facetas de su trabajo: la aportación al reconocimiento de la necesidad de enmarcar la práctica enfermera en un marco conceptual que dirija y dé sentido a cada una de sus acciones.

F. Nightingale era una mujer que combinaba la exquisita educación recibida -según el patrón victoriano- con un espíritu científico y emprendedor.

Estas dos últimas cualidades de su personalidad se demostraron fehacientemente a lo largo de su vida. La primera prueba de ellas fueron los logros obtenidos con la aplicación de los principios de la administración y la racionalización de los cuidados en el trabajo desarrollado con los soldados heridos en la Guerra de Crimea (1854-1856). El segundo ámbito en el que supo demostrar su valía fue la elaboración y puesta en práctica de un programa para la formación de las enfermeras y la creación de la Escuela de Enfermería del “St. Thomas Hospital” de Londres (1860).

El estudio de sus múltiples escritos y especialmente de sus dos obras fundamentales *Notas sobre los Hospitales* (1858) y *Notas sobre Enfermería* (1859), permiten considerar a F. Nightingale como la enfermera que describió el primer marco conceptual de la Enfermería. Efectivamente, en sus libros incluye su definición de salud, del objeto de la práctica enfermera y, sobre todo, explicita su filosofía en relación a la prestación de cuidados.

El enorme trabajo desarrollado por Nightingale con los heridos de guerra, la convirtió en una heroína popular de Inglaterra. Ella, demostrando también su inteligencia en esta circunstancia, supo utilizar su prestigio para difundir sus ideas respecto al trabajo y la capacitación de las enfermeras.

La influencia de la “Escuela Nightingale” llega hasta nuestros días por dos motivos. El primero es el hecho de que algunas de las más importantes teorizadoras de la Enfermería en la actualidad se han formado en Centros de enseñanza que se fundaron de acuerdo con el modelo de Escuela de Enfermería que ella propugnó.

El segundo motivo de su actualidad es la conciencia, generalizada entre muchas enfermeras contemporáneas, de que la elaboración de marcos conceptuales para la Enfermería es uno de los caminos básicos para su desarrollo como profesión.

El eje de la filosofía: los marcos o modelos conceptuales

Antes de intentar justificar la importancia del desarrollo de modelos conceptuales para la práctica enfermera, parece oportuno hacer algunas aclaraciones. Una de ellas se refiere a la utilización, en este libro, del

término “modelo o marco conceptual” en vez de “teoría”, como emplean algunos autores y autoras.

Una teoría es “*un conjunto organizado de ideas referentes a cierta cosa o que tratan de explicar un fenómeno*”⁽⁸⁾, cuyo origen es la aplicación de un enfoque empírico sistemático. La finalidad última de las teorías acostumbra a ser la de justificar, predecir y/o controlar fenómenos que se producen o afectan a la realidad en que nos movemos.

Los marcos o modelos conceptuales pueden ser definidos como ideas universales acerca de las personas, grupos, situaciones y acontecimientos de interés para una disciplina que describen un ideal que lograr.

De acuerdo con Fernández⁽⁹⁾, “un modelo conceptual de Enfermería puede describirse como la imagen mental o conceptual de un ideal; el ideal de lo que la Enfermería debería ser, una imagen que proporciona una dirección o un patrón para alcanzar el objetivo del modelo”.

Partiendo de estas definiciones, parece claro que los trabajos de las enfermeras teorizadoras actuales, se ajustan más al concepto de modelo o marco conceptual que al de teoría.

Las autoras elaboran sus marcos conceptuales partiendo de conceptos utilizados en las diversas teorías o modelos ya existentes. De la elección de unas u otras ideas para la confección de su modelo, se deriva la amplia variedad de enfoques que actualmente encontramos y que sin duda, abren un abanico suficiente de opciones para que cada Institución o enfermera pueda adoptar el que mejor se adapte a su concepción filosófica de la vida y por tanto, de los cuidados.

Según Fawcett⁽¹⁰⁾, se denomina “*metaparadigma a los fenómenos abstractos y generales que proporcionan una perspectiva universal de la disciplina*”.

Los expertos han acordado que los conceptos que constituyen el metaparadigma de la Enfermería son los de **persona, salud, entorno y los propios cuidados enfermeros**.

Dada la variedad existente de modelos conceptuales, varios autores y autoras han procedido a su agrupación, siguiendo diversos criterios. Meleis⁽¹¹⁾ los reunió en tres “**escuelas o corrientes de pensamiento**” en base a las dos siguientes características:

- La relación entre su cronología, los antecedentes de sus autoras y el contexto socio-cultural en el que fueron concebidos.
- El propósito que guió su construcción.

Las tres “escuelas de pensamiento” fueron denominadas por Meleis: Necesidades, Interacción y Objetivos.

A la “escuela de necesidades” pertenecen las teorizadoras Henderson y Orem, las más conocidas y utilizadas en nuestro ámbito profesional. Su objetivo es contestar a la cuestión sobre qué hacen las enfermeras.

La “escuela interaccionista” está representada por Peplau, Orlando y King, entre otras, y la pregunta clave a la que tratan de responder es, ¿cómo hacen las enfermeras aquello que hacen?

Por último, son integrantes de la “escuela de objetivos”, las profesoras Rogers, Johnson y Roy entre otras. Su preocupación fundamental es encontrar respuesta al porqué del trabajo de las enfermeras, centrándose en la conceptualización de la meta de la Enfermería.

Tal como se ha dicho, el catálogo actual de modelos permite que cada Institución y enfermera o enfermero, adopte el que esté más de acuerdo con su propia orientación filosófica de la vida y de la atención enfermera.

Dado que trascendería el objetivo de este apartado el incluir un resumen de los principales modelos de Enfermería desarrollados actualmente, voy a limitarme a explicar el de Virginia Henderson.

Elijo este modelo pues lo considero el de mayor trascendencia por dos motivos: uno es que, porque es el más conocido por las y los enfermeros españoles. El otro es su compatibilidad con la taxonomía diagnóstica de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, una de las más elaboradas y con mayor nivel de implantación en la actualidad.

El modelo conceptual de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson se basa, en parte, en los trabajos del psicólogo americano Thorndike, y en parte en su propia experiencia como enfermera asistencial, docente, e investigadora. Defiende que todos los seres humanos tienen catorce necesidades fundamentales que deben ser satisfechas para mantener o aumentar su salud o para procurar su restablecimiento. El concepto de necesidad, tal como lo utiliza V.

Henderson se refiere a un requerimiento más que a una carencia, es decir, en su propuesta la palabra necesidad adquiere un sentido positivo.

Concepto de Persona

De acuerdo con este modelo, toda persona:

1. Desea la independencia y se esfuerza por conseguirla.
2. Es un todo complejo, compuesto de catorce necesidades fundamentales.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no está completo, no se considera total o independiente.

Virginia Henderson identifica catorce necesidades⁽¹²⁾⁽¹³⁾:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse seleccionar ropas adecuadas.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener el cuerpo limpio y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con otros.
11. Obrar de acuerdo con sus valores y creencias.
12. Trabajar de tal manera que tenga una sensación de realización.

13. Jugar o participar en diversas actividades de ocio y recreación.
14. Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad que conduce al normal desarrollo y salud y al uso de los recursos de salud disponibles.

Estas catorce necesidades -comunes a todas las personas-, presentan diferencias individuales que pueden llegar a ser considerables y su satisfacción está condicionada por una serie de factores de índole biológica, psicológica o social. El individuo se considera como un “todo” complejo que es distinto a la suma de las partes que lo componen y mucho más que ésta. Cuando se produce alguna circunstancia (fuente de dificultad) que impide la normal satisfacción de una o más necesidades, aparece un estado de dependencia que justifica la intervención enfermera.

Concepto de entorno

Este es un concepto que no aparece de manera explícita en el modelo de V. Henderson, lo que constituye una de las principales críticas que se le han hecho. No obstante, varios autores, entre los que se encuentra Evelyn Adam⁽¹⁴⁾, consideran que el entorno se contempla de manera implícita en cada necesidad, al considerar los factores que condicionan su satisfacción.

Concepto de salud

V. Henderson define la salud en términos de desempeño del rol, identificando catorce áreas -las correspondientes a las catorce necesidades fundamentales- en las que la persona debe poder actuar independientemente para estar sana. Dicho de otra manera, la salud se contempla como la habilidad del individuo para desempeñar por sí mismo las actividades requeridas para la satisfacción de sus necesidades.

Esta concepción desliga el concepto de salud del concepto de enfermedad en su sentido más estricto: no se refiere a lo que se siente ni a la presencia o ausencia de signos y síntomas, sino a lo que se es capaz de hacer.

Concepto de Enfermería

En palabras de la propia Virginia Henderson⁽¹⁵⁾: *“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la*

ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”.

El foco o centro de atención de la actuación enfermera es coherente con la visión que tiene de la persona y de la salud, centrándose en el área o áreas de dependencia del enfermo/usuario, con el objetivo de mantener o restaurar la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades fundamentales, o, cuando este sea el caso, procurar una muerte apacible.

El estado de dependencia aparece por una falta de fuerza física o mental (no poder), de motivación (no querer), o de conocimientos (no saber), por lo que la actuación enfermera -reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, y/o aumentar- se centrará tanto en la satisfacción de las necesidades no cubiertas como en el tratamiento de la fuente de dificultad (causa) que las provoca.

Al principio de este apartado se ha comentado que la elaboración y aplicación de taxonomías diagnósticas es la tercera vía en la que las enfermeras profundizan actualmente para conseguir el máximo desarrollo profesional.

El eje del lenguaje: los diagnósticos de Enfermería

La importancia de los diagnósticos de Enfermería deriva fundamentalmente de que son uno de los instrumentos fundamentales que permiten la expresión del “discurso enfermero”.

Entiendo por “discurso” todo aquello que se expresa como reflejo de lo que uno es. De este modo, el **discurso de la Enfermería** es:

“La plasmación a través del lenguaje de todas aquellas características que dan a la profesión enfermera una entidad específica y única, diferenciándola de cualquier otra”.

De la misma manera que las disciplinas cuyo ámbito de competencia lleva largo tiempo reconocido por la sociedad han desarrollado un lenguaje

propio, así los “diagnósticos enfermeros” constituyen el vehículo que permite expresar de forma inequívoca y diferenciada la identidad de la disciplina enfermera; o sea aquella serie de particularidades por las que se distingue de las demás y que hacen a su aportación única, indispensable e insustituible.

No creo que haga falta remarcar más la importancia de los diagnósticos ya que hay un consenso unánime en reconocer las posibilidades que abren respecto al planteamiento, registro y transmisión del ejercicio asistencial enfermero. Sólo parece oportuno comentar que no debe olvidarse que, también en este caso, se trata de instrumentos; de vehículos para conseguir el objetivo de prestar cuidados desde una perspectiva determinada, desde un marco conceptual previamente definido.

Es pues necesario partir de un modelo conceptual para poder elegir y aplicar “diagnósticos enfermeros”.

Según la definición de trabajo aceptada por la NANDA en su reunión de 1990, un “diagnóstico enfermero” es:

“Un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de Enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”⁽¹⁶⁾.

En este momento, numerosos grupos de enfermeras trabajan confeccionando y aplicando diagnósticos enfermeros a su labor de prestar cuidados. Dichas taxonomías se derivan de la aplicación de los diversos marcos conceptuales que ya se hallan elaborados en este momento.

Esta realidad, que inicialmente puede llevar a alguna confusión y a ciertas pérdidas de energía, constituye una etapa especialmente rica de la historia de la Enfermería ya que permitirá diferenciar a la larga, qué modelos y qué instrumentos diagnósticos son los más útiles para realizar la labor enfermera en los distintos ámbitos de la atención.

Hasta aquí se ha intentado contestar a la pregunta sobre ¿dónde está la Enfermería como profesión?, analizando su grado de desarrollo disciplinar. Para completar la respuesta es necesario pasar una rápida revista a cuál es su nivel actual de consecución de **aquellas**

características que se consideran propias de una profesión.

2.2. LA CUESTIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

En líneas anteriores he avanzado un concepto de profesión -centrado en la visión sociológica- en el que se define en base a los siguientes parámetros⁽¹⁷⁾.

- Es necesario obtener un título, una formación académica para poder ejercer la actividad.
- Hay un sentimiento de pertenecer a un grupo y de compartir unos valores por parte de los profesionales.
- Existe un reconocimiento social del derecho de los profesionales a actuar monopolísticamente en un determinado campo, con su consiguiente dotación de instrumentos legales.

En la actualidad y en lo relativo al ámbito occidental, parece que la profesión enfermera ha alcanzado las tres primeras características mencionadas. Las sociedades exigen una titulación para su ejercicio, el colectivo enfermero puede actuar contra el intrusismo en el campo que ha sido definido como de su responsabilidad y de forma generalizada, los enfermeros y enfermeras tienen conciencia de pertenecer a un grupo que comparte una serie de valores.

Desde un enfoque más amplio, se considera que una profesión para poder ser definida como tal, tiene también que cumplir las siguientes premisas:

- Poseer un cuerpo de conocimientos propio.
- Desarrollar su práctica de acuerdo a dicho cuerpo teórico.
- Haber definido y ajustarse a un código de ética profesional, cuya difusión sirva de carta de presentación a los usuarios de sus servicios, a los propios profesionales y a la sociedad en general.
- Tener como objetivo de su actuación aquellas cuestiones que significan necesidades o problemas de la comunidad en que se desarrolla.
- Disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación.

Como se ha visto, la Enfermería se halla en pleno proceso de construcción de su contenido disciplinar y en este sentido ya se ha avanzado mucho terreno.

La formación que reciben las enfermeras y enfermeros en los centros académicos que están autorizados en cada país para capacitar para el ejercicio profesional, tiene como base dichos contenidos disciplinares y su aplicación en los distintos ámbitos en los que se prestan cuidados. De este modo, las enfermeras pueden basar su ejercicio profesional en la disciplina enfermera, contribuyendo con ello a su consolidación y ampliación.

La Ética es, a lo mejor, la única realización de la persona en libertad ya que no parece que lo sean ni la Ciencia ni el Arte, realizaciones humanas profundamente condicionadas por las leyes de la herencia y, en resumen, por la bioquímica⁽¹⁸⁾.

En esta línea, el Consejo Internacional de Enfermeras, como representante de todo el colectivo enfermero, tiene elaborado un código ético, al cual se ajusta la actuación de los profesionales.

Al ser una profesión de servicios sanitarios, al tener como meta final la aportación -en todas las circunstancias- de aquellos elementos indispensables para la vida que llamamos cuidados, la Enfermería cumple con creces la premisa de tener como objetivo alguna cuestión de interés para la sociedad a la que sirve.

En relación a la última característica citada, la relativa a disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos que utiliza, me parece que la situación no es generalizable.

En nuestro círculo cultural, existen países (Inglaterra y Estados Unidos entre ellos) en los que parece que hay un nivel de autonomía y control del ámbito de responsabilidad asignado a la Enfermería, semejante al que poseen otras profesiones. Ello es así aun teniendo en cuenta que la Enfermería se encuentra elaborando su disciplina y por tanto, aún le queda un cierto camino para ser totalmente reconocida como profesión por la sociedad.

En otros países, la Enfermería tiene una escasa autonomía y un bajo nivel de control sobre su propia práctica, pudiéndose definir más como un oficio complejo que como una profesión. Es necesario destacar que si bien esta última afirmación es fácilmente comprobable, no es menos cierto que hay un movimiento en pro de la consecución de la máxima

profesionalización de la práctica enfermera en todos los países de nuestro entorno socio-cultural. Una muestra de ello es el número cada vez mayor de investigaciones realizadas sobre lo que se ha definido al principio como el “territorio enfermero”, o sea el conjunto de circunstancias que condicionan su evolución y el ambiente que las rodea.

Para terminar este apartado me ha parecido interesante incluir un listado de lo que podrían considerarse “**indicadores de profesionalización**”.

Bajo ese término debe entenderse aquel conjunto de características que se dan en las enfermeras y enfermeros cuando estos actúan desde una perspectiva profesional, o sea cuando su práctica cumple todos los requisitos que se han descrito como propios de una profesión.

De acuerdo con López y Alberdi⁽¹⁹⁾ se considera que una enfermera es una “profesional” cuando:

- Conoce las bases disciplinares de su práctica, objeto, y modo de intervención.
- Reconoce y sabe defender con criterios científicos el campo de acción que le es propio.
- Trabaja con autonomía y tiene control sobre el servicio que presta, que se manifiesta, por ejemplo, resolviendo desde su disciplina los problemas que se presentan.
- Participa en el desarrollo y en la mejora permanente de su práctica (profundiza y pulen, o toca, imagina, nombra, usa y modifica aquello sobre lo que actúa...).
- Es capaz de fundamentar las bases éticas y legales de sus actuaciones profesionales.
- Se reconoce como profesional y siente orgullo de su aportación a la comunidad.
- Se identifica con un grupo profesional y participa activamente en él.

Por último, se reconoce a una enfermera que actúa desde una perspectiva profesional porque:

- Tiene una actitud de participación activa en la sociedad (tiene cosas que decir y las dice desde su saber disciplinar).

Cumplido el objetivo de justificar la afirmación que da título a este apartado -“La Enfermería, una profesión en pleno desarrollo”-, se van a

dedicar las próximas páginas a contestar a la cuestión sobre **¿quiénes son los profesionales de la Enfermería en España?**, aportando una panorámica sobre la actual situación de dicho colectivo: su origen, sus principales trazos identificadores, las causas de los mismos y los problemas prioritarios a los que se enfrentan para conseguir su desarrollo profesional.

3. ¿QUIÉNES SOMOS?: LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

De acuerdo con las líneas de pensamiento expresadas en la “Introducción”, el presente apartado reviste especial importancia ya que su objetivo es dar cuenta de cómo la evolución de la sociedad española, de sus valores generales y especialmente de los relacionados con la salud y el papel que desempeñan las mujeres, ha ido condicionando el desarrollo de la profesión enfermera, llevándola hasta su actual configuración.

En ese “dar cuenta” se intentará exponer cuál es el “recurso enfermero” con que cuenta este país para cumplir la indispensable función de proporcionar cuidados profesionales a quien los necesite.

Saber de la propia identidad es ponerle nombre a las sombras que cada desarrollo comporta. Pero saber, de verdad, quiénes somos es, sobre todo, reconocer las luces de todas las posibilidades.

Píndaro, el poeta griego que cantó a los juegos panhelénicos, formuló como desideratum el de:

“Llega a ser lo que eres”.

Para poder cumplir esto, para que los enfermeros y enfermeras españoles logren que su profesión sea todo lo que puede llegar a ser, es fundamental que primero tengan muy claro quiénes son.

Para alcanzar el objetivo formulado para este apartado, se abordarán tres temas. El primero es el origen académico y laboral del actual colectivo.

En segundo lugar se tratará sobre las características que definen, ahora mismo, a los enfermeros españoles, haciendo énfasis en algunas de sus principales causas.

Por último, se hará un repaso a los problemas que afronta dicho colectivo para conseguir su desarrollo profesional.

3.1. DE LA PROCEDENCIA O DE UN CAMBIO DE NOMBRE QUE RESUME MUCHOS CAMBIOS

Es posible estudiar a un grupo profesional del mismo modo que estudiaríamos a cualquiera de las personas que lo componen. Así cuando se desea saber el origen de alguien, se indaga sobre quiénes fueron sus padres, cómo y dónde se formó, cuáles son los valores del entorno en que ha crecido o de qué realidad social procede...

Una gran parte del colectivo enfermero actual viene de un matrimonio forzado entre las enfermeras/matronas y los practicantes. Unión desafortunada para ambos grupos profesionales porque a ninguno de ellos logró nunca satisfacer.

Con la fusión de las tres carreras en la de ATS, los practicantes se sintieron rebajados en su “status”, al ser equiparados con las enfermeras ya que éstas recibían una mucha menor formación y tenían también menos responsabilidades en la atención a los pacientes. Las matronas no se identificaban con esa nueva carrera y no encontraban sentido al tiempo que debían invertir en los estudios previos que se les obligaba a realizar antes de especializarse.

Aun así, las enfermeras fueron las más perjudicadas ya que con la instauración de los estudios de ATS, perdieron dos cosas fundamentales: el nombre y el objetivo profesional.

Es bueno recordar aquí que en aquellos años (40-50), la consideración social de la que gozaba la profesión enfermera era muy baja. Los principales motivos de la misma eran la escasa formación que se exigía a sus miembros y la fuerte asociación entre el rol profesional y el estereotipo femenino. Así pues, la puesta en marcha de los estudios de ATS podía ser interpretada como un camino de dignificación de la profesión enfermera.

Seguramente se habría podido conseguir ese objetivo de dignificación, sólo con llenar de rigor sus contenidos formativos y con profesionalizar las actuaciones de sus integrantes, sin necesidad de pasar por la creación de un nuevo título. Pero eso queda como una posibilidad que nunca se sabrá si habría sido cierta...

La verdad es que casi siempre que se desea borrar parte de alguna Historia (con H mayúscula...), sin querer, se emborrona toda la Historia.

Y eso fue lo que pasó con las enfermeras. Al intentar borrar lo malo, se fueron, a gomazos, cosas fundamentales. Se fue, en primer lugar el nombre y luego, el punto de referencia que guiaba y justificaba las acciones. Y a partir de ahí, situados en un terreno de nadie que tampoco se supo convertir en propio, los ATS se embarcaron en una tarea de construcción destinada al fracaso porque no existía un modelo profesional común para la mayoría del colectivo y porque gran parte del mismo, seguía uno (el bio-médico), que considero equivocado.

Para resaltar el cambio y, con toda probabilidad, con el objetivo de hacer más fácil la unión de las tres carreras previas, se buscó un nuevo nombre: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). El nombre era altamente definidor. Definidor de la indefinición de la tarea que le era propia y del eje alrededor del cual debía estructurarse y justificarse la nueva profesión.

Como se apunta en el título, los estudios de ATS modificaron muchas cosas: cambiaron el nombre y la perspectiva, permitieron la coeducación - aunque esta tardó mucho tiempo en generalizarse-, unificaron la cualificación del colectivo... Pero, a la vez, perpetuaron otras.

Perpetuaron el estereotipo de género o sea, la identificación del papel de las ATS femeninas en el sistema sanitario con el que se consideraba debían desempeñar las mujeres en la sociedad.

Ese es uno de los elementos de trascendental importancia a la hora de comprender la actual situación social y el nivel de desarrollo alcanzado por la profesión enfermera en España.

Para darse cuenta cabal de hasta qué punto se pretendió esa identificación ideológica entre las ATS y lo “femenino”, es muy ilustrador detenerse un momento para analizar algunos de los mensajes contenidos en los libros de texto que se confeccionaron para la nueva carrera.

En primer lugar y antes de entrar en el estudio de los textos, es necesario resaltar que el plan de estudios de ATS (1953), tenía asignaturas diferenciadas para mujeres y hombres. Así, las mujeres debían cursar “Enseñanzas del hogar” y los hombres aprendían “Nociones de autopsia médico-legal”, asignatura a la que no estaban obligadas las féminas.

Muy seguramente las razones que “libraban” a las mujeres de la rudeza de tal asignatura, hay que buscarlas en la visión que entonces se tenía respecto a su elevada sensibilidad y escasa capacidad...

El análisis de los textos se debe realizar siempre desde el contexto conceptual histórico en el que éstos fueron escritos.

De forma resumida, puede decirse que en la España nacional-católica de la década de la posguerra (1940-1950), la mujer tenía asignado, de una manera fundamental y casi exclusiva, el papel de reproductora de la especie y conservadora de la unidad familiar. Dentro de tal esquema, la mujer-madre debía anteponer a cualquier otro interés, un supuesto bienestar familiar que se basaba en su dedicación exclusiva al marido y a los hijos.

Para cumplir adecuadamente su papel, la mujer debía aceptar sin condiciones la autoridad del hombre en todas las esferas de su vida y esta aceptación debía realizarse de forma que no existieran discusiones ni dudas sobre el origen de la autoridad. Por supuesto, esta necesidad de ser una subordinada sumisa, encontraba en la educación su vehículo ideal de transmisión.

Todas estas condiciones de la mujer-madre, sumisa y dependiente se acompañaban de la creencia generalizada de que era mejor que la mujer no fuera muy inteligente y por supuesto, que no supiera mucho. Estas características de la mujer fueron también las que marcaron la orientación que se dio a la figura de la nueva enfermera: la ATS.

En síntesis, los mensajes ideológicos transmitidos a las estudiantes a través de los libros de “Moral profesional” e “Historia de la profesión” (que poseían mucho mayor contenido ideológico que los de “Patología” o “Técnicas”), eran:

- **La ATS debe ser paciente, abnegada y religiosa.**
- **La ATS debe estar siempre subordinada al médico.**
- **La ATS no debe saber mucho.**

Como se sabe, durante todo el proceso de socialización y especialmente a través de la educación, los seres humanos asimilan una parte de los mensajes que reciben, los contenidos de los cuales van constituyendo el substrato de sus valores, pensamientos y actuaciones.

La “impregnación” que producen los mensajes ideológicos permanece, muchas veces, en el subconsciente de las personas pero no por

eso su acción es menor.

Sin duda, ha sido y aún es, un elemento fundamental para el proceso de desarrollo de la Enfermería en España, el hecho de que un gran número de sus componentes se haya identificado con los mensajes citados, sobre todo con los relativos a **lo necesario de la subordinación y a lo innecesario del conocimiento para el ejercicio de su práctica profesional**.

Por eso y porque la distancia en el tiempo puede hacer aparecer como exagerados los comentarios precedentes, parece oportuno pararse un momento a recordar algunos ejemplos al respecto de lo que se está diciendo. Los dos libros de los que se extraen los siguientes ejemplos, fueron elaborados pasados más de diez años de la puesta en marcha del plan de estudios de ATS, ambos tuvieron una enorme difusión y constituyeron textos básicos en un buen número de Escuelas de ATS.

Para ilustrar la transmisión del mensaje relativo a la necesaria subordinación, se ha elegido el libro *Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario* (Ediciones “Sal Terrae”. Santander. 1963), del Padre Juan Rey.

En las líneas que abren el capítulo dedicado a “Deberes del ATS” se leen textualmente los siguientes párrafos:

“... el médico es un superior del ATS. Este, a su vez es una ayuda necesaria y preciosa del médico... Es el intermediario entre el médico y el enfermo. En ocasiones, el único intermediario. Por medio de él llegan al enfermo las disposiciones del médico: llegan al médico las preocupaciones y necesidades del enfermo... Es como la prolongación del médico en ausencia de éste”.

“¿Por qué debe la enfermera obedecer al médico? El médico es superior a la enfermera. La enfermera laica obedecerá al médico, superior suyo, por motivos naturales: por conservar su colocación. La enfermera cristiana le obedecerá además por otros motivos sobrenaturales: ve en él al representante de Dios y piensa que obedecer al médico es obedecer a Dios. En este caso, la obediencia se hace más fácil, se cumple con más perfección y merece galardón eterno”.

Además, considera el Padre Rey que la obediencia debe hacerse con “*sumisión perfecta*” y “*de ordinario el médico es obedecido ciegamente... aún en el caso en que se dudara de su competencia*”.

Y si nos preguntamos los motivos por los que la ATS debe respetar al médico, el autor también tiene la respuesta: “*porque es representante de Dios para los subordinados suyos*”. Y ese respeto debe manifestarse “*en adoptar delante de él actitudes **reverentes***”.

Por último, en el citado capítulo, el Padre Rey advertía sobre el peligro que encerraba el trato social con el médico fuera del ejercicio profesional, ya que: “*...Si el médico y la enfermera cultivan una confianza excesiva con detrimento del prestigio de ambos, el médico perdería mucho de su autoridad y la enfermera quedaría desacreditada*”.

Como ejemplo del mensaje respecto a que “*la ATS no debe saber mucho*”, se va a utilizar el libro de *Historia de la profesión* del doctor José Álvarez-Sierra (Gráficas Onofre Alonso. Madrid, 1965). El doctor Álvarez-Sierra, refiriéndose a la dificultad para elaborar el plan de estudios de la carrera de ATS, dice textualmente:

*“... deben dominar los conocimientos técnicos a los teóricos, evitando que el exceso de estos últimos le hagan (al ATS), extralimitarse en sus funciones (...) Por ello hemos de procurar que los conocimientos teóricos se **reduzcan a los límites precisos de nociones e incluso a definiciones tan sólo...** Creemos que debemos conseguir Ayudantes Técnicos Sanitarios **poco sabios...** siempre con la conciencia de la función que deben llenar en relación con el médico, el enfermo y la sociedad”.*

Como es evidente, hasta ahora sólo se ha hecho referencia a determinados valores de los que se enseñaban, a aquellos que, sin duda, han tenido efectos negativos para el desarrollo posterior de la profesión.

Se ha dejado para este momento el comentario del resto de cualidades que debían, según todas las opiniones, adornar a la enfermera y que también se corresponden a las cualidades consideradas femeninas. Se hace referencia a la **comprensión, el saber escuchar, la empatía, la habilidad manual, la capacidad de entrega y dedicación, la facilidad para la comunicación, la paciencia, la dulzura, la**

capacidad de acoger...

El énfasis en inculcar a las enfermeras estos valores -que podrían llamarse “positivos” en contraposición a los comentados anteriormente-, ha contribuido también en gran medida, a configurar la profesión y a colocarla en la situación en que se halla en estos momentos

El análisis de los contenidos de los estudios de ATS permite concluir que la mayoría de los actuales enfermeros, han recibido una formación con dos características básicas:

- Carente de contenido disciplinar enfermero.
- Cargada de mensajes identificadores con el rol de género femenino.

Los contenidos de los estudios de ATS fueron diseñados para proporcionar una formación técnica, de destrezas y habilidades cuya justificación siempre estaba en función del diagnóstico y del tratamiento médico. Nunca se pensó que esos profesionales, precisamente para que pudieran ejercer una profesión y no un oficio, debían poder disponer de las bases disciplinares enfermeras que les permitieran identificar su propio campo de actuación, justificarlo, evaluarlo y ampliarlo en función de los avances logrados en el mismo.

Precisamente esa característica fue la que hizo posible que muchos alumnos de ATS (por ejemplo, gran parte de los que estudiaron en las Escuelas de ATS de las Facultades de Medicina), pudieran obtener su título profesional sin haber tenido jamás una clase sobre Enfermería.

En cuanto a la estereotipación de la carrera de ATS, es importante señalar que a pesar de que había un importante componente masculino en la misma, eso no fue óbice para que se siguieran transmitiendo mensajes identificadores entre el papel de los ATS en el sistema sanitario y el de las mujeres en la sociedad.

Más adelante se tratará sobre la dificultad que está representando para el avance del colectivo, el hecho de que muchos de los varones que lo componen rechacen, por considerarlos “femeninos”, algunos de los valores que constituyen la base del ejercicio profesional.

Al terminar esta primera parte sobre la procedencia de los actuales enfermeros españoles, es necesario decir que si bien el análisis realizado hasta el momento, sólo afecta a aquella parte de los mismos que se formó

antes de 1977, momento en que se pusieron en marcha los estudios de Diplomado en Enfermería, ello no le quita ninguna validez ya que se trata de un parte fundamental del colectivo enfermero español.

En primer lugar, constituyen la mayoría de los enfermeros laboralmente activos y en segundo lugar, su importancia se deriva básicamente de que, por su edad y experiencia profesional, son quienes dirigen y forman a la profesión.

Por supuesto, un número muy importante de los actuales enfermeros que ocupan puestos de responsabilidad profesional, han trabajado y trabajan seriamente para poder desarrollar sus funciones con la máxima profesionalidad, incluyendo el permanente esfuerzo de valorar cuántos de los estereotipos negativos, que les fueron inculcados en su estudios de ATS, siguen vigentes e intentar cambiarlos.

3.2. DE LAS CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL COLECTIVO ENFERMERO ESPAÑOL Y SUS CAUSAS

Sin ánimo de presentar una visión excesivamente detallada del colectivo enfermero, puede decirse que, en este momento de su desarrollo socio-profesional, las características más destacadas de los enfermeros y enfermeras españoles pueden resumirse en la existencia tanto de diversas concepciones respecto al eje profesional, al punto en el que debe articularse la práctica; como de contradicciones entre su aportación al cuidado de la salud de la comunidad y su incidencia real en la propia sociedad y en el sistema sanitario.

Los enfermeros en España, como cualquier otro colectivo profesional que desee actuar responsablemente, están abocados a la constante reflexión sobre su aportación a la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad a la que sirven y esa reflexión es la que constituye la fuente y el motor principal de su evolución.

Pero si eso es así, también es cierta la importancia de otros aspectos a la hora de valorar y promocionar el desarrollo profesional alcanzado. Uno de esos aspectos es, sin duda, la identidad profesional.

Siguiendo con el símil empleado en el sub-apartado dedicado al análisis de su procedencia académica, puede decirse que, en realidad, a muchos de los actuales enfermeros españoles, nacidos de la fusión de las carreras de Practicante, Enfermera y Matrona, les pasa que unos han salido

parecidos al padre y otros a la madre. O dicho de otro modo, unos se han identificado con el objetivo de la profesión de los practicantes (en “Medicina y Cirugía”) y otros con el de la profesión de las enfermeras.

Así, en este momento, existen al menos tres concepciones distintas dentro de la Enfermería española sobre cuál es el eje alrededor del que se estructura la profesión. Tres visiones diferentes, por tanto, de cuál es el núcleo del quehacer y el objetivo de la aportación al cuidado de la salud.

No parece que existan dudas respecto a la dificultad que supone la construcción del “discurso de la Enfermería” -aquél que permite definir y expresar su aportación específica-, cuando los integrantes de dicha profesión, los únicos que pueden darle contenido y especificidad, están profundamente divididos en relación a lo que consideran como deseable. Por supuesto, dicha disparidad no es azarosa. Como se ha venido comentando, somos, en gran medida, producto de nuestras circunstancias y el modo en que los enfermeros y enfermeras españoles han sido formados y la visión que se les ha proporcionado de la profesión, ha dado como resultado la existencia de perspectivas muy diversas.

En este sentido, es posible hacer una esquemática clasificación de estos profesionales en razón de su concepción de la Enfermería⁽²⁰⁾, reuniéndolos en tres grupos que se han denominado “**enfermeras cuidadoras**”, “**enfermeras tecnológicas**” y “**enfermeras ATS**”. En ellos se incluye a profesionales de ambos sexos, aunque he preferido mantener la denominación “enfermera” de forma genérica para todos ellos.

Como se sabe, cualquier clasificación toma como punto de referencia una característica. Cuanto más claramente observable y medible sea esa característica, más fácilmente reconocibles son los grupos elaborados.

La base del presente agrupamiento es lo que se considera **el eje alrededor del cual se estructura la profesión**, el punto central sobre el que se articula el trabajo.

La distinta concepción de ese eje profesional da lugar a formas muy diversas de percibir:

- El objetivo del trabajo.
- Las áreas de actuación que facilitan el ejercicio profesional.
- La finalidad del “discurso profesional”.
- Las dificultades para construir dicho discurso.

Para las “*enfermeras tecnológicas*”, el eje del trabajo es el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, para las “*enfermeras cuidadoras*” la base son las necesidades del paciente y para las “*enfermeras ATS*” el punto que articula su aportación es el trabajo del médico (véase cuadro 1).

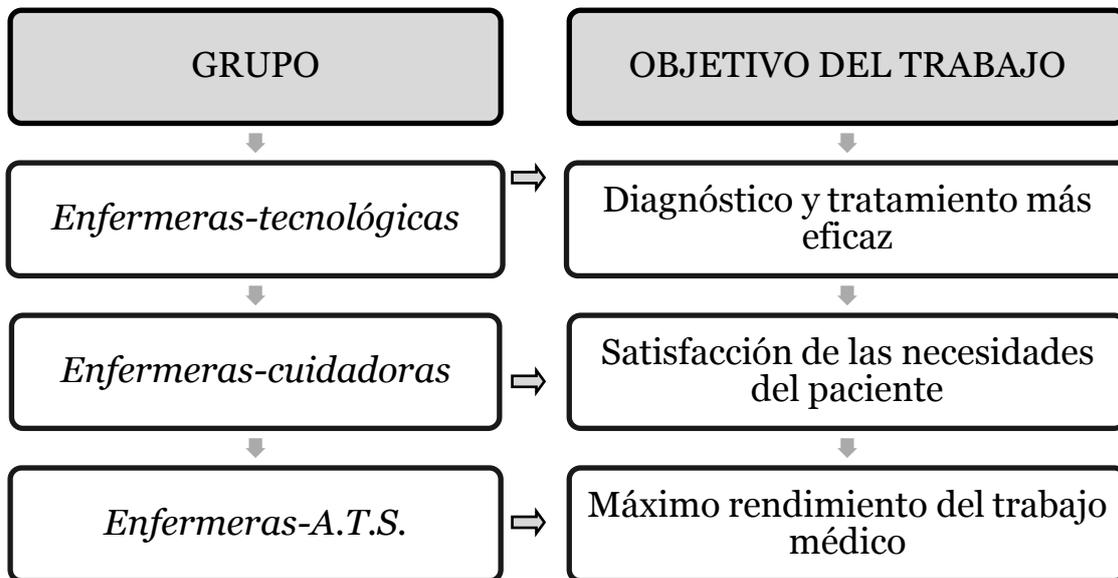
CUADRO 1



Se ha dejado el término ATS en la clasificación porque, como ya se ha comentado anteriormente, es un nombre clarificador respecto a cuál era la función para la que se formaba a los que estudiaban esa carrera. Se les preparaba para ser AYUDANTES, dignos e indispensables, pero Ayudantes y el que ayuda, aunque sea insustituible, nunca asume la responsabilidad final.

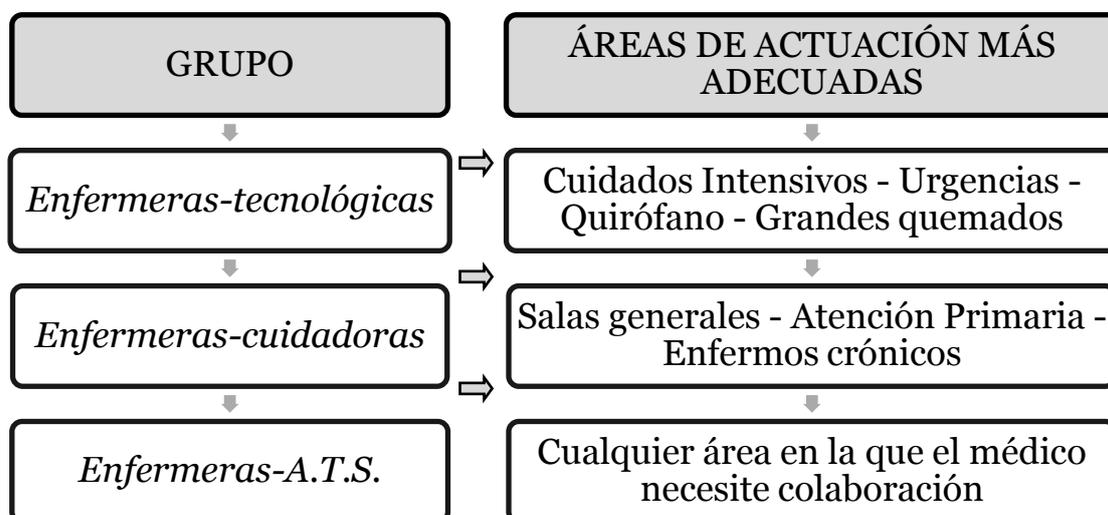
En relación al **objetivo del trabajo**, las “*enfermeras tecnológicas*” tienen como finalidad conseguir el diagnóstico y tratamiento más eficaz, las “*enfermeras cuidadoras*” asumen como objetivo final el máximo nivel de satisfacción de las necesidades del paciente/cliente y las “*enfermeras ATS*” reconocen como motivo último de su trabajo, el mayor rendimiento de la labor del médico (véase cuadro 2).

CUADRO 2



Cada uno de los grupos encuentra mayor **facilidad para desarrollar el trabajo** en áreas distintas del sistema sanitario. Así, las “*enfermeras tecnológicas*” hallan las condiciones más adecuadas en áreas como cuidados intensivos, urgencias, quirófanos y trasplantes. Las “*enfermeras cuidadoras*” tienen mayor posibilidad de hacer su labor en salas generales, en la atención primaria y con enfermos crónicos. Las “*enfermeras ATS*” desarrollan eficazmente su tarea en cualquier área donde exista personal médico que necesite colaboración en su trabajo (véase cuadro 3).

CUADRO 3



Los dos últimos aspectos que deseo comentar tratan sobre el discurso profesional y, como esa no es una preocupación prioritaria para el grupo de las “*enfermeras ATS*”, no ha sido incluido en la caracterización, pues al concebirse éstas como ayudantes, no necesitan encontrar ni formular su aportación específica al cuidado de la salud.

En relación a la **finalidad** que cada grupo tiene al construir su discurso profesional, las “*enfermeras tecnológicas*” desean definir y consolidar las actuales áreas de responsabilidad y asumir las nuevas áreas que surgen alrededor del diagnóstico y tratamiento, adaptando la función de la Enfermería a esas responsabilidades.

Las “*enfermeras cuidadoras*” establecen como finalidades de su discurso formular claramente una identidad diferenciadora, redefiniendo las áreas de responsabilidad actuales y demostrar la necesidad real de su aportación específica a la atención de las necesidades de salud.

El último apartado es consecuencia del anterior ya que trata de las **dificultades** que los dos grupos encuentran para construir su discurso.

Así, mientras las “*enfermeras tecnológicas*” deben conquistar un sitio dentro de una estructura ya establecida en la que las responsabilidades antiguas están rígidamente delimitadas y se tiende a atribuir las nuevas a otras profesiones, las “*enfermeras cuidadoras*” se enfrentan a una dificultad aún mayor: la de cambiar la finalidad del actual sistema sanitario.

Dado que la que se ha dado en llamar la concepción “cuidadora” de la Enfermería, articula su trabajo alrededor de las respuestas del cliente/paciente ante sus necesidades de salud, para poder desarrollar plenamente su aportación profesional es necesario que el conjunto del sistema sanitario esté orientado a conseguir esa finalidad más que a atender exclusivamente los procesos patológicos.

Profundizaré sobre este tema en el apartado dedicado al trabajo de los enfermeros y enfermeras en la comunidad.

El saber que existen diversas concepciones entre los enfermeros españoles respecto al objeto último de su práctica profesional es útil para:

- No **confundirse**, para **saber que se habla desde perspectivas distintas** y que cada una de ellas es el producto de un marco conceptual diferente que condiciona la visión de futuro, la actuación diaria y los medios y métodos que deben

utilizarse para avanzar.

- **Establecer expectativas realistas**, evitando el enorme gasto de energía que se invierte en cada diálogo, cuando se produce sin saber cuál es el punto de partida de los otros interlocutores.
- **Practicar el respeto a la otras opciones**, consiguiendo ampliar los propios horizontes.

Y sirve, por fin, para ayudar a reflexionar respecto a qué se quiere y qué se puede hacer para que la profesión enfermera en España llegue a desarrollar todas sus posibilidades y a conseguir la característica fundamental de una profesión: **el que sus miembros se identifiquen básicamente con una ideología común en relación al servicio que prestan.**

Por otro lado, el actual colectivo enfermero español se define por la existencia de contradicciones entre la importancia de su aportación al cuidado de la salud y su incidencia real en el sistema sanitario y en la sociedad.

Para ilustrar la idea sobre la existencia de **contradicciones**, sólo hay que considerar la serie de afirmaciones siguientes, claramente definitorias de la situación actual de los enfermeros en los ámbitos mencionados.

Por un lado, es obvio que los enfermeros son el colectivo profesional sanitario:

- Más numeroso.
- Más interesado en las actividades formativas autofinanciadas.
- Más necesario.

Y a la vez, también son el colectivo sanitario:

- Más silencioso socialmente.
- Más conformado colectivamente.
- De menor incidencia en las decisiones políticas de gestión y económicas.

No parece necesario aclarar ninguna de las tres primeras ideas ya que, cualquier persona que conozca mínimamente el sistema sanitario sabe de la realidad de las mismas: los enfermeros son los más numerosos, los más “motivados” (porque están dispuestos a pagar de su bolsillo una gran parte de sus actividades de reciclaje...) y sin duda, los más necesarios

porque son los que aseguran la continuidad del servicio que se presta.

En relación a las tres afirmaciones que, también son fácilmente comprobables y que representan la cara “contradictoria”, sí es conveniente tratarlas con un poco más de profundidad.

Como se ha dicho, es evidente que los enfermeros son:

El colectivo profesional más silencioso socialmente.

Una “profesión” se caracteriza porque sus miembros tienen aportaciones que realizar, desde su disciplina, desde el saber que da el estar situado en una perspectiva única y diferenciada a los problemas de la sociedad en que está inmersa.

En este sentido, es muy raro que se oiga la “voz profesional” en temas de interés social general como son, por ejemplo, la campaña contra el tabaco, las enfermedades profesionales, el SIDA o las agresiones de los psicópatas y xenófobos...

El grupo profesional más conformado colectivamente.

Las palabras conformado y conformista no quieren decir lo mismo. En el término conformista hay un aspecto de perpetuidad que no lo tiene el de conformado. Se es conformista y se está conformado.

Por lo que se aprecia en el actual sistema sanitario, los enfermeros son un grupo fácilmente conformable: se producen cambios en sus cúpulas directivas, se aplican criterios discriminatorios o poco eficaces en el pago de la *productividad*, se ponen, o se trabaja en poner en marcha, métodos de gestión o indicadores que “invisibilizan”, que anulan, la aportación enfermera dentro del sistema y los enfermeros aparecen siempre como conformes colectivamente...

Y por último, los enfermeros son:

El colectivo profesional sanitario de menor incidencia en las decisiones políticas, de gestión y económicas.

En la formulación de las políticas que guían la actuación de los Centros, que determinan sus objetivos y las formas de evaluación de los mismos, no se ve ninguna huella que informe de la intervención en aquellas de una perspectiva enfermera.

Igualmente, en relación a las decisiones de gestión, las Direcciones de Enfermería difícilmente encuentran la posibilidad de “*dejar huella*”, de marcar con su estilo de liderazgo profesional el trabajo enfermero que en su Centro se realiza.

Por último y en cuanto al poco peso de las enfermeras en los temas económicos, aparte del gasto de personal, es muy interesante observar, por ejemplo, el escasísimo, por no decir nulo, nivel de inversiones que los presupuestos de los Centros contemplan en razón de la mejora de las condiciones e instrumentos de trabajo de las enfermeras.

3.3. DE LOS OBSTÁCULOS PARA SU DESARROLLO PROFESIONAL

Tres cuestiones constituyen, en este momento, los principales obstáculos que está enfrentando el colectivo enfermero español en su camino por conseguir el máximo desarrollo profesional:

- **La percepción de la actuación profesional como algo “natural”.**
- **La devaluación de la escritura.**
- **La falta de reconocimiento de su aportación.**

El origen de todos estos obstáculos se encuentra tanto en la formación recibida por la mayoría de los actuales enfermeros como en la identificación de su trabajo con el estereotipo de género femenino, aún vigente en gran medida.

Cuando se habla de la “naturalidad” de la actuación profesional, se desea nombrar el sentimiento, expresado en numerosas ocasiones por las enfermeras españolas, de que aquello que hacen es lo que deben, lo que se espera de ellas, lo que es “lógico” que hagan.

Aquello que se hace de forma “natural” no tiene valor. Es “natural” y a nadie se le hacen alabanzas por ello, que los seres humanos adultos sanos caminen durante 10 minutos, por ejemplo, sin cansarse. Es “natural” ahora mismo ya, que mujeres y hombres sepan conducir un coche. O sea, es

“natural” hacer todo aquello para lo que se está dotado y su aprendizaje es considerado al alcance de la mayoría de las personas.

Casi todos los seres humanos están capacitados natural y socialmente para cuidarse y cuidar a los otros y, por tanto, lo “antinatural”, lo que es noticia y se comenta es que algún padre o madre “desnaturalizado” no cuide como debe a su hija o hijo.

Ante esas realidades con las que nadie está en desacuerdo, es necesario analizar por qué en el terreno profesional, que es otro muy distinto al familiar, al del hogar, hay unas aportaciones que son percibidas como “naturales” por todo el mundo (incluso por quien las ejecuta...) y cuánto influye esa especial valoración en el desarrollo profesional.

En relación a la devaluación de la escritura, un excesivo número de enfermeras y enfermeros consideran poco útil, e incluso una traba, el registro de sus actividades. Por supuesto, tal actitud, cuyo origen es sin duda la falta de formación disciplinar, resulta muy negativa ya que, en realidad, sólo el registro permite el seguimiento, la evaluación y la mejora de las actuaciones profesionales.

Para recalcar aún más la necesidad actual de la escritura por parte de las enfermeras, parece oportuno recordar aquí que M.F. Collière⁽²¹⁾ considera y argumenta muy sólidamente, que es precisamente a partir de la escritura que se puede producir la profesionalización. Dice textualmente:

*“... lo que (los grupos humanos) conservan como escritos es objeto de **enseñanza**, cuyos principios fundamentales constituirán la **doctrina**”.*

El tercer obstáculo en el camino de los enfermeros españoles que se ha mencionado, es la falta de reconocimiento de su aportación profesional. Dado que se trata de presentar una panorámica general de la situación, sólo voy a comentar un par de ideas al respecto.

La primera de ellas es que la desvalorización es doble. Por un lado, está la interna, la de los propios profesionales respecto a su aportación al sistema sanitario. Esta es, sin duda, la más importante porque de ella depende en gran medida la segunda, que es la externa; la que impregna a los otros componentes del sistema sanitario y a la sociedad.

El motivo básico de la desvalorización que sienten los profesionales de la Enfermería respecto a su trabajo es que éste no consigue el reconocimiento que obtienen, con relativa facilidad, otras profesiones.

Efectivamente, al contrario que en el caso de la Medicina, la Ingeniería o incluso la práctica del deporte, los logros que obtiene la profesión enfermera casi nunca tienen trascendencia social reconocida. En relación a la práctica de la Enfermería, el interés informativo es sólo cuando hay conflictos o se transgrede, de forma manifiesta, alguna norma legal.

Hay dos características del trabajo enfermero que deben ser tenidas muy en cuenta a la hora de calibrar las expectativas respecto al reconocimiento social que puede derivarse de su ejercicio, a saber: que el trabajo se realiza en la “zona oscura” y que se carece de un saber monopolizable.

Cuando se habla del trabajo en la “zona oscura”, lo que deseo señalar es que el trabajo de las enfermeras tiene que ver con la dependencia, o sea, con el lado menos amable de las situaciones personales y que se desarrolla casi siempre, en la esfera de lo íntimo. Y, precisamente ahí, en ese ámbito de la intimidad sí hay reconocimiento de la labor que se lleva a cabo. Pero también hay una evidente resistencia a pasar ese reconocimiento a la esfera más amplia de lo social.

La explicación a esa resistencia es bien sencilla ya que a nadie se nos escapa que es socialmente valorado recordar la tecnología que se nos aplicó (las horas de quirófano, los aparatos, las exploraciones, los medicamentos...) pero no lo es recordar quién nos sustituyó cuando éramos dependientes, cuando no podíamos valerlos por nosotros mismos...

La otra característica del trabajo enfermero que se ha citado como un impedimento para el reconocimiento social es la falta de un saber monopolizable, o sea, de un conocimiento de uso exclusivo de la profesión.

En este sentido, la Enfermería presenta en relación a otras disciplinas una diferencia fundamental. La profesión enfermera trabaja con el saber sobre el OTRO a quien cuida y no puede, por tanto, monopolizar ese saber.

La afirmación precedente no indica que la Enfermería no sea una disciplina específica. Por el contrario, la Enfermería, como el resto de disciplinas, cuenta con un contenido conceptual que le es propio. Pero la transformación de ese contenido en “saber aplicado”, o sea en actuación concreta y visible, siempre debe hacerse (porque ello es un elemento

esencial de su identidad como profesión) a través del conocimiento del OTRO.

Los enfermeros “saben” cosas que el OTRO no sabe pero es su misión trabajar constantemente para que llegue a saber sobre ÉL MISMO todo lo que pueda saber. Sólo así, se cumple el principio profesional irrenunciable de promocionar el autocuidado, de trabajar para conseguir que el OTRO alcance la máxima independencia.

La segunda y última idea que deseo comentar es en relación a la falta de reconocimiento “externo” de la aportación profesional de los enfermeros. Los motivos de la desvalorización por parte de la sociedad en su conjunto y, por tanto, del subsistema social que es la sanidad, son los mismos que provocan la desvalorización de los propios profesionales.

Las consecuencias de tal carencia de valor social se manifiestan fundamentalmente en dos aspectos: la limitación de las posibilidades de responsabilidad que se ofrecen a los enfermeros y enfermeras y la falta de resonancia de la voz profesional. En resumen, se les excluye de muchas tareas y responsabilidades por la sola circunstancia de su titulación, impidiéndoles demostrar si tienen la capacidad para desarrollarlas. De igual modo, el discurso propio de la Enfermería sobre la salud y su cuidado, difícilmente encuentra caminos de expresión que lleguen más allá del ámbito más cercano.

Hasta aquí he hecho un breve análisis sobre cómo el entrelazamiento de las variables profesionales y sociales, han ido conduciendo a ese gran colectivo que llamamos “profesionales de Enfermería” y que está compuesto en una gran parte por ATS, a su actual situación de sombras y sobre todo, de luces.

4. ¿A DÓNDE VAMOS? EL FUTURO QUE YA ESTÁ AQUÍ

*“De palabras están hechos
los recuerdos y el futuro...”.*

Anna Puig

Este fragmento del poema *Palabras* de Anna Puig junto con el título, indican con claridad cuál es el propósito que se persigue con el cuarto apartado del capítulo dedicado al análisis de la evolución socio-profesional

de la Enfermería. Deseo poner el futuro en palabras para poder, desde ahora mismo, trabajar en su construcción.

Los objetivos que intentan cumplirse son: exponer las ideas respecto a cuáles serán los trazos identificadores de las enfermeras y enfermeros que sabrán atender las necesidades de cuidados de la sociedad del siglo XXI, tratar sobre el modelo ético que se considera más adecuado como base de su práctica profesional e indicar cuál será la contribución que los enfermeros y enfermeras harán al trabajo sanitario del futuro.

En síntesis, se intentará responder a la pregunta sobre: **¿A dónde vamos?**, desglosándola en tres cuestiones:

- ¿Quién será enfermera?
- ¿Qué marco ético será el que guiará su acción?
- ¿Qué aportará, de forma específica, al trabajo sanitario?

Dado que se comparte plenamente la idea expresada por Schumacher⁽²²⁾ respecto a que *“hablar del futuro sólo es útil cuando conduce a la acción ahora”*, todas las propuestas sobre las enfermeras y enfermeros del futuro que se incluyen, están pensadas para que sirvan de guías para las acciones de ahora mismo. Acciones para construir el porvenir que, en mi opinión, fundamentalmente se realizan a través de la enseñanza.

La especie humana se diferencia básicamente de todas las demás por su posibilidad de “hablar”; de encerrar en palabras conceptos, ideas, deseos y proyectos que luego pueden transmitirse.

El desarrollo pleno de esa posibilidad del lenguaje nos ha desgajado de la naturaleza, separándonos profundamente de todos los otros seres vivos. Pero a cambio nos ha dado la oportunidad de imaginar, de trazar en la pizarra de nuestra mente el dibujo de lo que queremos para ahora, para más adelante y para, incluso, después de que ya no estemos...

El contenido de este apartado se ha escrito desde el convencimiento de que **sólo conseguimos aquello que somos capaces de imaginar**. Una vez se pudo llegar a la Luna porque antes alguien concibió en su imaginación esa posibilidad. Del mismo modo, aquello que cada uno logra alcanzar realmente está estrechamente relacionado con lo que en algún momento, ha creído que estaba capacitado para conseguir.

Por eso es tan importante hablar del futuro..., porque ya está aquí y nos toca a nosotros diseñar y desarrollar las estrategias que conducirán a él.

4.1. ¿QUIÉNES SERÁN LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL TERCER MILENIO?

En mi opinión, serán enfermeras aquellos profesionales que hayan elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados, que se identifiquen y se reconozcan en la realización de ese ejercicio y que, por tanto, sientan el orgullo de cuidar.

Dado que siempre es más completa una definición cuando se incluyen características de lo definido, a continuación se exponen una serie de trazos que, al cumplirse, permitirán identificar e identificarse a los que tengan vocación de cuidar.

Será enfermera:

- Aquella que tenga una *“inclinación nacida de lo íntimo hacia...”*⁽²³⁾ la tarea de cuidar y que en su ejercicio, se sienta reconocida y se reconozca.
- La que, en el terreno de la salud, esté dispuesta a sustituir al OTRO siempre que sea necesario pero dejando que el OTRO sea.

Recordando en todo momento, que quien cumple los objetivos, quien logra los resultados es fundamentalmente aquel o aquella a quien van dirigidos los cuidados.

- Quien quiera ponerse como meta el conseguir ser rápidamente sustituida en su tarea, o lo que es lo mismo, quien sea capaz de promocionar el auto-cuidado.
- La que considere que su aportación no está limitada por un título y sea consciente de que la perspectiva enfermera puede ofrecer elementos indispensables e insustituibles en todos los ámbitos de desarrollo de lo sanitario.
- Aquella que sepa apreciar el reconocimiento que se obtiene por un trabajo que se realiza en la “zona oscura” y en el que nunca se puede ejercer el monopolio del saber.

Por último, será enfermera:

- Quien esté orgullosa de prestar cuidados profesionales y reivindique la escucha de la orientación cuidadora.

En el tercer milenio, exactamente como pasó en el primero y en los

tiempos muy anteriores, el solo planteamiento teórico de su aportación, no bastará para conocer a un profesional. Entonces, como ahora y como antes, independientemente de lo que pueda decirse, a las personas se las conocerá por sus hechos y sobre todo, por los motivos profundos que guíen esos hechos.

4.2. UNA PROPUESTA DE ÉTICA DEL CUIDADO O LA VUELTA A LA ACCIÓN GUIADA

Una de las características de la sociedad actual que más condiciona sus perspectivas de futuro y que constituye un motivo de preocupación fundamental para un grupo numeroso de sus integrantes, es el vacío ideológico que se percibe en muchos de sus ámbitos.

Los motivos de esta situación de falta de ideologías, o al menos de ausencia de mención de las mismas como substrato de las conductas o las acciones de ellas derivadas, son variados y la mayoría de ellos tienen su origen en la reciente historia de nuestro país y en la evolución del pensamiento social del mundo occidental en la última mitad del siglo XX.

Como dice la Profesora Camps en su libro *Virtudes Públicas*⁽²⁴⁾:

“El resultado de la modernidad ha sido una inversión entre la contemplación y la acción: aquélla no guía a esta última, sino al revés. El garante del conocimiento es el experimento, lo que el hombre ha hecho. Y el criterio valorativo es la eficacia, la utilidad...”

Una de las consecuencias más evidentes de la carencia de ideologías es que en nuestra sociedad, del mismo modo que ha ocurrido en el proceso de producción industrial, se ha perdido la visión global de los procesos por parte de aquellos que intervienen en alguna fase de los mismos. Podría decirse que las acciones, incluidas muchas de las de relación, se han “automatizado”, perdiéndose de vista el fin último que las justifica.

Esta característica que he dado en llamar de “automatización” ha impregnado de una forma profunda al sistema sanitario, haciéndolo llegar a situaciones que sólo pueden calificarse como absurdas. Como ejemplo de ello es fácil constatar la verdadera sorpresa de enfermeras y médicos, cualificados y responsables de su trabajo, ante la dificultad de responder, de

forma coherente, a la pregunta sobre cuál es el motivo final de la realización de algunas de sus acciones cotidianas.

En este momento, por motivos diversos pero fundamentalmente por los relacionados con la contención de los costes y el aumento de la eficacia, los gestores del sistema sanitario están reflexionando en profundidad sobre la justificación y valoración de las acciones que en el mismo se realizan y existe un empeño importante en conseguir la “excelencia” de los procesos, entendiendo bajo ese concepto *“aquello que una cosa debe tener para funcionar bien y para cumplir satisfactoriamente el fin al que está destinada”*⁽²⁵⁾.

Esta búsqueda de la “excelencia” (de la virtud), que actualmente es un objetivo común a la mayoría de las empresas de todo tipo, adquiere en el sistema sanitario una especial particularidad derivada del hecho de que el trabajo que en él se realiza, no genera un producto concreto.

Tal como se ha venido constatando a lo largo de los contenidos de este trabajo, somos el producto de la sociedad en la que vivimos pero también somos el resultado de todas las que han existido antes.

Por eso para aclarar esa idea sobre la excelencia del servicio sanitario es útil retrotraerse hasta el siglo IV a JC y hacer referencia a la clasificación que Aristóteles hizo de las actividades humanas.

Para el filósofo, existen dos tipos de acción: la *“poiesis”* o acción productiva y la *“praxis”* que es aquella acción que posee valor, independientemente del producto obtenido.

Partiendo de esa definición, la “excelencia” de un trabajo que no genera un claro producto, que produce un “servicio”, sólo puede buscarse en razón de la ética que lo justifica. De este modo, el establecimiento de fórmulas de valoración de los procesos que se realizan en el sistema sanitario sólo tiene sentido si se hace referencia a los fines últimos del mismo, o sea, a sus valores éticos.

Precisamente por este motivo, es indispensable que el trabajo de las enfermeras del siglo XXI se inscriba claramente al modelo de comportamiento que, siguiendo a Victoria Camps⁽²⁶⁾, se ha denominado *“ética del cuidado”*.

María Moliner, en el *Diccionario de Uso del Español*⁽²⁷⁾, define a la ética como al *“conjunto de principios y reglas morales que regulan el*

comportamiento y las relaciones humanas".

En base a esta definición, cuando se habla de la ética de las enfermeras lo que se quiere indicar es el conjunto de actitudes y comportamientos que sirven para discernir entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo fundamental y lo intrascendente, y que ayudan a conocer, qué debe interesar, qué debe amarse, qué debe ser enseñado y en resumen, qué debe considerarse como deseable en el terreno profesional.

Por supuesto, no es el propósito de estas líneas el hacer una propuesta del conjunto de valores que deben componer la "*ética del cuidado*" ya que ésta, como producto social que es, debe irse formando poco a poco, a través de la reflexión de todos los implicados en la construcción del sistema sanitario futuro y tomando como base, las aportaciones de los muchos pensadores que ya se han dedicado, desde variadas perspectivas, a hacer propuestas en este sentido.

Lo que sí deseo es dejar apuntadas tres ideas como contribución a esa necesaria construcción del marco de referencia de valores que deberá guiar el comportamiento, no sólo de las enfermeras, sino del conjunto del sistema sanitario del tercer milenio:

- Orientación.
- Valor máximo.
- Concordancia con los valores considerados "femeninos".

La orientación hacia la que debe tender una "*ética del cuidado*" es a desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro, hacia todo lo que favorezca la evolución armoniosa de lo humano.

Su valor máximo, la virtud básica, debe ser, como la de todas las ideologías democráticas, la justicia o mejor aún, la equidad.

Prefiero el término "equidad" ya que, entendido como "... *justicia natural, como propensión a dejarse guiar por el sentimiento del deber o de la conciencia más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley*"⁽²⁸⁾ se aviene perfectamente con esa orientación hacia lo humano y sus necesidades que tiene la "*ética del cuidado*".

La última idea que se comenta es en relación a la concordancia entre los valores que debe incluir una "*ética del cuidado*" y lo que configura la actual "cultura femenina". Pero antes de hacerlo, es oportuno clarificar un

par de cuestiones.

La primera es que se parte de la base de que actualmente nadie, sea cual sea su perspectiva ideológica, puede negar que exista una diferenciación entre los modelos culturales y de relación, que han desarrollado los hombres y las mujeres en nuestra sociedad.

El desarrollo de estos modelos distintos encuentra su explicación en la diferente asignación de valores, responsabilidades y papeles que históricamente han tenido hombres y mujeres. Los motivos fundamentales de esa asignación distinta de valores y papeles, tampoco lo niega nadie, han sido la relegación de la mujer al ámbito del hogar y la vida familiar y el asegurarse su subordinación en todas las esferas de poder⁽²⁹⁾. Tal como ya se ha comentado en apartados anteriores, esa es la razón básica por la que los valores que se consideraron “femeninos” eran y son mucho menos valiosos socialmente que los “masculinos”.

Pero aun así, son valores y su desarrollo en una realidad social y personal distinta a la de los hombres ha dado lugar a una cultura “femenina” diferente, básicamente, a la de los varones pero, con toda probabilidad, tan valiosa como modelo ético, como la de aquellos.

La segunda cuestión que debe comentarse es que, en contraposición a las ideas del Papa Juan Pablo II, expresadas en su encíclica *Mullieres Dignitatem*⁽³⁰⁾ y a las de otros muchos autores, no creo que haya nada “intrínseco”, “esencial”, de la mujer en los valores “femeninos”. Para tener claridad al respecto, es importante recordar constantemente que esos valores han sido asignados a la mujer desde fuera.

Por la orientación de la “*ética del cuidado*”, que se ha definido como de “*especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro*”, los valores que deben conformarla coinciden, en gran medida, con los que ha desarrollado la cultura femenina.

A continuación trataré de justificar esta afirmación, haciendo un breve repaso de los valores de la mencionada “cultura femenina”.

Por un lado, hay unas virtudes incluidas en el actual estereotipo de género femenino⁽³¹⁾ que, a pesar de su desvalorización social, son indispensables para el desarrollo de la “*ética del cuidado*”. Tales virtudes son **la paciencia, la falta de agresividad o de competencia, la discreción, la ternura, la receptividad...**

Por otro lado, están los valores que la mujer ha ido adquiriendo por su situación frente a la realidad: siempre cercana, siempre en la necesidad de resolver los problemas inmediatos relativos al mantenimiento de la vida. Éstos son **el pragmatismo, la facilidad para establecer relaciones afectivas, la posesión de un lenguaje claro, concreto y preciso, la posibilidad de utilizar la intuición...**

Finalmente, y aunque pueda parecer que no, la larga experiencia de sumisión que han padecido y padecen las mujeres, también ha generado valores, cuya necesidad de inclusión en la “*ética del cuidado*” parece que está fuera de toda duda⁽³²⁾. Estoy haciendo referencia a **la aceptación de la diversidad** (que da el saberse siempre distinta del patrón), **a la valoración de la dignidad** (que es patrimonio fundamental de aquellos que han debido defenderla mucho) **y a la capacidad para relativizar los valores absolutos**, como el “*Poder*” o la “*Verdad*” (porque siempre han estado en manos de otros y han podido ser vistos con la necesaria lejanía...).

Llegados a este punto es necesario dejar claro que de ninguna manera se está argumentado que la “*ética del cuidado*” deba estar compuesta exclusivamente por los valores que han sabido desarrollar las mujeres. Por el contrario, lo que se propone es que, mujeres y hombres, dirijan una mirada crítica a esos valores “femeninos” para liberarlos de su carga negativa y para seleccionar conjuntamente aquellos que deben conformar la “*ética del cuidado*”.

Una “*ética*” cuyas virtudes, desprovistas de su engañosa carga de género, produzcan un modo de acción lleno de potencialidades para cumplir los objetivos del trabajo sanitario.

Una vez se han planteado respuestas a las preguntas sobre quiénes serán las enfermeras y enfermeros del siglo XXI y cuál podrá ser el marco ético que guíe su acción, intentaré dar una visión sobre qué aportarán las enfermeras del tercer milenio al trabajo sanitario.

De esta forma, se proporcionarán los elementos necesarios para justificar las acciones de ahora mismo y para poder diseñar las estrategias que pueden conducir al futuro.

4.3. UN JUEGO ENTRE PERSONAS

Se ha elegido este título para esta última parte del presente apartado en reconocimiento a la acertadísima clasificación que Bell⁽³³⁾ hace de los tipos de relación predominante en los distintos momentos de la sociedad.

Distingue Bell tres etapas: la sociedad pre-industrial, industrial y post-industrial. En la primera de ellas, la vida humana consistía, dice, en un “juego contra la naturaleza”; en la segunda, era un “juego contra la naturaleza fabricada”; y en la tercera, es un “juego entre personas”.

Si hay algo que sabemos del futuro es porque ya está en algún presente. Por eso, porque ya forma parte del presente de los grupos humanos que, afortunadamente, tienen futuro, se sabe que el mañana de las enfermeras y enfermeros de nuestro contexto socio-cultural, se desarrollará en una sociedad de “servicios”.

Servicios, muchos de los cuales ya se están ofertando, a partir de cuya realidad se obtienen las estrategias que permiten ir construyendo el futuro.

Partiendo de estas premisas, en las líneas dedicadas a tratar sobre qué aportarán las enfermeras del siglo XXI al cuidado de la salud, se abordarán tres aspectos:

- La cartera de servicios enfermeros.
- Los mercados.
- Los ámbitos de actuación.

Al iniciar el tema sobre qué ofertas pueden hacer las enfermeras a la atención de la salud o lo que es lo mismo, de qué cartera de servicios disponen y van a disponer en el futuro, es necesario dejar claro que el “servicio” fundamental que pueden y deben ofrecer las enfermeras es **su perspectiva profesional**. La oferta básica, aquella de la que se derivan las demás, consiste en el tamiz de la orientación cuidadora, que es útil en cualquier ámbito de actuación sanitaria porque aporta una visión específica que puede ser aplicada de forma rigurosa y evaluable.

En relación al tema de la “cartera de servicios enfermeros”, en este momento ya está en la mente de muchos de los profesionales la indispensable necesidad de ir definiendo, dejando abierto el campo para la ampliación constante, cuáles son esos servicios que pueden ofertarse.

Para realizar esta tarea, lo mejor es responder, en primer lugar, a las siguientes preguntas básicas:

- ¿Qué se necesita?
- ¿Quién lo necesita y en qué condiciones?
- ¿Qué de ello pueden aportar las enfermeras?

Para lograr contestar a estas preguntas de forma eficaz, las enfermeras deben recordar dos cosas importantes. La primera es que “sólo se ve lo que se conoce” y en relación a los “productos enfermeros” hay una profunda miopía tanto en la sociedad como en el sistema sanitario. Miopía a la que de ninguna manera son ajenos los profesionales ya que incluso ahora, la mayoría de ellos no han advertido la necesidad ineludible de “vender” su producto.

La segunda cuestión tiene que ver con el lenguaje que los enfermeros deben emplear para ser escuchados. Como muy bien han demostrado las técnicas de “*marketing*”, sólo se “oyen” aquellas ofertas que pueden satisfacer algún tipo de necesidad, sea ésta básica o socialmente inducida.

Esta idea es aplicable tanto a los potenciales usuarios privados de los servicios enfermeros como al sistema sanitario. Por sus actuales circunstancias, el sistema sanitario está fundamentalmente interesado en escuchar ofertas que mejoren la relación servicio/costo. Las enfermeras y enfermeros tienen unas enormes posibilidades de trabajo en este terreno y es urgente que se pongan a ello.

En relación al mercado donde las enfermeras del tercer milenio van a desarrollar sus servicios sólo voy a apuntar un par de ideas.

La primera de ellas es la constatación de que debe perderse definitivamente la visión de un mercado “nacional”. Europa no es sólo un mercado pero cara a la construcción del futuro de los enfermeros y enfermeras, es fundamentalmente un mercado profesional en el que otros muchos podrán ofrecer servicios interesantes. La segunda cuestión tiene también que ver con el mercado europeo y con esa idea relativa a que somos capaces de pensar en el futuro porque alguien, de pensamiento u obra, ya ha estado allí.

En este sentido, los países nórdicos, fundamentalmente, pero también vecinos más cercanos como los franceses y los ingleses, llevan tiempo reflexionando y experimentando sobre los posibles desarrollos de los mercados sanitarios. En España, este también es un tema al que los

planificadores dedican gran atención.

Los modelos inmediatos de mercado sanitario en los que van a tener que desarrollar su trabajo las enfermeras del III milenio ya están descritos y, en algunos casos, implantados en situaciones relativamente cercanas social, epidemiológica, demográfica y culturalmente. Las enfermeras saben que ese es un debate fundamental ya que las decisiones que de él se deriven (sobre la financiación y provisión de los servicios y los mecanismos de incentivación del mercado), afectarán de forma definitiva a las posibilidades de desarrollo de su trabajo.

Repasados someramente los aspectos relativos a la “cartera de servicios enfermeros” y al mercado, se van a dedicar las últimas líneas, a tratar sobre los ámbitos de actuación de las enfermeras del futuro que viene. Se empezará por los “otros ámbitos”, dejando para el final, el “ámbito” por excelencia, o sea la prestación directa de cuidados.

En primer lugar, es necesario decir que las enfermeras deberán seguir desarrollando todas y cada una de las áreas funcionales relacionadas con su responsabilidad de cuidar que ahora mismo ya están ejerciendo, cambiándose o sencillamente ampliándose, la perspectiva desde la que éstas se llevan a cabo.

En relación a la planificación, las enfermeras y los enfermeros deben colaborar, entre otras muchas razones, para:

1. Reorientar los servicios totales que ofrece el sistema sanitario hacia un modelo de cuidados.
2. Demostrar la indispensabilidad de la aportación enfermera.
3. Ayudar, con su perspectiva, a la necesaria definición de los límites entre lo sanitario y lo social.
4. Participar en la tarea de redistribuidor de riqueza y compensador de desigualdades que el Estado democrático delega en el sistema sanitario.
5. Evaluar el instrumento Sistema Nacional de Salud, revisando de forma constante si su funcionamiento responde a sus objetivos y normas de comportamiento.
6. Ayudar en la tarea fundamental de la promoción de los

autocuidados.

En la gestión, las enfermeras deben estar ya presentes para intervenir, con una perspectiva distinta y altamente valiosa, en la definición sobre los “productos” del sistema, su medición y evaluación.

En cuanto a la formación, el instrumento clave para la consecución del futuro, el profesorado deberá estar convencido de la necesidad de formar en lo ideológico, en lo conceptual, mucho más que en las técnicas. Las técnicas varían y si uno sabe del concepto, puede adaptarse fácilmente a las novedades técnicas o de procedimiento y ampliar con ellas, el abanico de prescripciones de que disponen los profesionales.

A las enfermeras del año 2000 se les tiene que enseñar, por encima de otras muchas cosas, el papel ampliado que podrán y deberán jugar en esos mercados públicos y privados que ya se divisan.

Los y las enseñantes de Enfermería deben jugar uno de los papeles más difíciles en esa construcción del futuro que viene: poner las bases. Sólo con enfermeras formadas en la “*ética del cuidado*”, convencidas de la utilidad del ejercicio de su disciplina y capacitadas para defender y transmitir su discurso profesional en las distintas esferas de actuación, la Enfermería podrá desarrollar todas sus posibilidades. Son las docentes, las que deben asegurar desde ahora mismo, que efectivamente, seguirán existiendo enfermeras en el III milenio.

Para terminar esta visión sobre qué podrán y deberán aportar las enfermeras al cumplimiento de las obligaciones del sistema sanitario del porvenir, se hará una breve mención al ámbito de la atención directa.

De acuerdo con la Dra. Henderson⁽³⁴⁾, las enfermeras del siglo XXI, como ayer, como hoy y como siempre ocurrirá mientras los seres humanos sean tan frágiles, tan “*insoportablemente leves*” como los define Kundera⁽³⁵⁾ deberán seguir siendo:

- La **VOLUNTAD**, de los sin deseo (los deprimidos, los enfermos mentales, los drogadictos...).
- La **FUERZA**, de los que la perdieron (los enfermos agudos, los crónicos, los ancianos, los heridos, los impedidos...).
- El **CONOCIMIENTO**, de los que no pueden tenerlo (los enfermos mentales, los niños), de los que deben adquirirlo (a través de las tareas de promoción y prevención) o de los que tienen otro porque son de otras culturas, marginales, distintos

en suma (mientras colaboran en la utilización eficaz del que les es propio...).

Las enfermeras del III milenio, deberán seguir empleando la mayor parte de su tiempo y de sus energías profesionales en ese trabajo, profundamente gratificante, que constituye el cuidado directo de quien lo necesita.

Los profesores de Enfermería son los responsables de asegurar que también esas enfermeras del futuro, harán su trabajo con rigor, imaginación y entusiasmo o sea, con profesionalidad.

5. BIBLIOGRAFIA

5.1. Referencias bibliográficas

- ¹ Alberdi Rm, Vasco A. Incidencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad mental. Rev Rol de Enferm.1994; 191-192: 65-68.
- ² Collière MF. Los cuidados enfermeros: un reto para la profesión de Enfermería. En: I Jornadas de Enfermería y Sindicalismo. Madrid; 1992. [no publicado]
- ³ Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad. 3ª ed. Barcelona: La Sal; 1988.
- ⁴ *Ibíd.*
- ⁵ Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.
- ⁶ Hernández J. Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995.
- ⁷ Pizurki H, Mejía A, Butter I, Ewart L, Organización Mundial de la Salud. Función de las mujeres en la asistencia sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988.
- ⁸ Fernández C et al. Enfermería fundamental. Barcelona: Masson; 1995.
- ⁹ *Ibíd.*
- ¹⁰ Fawcet J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3ª ed. Philadelphia: Davis Company; 1995.
- ¹¹ Meleis AI. Teoría de Enfermería. Desarrollos y progresos. Philadelphia: Lippincont; 1985.
- ¹² Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.

- 13 Henderson V. La Naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1994.
- 14 Marriner A, editora. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989. p.305.
- 15 Henderson V. Op. Cit.; 1994.
- 16 Luis MT, directora. Diagnósticos de enfermería: un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Doyma; 1993.
- 17 Ehrenreich y English. Op. Cit.
- 18 Camps V. Virtudes públicas. Madrid: Espasa y Calpe; 1990.
- 19 Alberdi Rm, López C. La profesionalización de los supervisores: dar el salto de la gestión de recursos a la gestión de cuidados. En: IV Jornadas nacionales de supervisión de Enfermería. Jerez de la Frontera; 1993 [no publicado].
- 20 Alberdi Rm. Sobre las concepciones de la enfermería. Rev Rol Enferm. 1988; 115: 25-30.
- 21 Collière MF. Op. Cit.
- 22 Schumacher EF. Lo pequeño es hermoso. Madrid: H. Blume-Ediciones; 1978.
- 23 Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Editorial Gredos; 1983.
- 24 Camps V. Op. Cit.
- 25 Ibíd.
- 26 Ibíd.
- 27 Moliner M. Op. Cit.
- 28 Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ªed. Madrid: Real Academia Española; 2014 [acceso 17 de septiembre de 2014]. Equidad. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=equidad>
- 29 Juliano D. Ámbito doméstico y autorreproducción social. En: Máster en Estudios de les dones. Barcelona: Centre d'Investigació Històrica de la Dona de la Universitat de Barcelona; 1989. [no publicado].
- 30 Juan Pablo II. "Mulieris Dignitatem" Carta apostólica sobre la dignidad y la vocación de la mujer con ocasión del año mariano [Internet]. El Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1988[acceso 11 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jp-ii_apl_15081988_mulieris-dignitatem_sp.html.
- 31 Pizurki H, Mejía A, Butter I, Ewart L, Organización Mundial de la Salud. Op. Cit.
- 32 Camps V. Op. Cit.
- 33 Bell D. The Cultural Contradictions of Capitalism. Nueva York:

Harper; 1976. P. 146-149.

³⁴ Henderson V. Op. Cit.; 1994.

³⁵ Kundera M. La insoportable levedad del ser. México: Tusquets Editores; 1987.

5.2. Bibliografía consultada

- Adam E. Hacia dónde va la enfermería. Madrid: Importécnica; 1982.
- Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992.
- Collière, MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana.Mcgraw-Hill; 1993.
- Domínguez C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide; 1986.
- Domínguez C. La enfermería a Catalunya. Barcelona: Rol; 1981.
- Durán MA. La jornada interminable. Barcelona: Icaria Editorial; 1986.
- Loden M. Dirección femenina: como triunfar en los negocios sin actuar como un hombre. Barcelona: Editorial Hispano Europea; 1987.
- Luis MT. Proyecto Docente de Enfermería Médico-Quirúrgica. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1993 [No publicado]
- Mompert MP. Proyecto docente de la asignatura de Administración de servicios de Enfermería. Toledo: Universidad de Castilla- La Mancha; 1989. [No publicado].
- Poal G. Entrar, quedarse, avanzar: aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. Madrid: Siglo XXI; 1993.
- Poletti R. Cuidados de enfermería: tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Rol; 1980.
- Tey R. La Enfermería: dos visiones separadas por treinta años. Rev ROL Enferm. 1986; 100:14-19.
- Zilboorg G. Masculino y femenino: algunos aspectos biológicos y culturales. Revista de Psicoanálisis. 1947; 5 (2): 396-467.

CAPÍTULO DOS

II. DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Con el capítulo que ahora se inicia se pretenden cumplir dos objetivos “clave”: aportar una panorámica de la evolución de la Enfermería comunitaria desde sus principios hasta la práctica actual y explicar cuál es el perfil de la enfermera comunitaria que se requiere aquí, ahora y para un futuro inmediato y qué elementos fundamentales condicionan esa necesidad.

Se ha estructurado en tres apartados, denominados:

- 1. Los orígenes.**
- 2. La Atención Primaria de Salud: un amplio camino abierto a la profesión enfermera.**
- 3. La Enfermería comunitaria en la actualidad.**

En la primera parte se tratará sobre los orígenes de la Enfermería comunitaria en el ámbito cultural occidental (sus precursores y precursoras y las orientaciones iniciales), para después centrar el análisis en el comienzo de la práctica comunitaria de la Enfermería en España. El segundo apartado se dedicará a la revisión del significado que ha tenido para la enfermería comunitaria española, el proceso de puesta en marcha de la atención primaria.

El subcapítulo dedicado a “*La Enfermería comunitaria en la actualidad*” se considera de especial importancia ya que el ejercicio de cualquier disciplina de servicio (como es la Enfermería) debe tener como objetivo disponer de personas capaces de analizar las múltiples vertientes de la realidad social que afectan a su trabajo, entrenados en ejercer su espíritu crítico -lo que se consigue fundamentalmente a través del conocimiento y el respeto a la diversidad- y dispuestos a aportar creatividad, rigor y eficacia a su responsabilidad profesional.

Por este motivo, dicho subcapítulo se dedica a los temas que constituyen los principales determinantes de la práctica de la Enfermería comunitaria en la actualidad. Me refiero a su marco conceptual y al entorno donde se desarrolla el trabajo enfermero. Finalmente haré un breve análisis sobre la teoría y la realidad actual del ejercicio de la Enfermería comunitaria en España.

1. LOS ORÍGENES

Se sabe que las prácticas de cuidados comunitarios han constituido una preocupación de las personas desde los primeros tiempos. Ello es así porque cada grupo humano, por primitivo que sea, tiene conocimiento del hecho incuestionable de que la enfermedad (como la salud) es también un fenómeno colectivo. Y la constancia de ese fenómeno no puede dejar de reflejarse en la cultura que construye cada sociedad.

El interés por el bienestar del conjunto de la comunidad es una manifestación del instinto de supervivencia del individuo que conoce su indefensión individual y es, a la vez, la más humana demostración del altruismo, de la capacidad de pensar en un bien mayor que el propio y de la posibilidad de actuar en consecuencia.

La interrelación, ya comentada, entre los valores relativos a la salud-enfermedad y lo que es considerado bueno y malo en las otras esferas de la vida social, ha hecho que cada grupo humano haya ido adoptando medidas de salud pública, casi siempre profundamente conectadas con aspectos religiosos y de gobierno.

Dada la enorme trascendencia que han tenido en la génesis de nuestra cultura y especialmente de los valores sanitarios, vale la pena hacer unos breves comentarios sobre las antiguas culturas mediterráneas (griega y romana) y el cristianismo.

En Grecia, el culto a Higia, la diosa guardiana de la salud, simbolizaba el patrón de vida griego. Higia era la posibilidad de vivir sano, si se vivía de acuerdo con la razón. La práctica de la higiene era, pues, una forma de vida, un modelo individual cuya adopción conducía al bien común. El culto a Higia fue siendo reemplazado, a partir del siglo V a JC, por el de Esculapio, el dios que cura, en cuyos templos-hospitales se atendía a los enfermos.

Siguiendo a Caramés⁽¹⁾ se considera que *“donde el genio de los romanos alcanzó su máxima expresión no fue en los avances de la ciencia médica como tal, sino en los trabajos de “higiene pública”, herencia de sus predecesores, los etruscos”*. Sus obras de ingeniería sanitaria fueron de la máxima importancia, quedando testimonios de las mismas aún en la actualidad.

Anteriormente se ha comentado la evolución sufrida por los conceptos de salud, cuidados y atención durante el período cristiano. Sin embargo, dos cuestiones merecen destacarse aquí. La primera es que para

los seguidores de Jesús de Nazaret la asistencia a los enfermos se convierte en obligación: “*En cualquier ciudad donde entrareis y os recibieren, curad a los enfermos que en ella hubieren*” (Lucas, 10, 8-9). Los discípulos de Cristo tienen el mandato expreso de preocuparse por el bien de quienes tienen necesidades y entre esas necesidades, una de las prioritarias es la salud.

La segunda cuestión es que es precisamente un santo de la Iglesia cristiana, San Francisco de Sales, quien a principios del siglo XVII y en colaboración con Juana Chantal, funda una organización de enfermeras para prestar sus servicios en los hogares de los enfermos. De esta experiencia, se sirve más tarde, en 1617, San Vicente de Paul para impulsar la fundación de las Hermanas de la Caridad, consideradas como precursoras de la Enfermería de Salud Pública por sus principios y por su concepción de la familia como unidad de servicio.

Como se recordará, fue durante el contexto conceptual histórico del cristianismo que se produjo el fenómeno de fusión entre los enfermos, los locos, los pobres y los desamparados; todo aquello que se considera indeseable socialmente se une y se atiende junto.

Es a partir del Renacimiento y la Reforma que los poderes civiles empiezan a considerar la asistencia a los menesterosos y enfermos como un estricto deber político. Ello está basado, sin duda, en el imperativo de la justicia pero también debe tenerse en cuenta a la hora de la valoración de ese cambio de actitud por parte de los grupos detentadores del poder social, que existe una clara conciencia de que lo “enfermo-pobre-marginal” contagia y no se sabe bien qué es lo que se contagia. La salud pública es un instrumento para la seguridad de los ciudadanos y por tanto, también de control social.

El siglo XVIII se caracteriza porque los gobiernos empiezan a proyectar y a ejecutar lo que podrían considerarse políticas sanitarias, consistentes fundamentalmente en la reorientación y racionalización de los centros asistenciales. El hospital destaca como institución dispensadora de una asistencia que está destinada principalmente a enfermos agudos y se relega a la comunidad la atención a enfermos crónicos, menesterosos e inválidos.

De acuerdo con Comelles⁽²⁾, el período de transición comprendido entre la caída del Antiguo Régimen y el siglo XVIII no significó la desaparición de la gestión asistencial de base benéfica, sino tan sólo su transformación y su ajuste a los nuevos tiempos, gestándose un sincretismo

entre las nuevas ideas que derivaban de los postulados higienistas, con las ya existentes. Tres van a ser los ámbitos de actuación sanitaria fundamentales:

- Una “medicalización”, en sentido amplio, de la praxis doméstica, con mayor intervención sobre la esfera de los cuidados higiénicos a la infancia.
- Una definición de políticas de saneamiento urbano, vinculadas a un nuevo modelo de la gestión política.
- Una intervención sobre las instituciones de asistencia, asumiendo el Estado las competencias que anteriormente estaban en manos de particulares.

Es decir, el principio de asistencia se asocia a una “gestión técnica” cuyo monopolio es adquirido por el estamento médico.

Por supuesto, el XIX es un siglo crucial tanto para el desarrollo de la Salud Pública en general, como de la Enfermería en su vertiente hospitalaria y de la comunidad. En este siglo aparecen los primeros intentos de socialización de la asistencia sanitaria en Rusia y Alemania. Los demás Estados, al margen de su respectiva orientación política, reconocen el derecho a la salud de las personas en sus diferentes cartas constitucionales (en España, las Cortes de Cádiz los reconocieron en la Constitución redactada en 1812).

La gran crisis económica que transcurrió desde 1873 a 1885, dejando una enorme cantidad de personas en la miseria, obligó a los Estados a instaurar medidas protectoras que aseguraran la supervivencia de los afectados. Entre el conjunto de medidas se plantearon algunas de carácter general, como la reformulación de los postulados económicos y otras más específicas como la creación de los seguros obligatorios y en especial del “seguro de enfermedad”.

El objetivo de este seguro era parcial ya que sólo estaba orientado a la atención de la enfermedad, y en concreto, de las enfermedades agudas, recuperables y de corta duración, dejando al margen las enfermedades crónicas. Ello no es óbice para que podamos considerar estos hechos como el germen de muchos de los logros que en materia de salud pública dispone la sociedad actual.

1.1. LA APORTACIÓN DE FLORENCE NIGHTINGALE

En 1837, Edwin Cadwick publicó el *Informe sobre condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña*, en el que se ponían de manifiesto dos cuestiones fundamentales: las penosísimas condiciones de vida de la clase trabajadora y la relación entre pobreza, enfermedad y expectativa de vida.

El impacto de este informe fue extraordinario y dio lugar a diversos intentos de desarrollar una actividad sistemática enfocada a preservar la salud. La Sociedad de Epidemiología de Londres, entre los años 1854 y 1856, promocionó un plan, que no dio los resultados esperados, para formar a mujeres pobres que trabajaran en la comunidad y cuidaran de los enfermos pobres, pues existía el convencimiento de que si la enfermera era de la misma clase social que el enfermo, su trabajo sería más eficaz.

Si bien el primer intento de establecer un servicio de Enfermería comunitaria fracasó, la segunda iniciativa, surgida también en Inglaterra, se consolidó de forma tan definitiva que se la considera la primera organización de Enfermería de Salud Pública.

Su promotor fue William Rathbone, quien supo articular de forma muy eficiente los tres pilares de su proyecto que fueron: su indudable interés en establecer un servicio de cuidados a domicilio (nacido de la convicción de su utilidad); sus dotes de gestor y sus amplios recursos económicos, y la inteligencia y el prestigio de Florence Nightingale.

La idea nuclear de Rathbone era formar y dirigir un grupo de enfermeras que no trabajarían en el hospital sino en la comunidad, cumpliendo funciones de visita domiciliaria a los enfermos, educación para la salud y asistencia social.

La colaboración prestada por Nightingale al proyecto, junto con la evolución que se fue produciendo en su pensamiento, fueron decisivas para el nacimiento de la Enfermería de Salud Pública.

Rathbone, al inicio de su proyecto, contactó con Nightingale para solicitar sus ideas y sugerencias en relación a la formación que debían recibir las enfermeras del servicio que él estaba creando. La respuesta de Nightingale fue un exponente más de su inteligencia y de la amplia visión de los problemas que poseía, lo que le permitió ir adaptando su línea de trabajo a las necesidades que se fueron presentando.

“He llegado a la conclusión de que la única solución satisfactoria será formar a las enfermeras especialmente para su plan”⁽³⁾, contestó Nightingale, aconsejando además a Rathbone que contactara con la Royal Liverpool Infirmary para que le ayudaran en la parte de su plan, relativa a la puesta en funcionamiento de una Escuela para enfermeras de distrito.

Rathbone, que como se ha dicho, disfrutaba de una considerable fortuna personal, consiguió abrir la primera Escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo en 1862, en Liverpool, su ciudad.

Es muy interesante constatar la evolución del pensamiento de Nightingale en relación al perfil de la enfermera, a través de los numerosos escritos públicos y de circulación privada que ella dejó.

Indudablemente influida por la fuerte corriente sanitarista que se inicia a partir del “Informe Chadwick” y por su propia observación directa de las condiciones de la producción de la salud y la enfermedad en la Inglaterra industrial de mediados del siglo XIX, Florence Nightingale va ampliando su perspectiva del papel de la enfermera y acuña el término de “Enfermería para la salud” (Health Nursing) para diferenciarlo del clásico “Enfermería para la enfermedad” (Sick Nursing) con el que se refiere a la práctica asistencial hospitalaria.

Para destacar su carácter de adelantada y la actualidad de muchos de sus mensajes, nada mejor que transcribir textualmente las palabras escritas por ella que informan sobre sus ideas respecto a la necesidad de:

- **Aplicar las medidas de prevención conocidas** ya que “... la ocurrencia de enfermedades prevenibles debe entenderse como un crimen social...”⁽⁴⁾.
- **Realizar visitas domiciliarias** para prestar la atención donde es necesaria y para conocer las circunstancias del enfermo: “... no penséis que hacéis algo útil como enfermeras hasta que, saliendo del hospital, vayáis al domicilio del enfermo...”⁽⁵⁾.
- **La formación sistemática:** “... no vale la intuición sin educación; lo mismo que se tiene por charlatán al que cura sin haber estudiado, hay que rechazar a la enfermera sin educación específica...”⁽⁶⁾.
- **Tener definido el rol de la enfermera y saber ejercerlo:** “...las enfermeras son enfermeras; no cocineras, ni mendigadoras, ni consoladoras oficiales o visitadoras altruistas..., la enfermera de distrito, primero debe ser

enfermera...”(7).

Asimismo, F. Nightingale abrió el camino para que las enfermeras pudieran participar en las investigaciones ya que demostró, a lo largo de los diferentes cometidos llevados a cabo, su gran capacidad en el manejo de la estadística, reuniendo, y analizando datos sobre la práctica sanitaria de su época y utilizándolos para sustentar sus propuestas y los resultados de sus experiencias.

El modelo de Escuela impulsado por Rathbone se extendió rápidamente por Inglaterra y en pocos años, ciudades como Manchester, Londres, Leicester y Glasgow contaban con Centros especializados para la formación de enfermeras de Salud Pública.

En Estados Unidos, la corriente de cambios sociales de la época, unida a la influencia de la figura de Florence Nightingale, incide de lleno en los cuidados comunitarios que diferentes colectivos venían desempeñando hasta entonces. Como figura más sobresaliente de esa época cabe destacar a Lillian Wald (1867-1940).

Wald, también una joven adinerada y con claros ideales sociales, fundó en 1893, el centro de enfermeras visitadoras conocido como “*Servicio de enfermeras visitadoras de la calle Henry*” (8). El alcance de esta institución fue mucho más allá de los cuidados de reparación así como de prevención de las enfermedades; su objetivo consistía en modificar las causas responsables de la pobreza y la miseria en sí.

Lillian Wald es considerada como la fundadora de lo que hoy conocemos como “Enfermería comunitaria” ya que ella fue la que acuñó el término de “Enfermería social”. Su aportación a la ampliación de los horizontes profesionales consistió principalmente en que supo iniciar el enfoque social de los problemas desde el punto de vista enfermero. Así, aspectos como el ambiente laboral, el entorno del barrio, la cultura, las costumbres..., eran examinados y evaluados según la influencia que tuvieran sobre la salud, es decir, planta la semilla de lo que con el tiempo se conocería como enfoque epidemiológico de riesgo(9).

1.2. LOS PRECURSORES EN ESPAÑA

En España, las ideas anglosajonas no tienen el eco esperado, y nuestro país se mantiene al margen de los movimientos renovadores ocurridos en la Enfermería(10). Este hecho, junto con las dificultades

ideológicas producidas por el largo período de dictadura militar sufrido en España, explica, en gran manera, la tardía incorporación del colectivo enfermero español a las corrientes contemporáneas de desarrollo profesional.

Varias circunstancias, de la sociedad y de la propia profesión, fueron las causantes de la falta de resonancia tanto del modelo propuesto por Florence Nightingale como de las ideas derivadas de las Escuelas de Enfermería de Salud Pública.

La primera de ellas radica en el predominio que ejerció Francia en el desarrollo del sector sanitario español a comienzos del siglo XIX⁽¹¹⁾. La invasión francesa se produce en 1808 y en 1820 se promulga la ley Orgánica de Sanidad Pública, con indudables influencias de los valores absolutistas y patriarcales que predominaban en la sociedad francesa de aquellos años.

La segunda circunstancia es el hecho de que desde el mismo momento de la institucionalización de la profesión enfermera en España, ésta no se articula como tal sino como un colectivo compuesto por tres grupos de diversas identidades y procedencias. Me refiero a que, en el período comprendido entre finales del siglo XIX y principios del XX, la sociedad española reconoce y aprueba la existencia de tres profesiones: la de **practicante** y **matrona** (ambas en 1857) y la de **enfermera** (en 1915).

Es interesante observar, además, que a todas ellas se les otorga una orientación médico curativa y de subordinación que encajaba mal con las responsabilidades que ya entonces, se pensaba debían ejercer las enfermeras de salud pública. Para confirmar esta afirmación, me ha parecido útil transcribir algunos párrafos de los Estatutos de las Profesiones Sanitarias y de los Colegios de Oficiales de Auxiliares Sanitarios, publicados en 1945 (García y Calvo, 1994).

En ellos se señala:

- *“El **practicante**... es el auxiliar inmediato del médico en todas sus actividades profesionales”.*
- *“La **matrona**... está autorizada por su título a asistir a los partos y sobrepartos normales”.*
- *“La **enfermera**... es la auxiliar subalterna del médico, estando siempre a las órdenes de este. La enfermera por sí sola no tiene facultades para desempeñar su cometido”.*

El cuarto motivo que destaco como impedimento a la organización en España de un movimiento de enfermeras de Salud Pública se refiere al papel otorgado a la mujer en la sociedad y a la falta de una líder que pudiera cumplir el papel que cumplieron Nightingale, Wald y muchas otras, en Inglaterra y Estados Unidos.

El estereotipo femenino derivado de la influencia de los valores de la religión católica, del patriarcado y de los regímenes de gobierno totalitarios, estaba plenamente vigente en la sociedad española en los momentos en que se legaliza la profesión enfermera. A ello se une⁽¹²⁾ la ausencia de mujeres instruidas y con suficiente capacidad de influencia social para lograr las sustanciales modificaciones que habría exigido la profesionalización de la Enfermería.

Por último, no debe olvidarse que, al contrario de lo que ocurría en otros países occidentales, en España había desde el principio un alto componente de varones ejerciendo funciones de Enfermería, lo que, sin duda, ha constituido y constituye un elemento fundamental a la hora de lograr definir la identidad profesional y por tanto, a la hora de poder reivindicar campos de responsabilidad propios como es el de la Salud Pública.

Con todo lo dicho hasta ahora no quiero significar que en nuestro país, los enfermeros y enfermeras no hicieran contribuciones significativas a la sanidad extrahospitalaria, sino que las mismas no tuvieron las características de profesionalidad y continuidad que hubieran permitido su asentamiento definitivo y su evolución posterior.

Igualmente, en la legislación sanitaria se va realizando, a lo largo del primer tercio del siglo XX, un avance progresivo en el intento de ir dotando al país de una estructura organizativa y de instituciones sanitarias que respondan a las necesidades de salud que plantea la población⁽¹³⁾.

Así, en 1933 se crean las 50 primeras plazas de **enfermera visitadora sanitaria** (Domínguez, 1986), que se forman en la Escuela de Enfermeras Visitadoras, dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad. Estas enfermeras, bien cualificadas, desempeñaron su trabajo fundamentalmente en los dispensarios antituberculosos, en los centros de higiene rural y en los de puericultura.

La guerra civil viene a interrumpir ese proceso, como tantos otros de desarrollo de la vida social española, y no es hasta el año 1946 que se aprueba el Reglamento de la Escuela Central de Instructoras Sanitarias, que

será filial de la Escuela Nacional de Sanidad y que desarrollará su labor durante casi cuarenta años⁽¹⁴⁾.

En apartados anteriores he mencionado la importancia de los nombres. Nombrar significa instalar en la realidad. Es a través de su denominación específica que algo o alguien puede ser reconocido y adquirir un lugar en la sociedad.

En este sentido, es interesante observar que en el cambio de nombre ocurrido en 1946, en pleno apogeo de los valores nacional-católicos, se perdió el término “**enfermera**” y se cambió la palabra “**visitadora**” por la de “**instructora**”.

Este hecho no le quita ninguna importancia a la magnífica labor que en pro de la sanidad pública realizaron las instructoras sanitarias durante casi medio siglo. Sólo sirve para reafirmar una vez más la idea de que **cada profesión es el resultado de la sociedad en que se desarrolla y de lo que a ella ha sabido aportar.**

Seríamos injustos si antes de terminar este apartado dedicado a los orígenes de la enfermería comunitaria, no hiciéramos mención expresa a la labor realizada por los practicantes y comadronas en la zona rural. Los practicantes y comadronas españolas, de forma generalizada, supieron ejercer sus funciones teniendo en cuenta la cultura, los recursos y las necesidades de los grupos humanos que atendieron. Consiguieron mejorar sus condiciones de salud y ejercieron, en la mayoría de los casos, su responsabilidad desde una perspectiva preventiva y educadora.

Antes de finales de la década de los 70 y principios de los 80 que es el período en que, con la reforma de la Atención Primaria, se hace realidad la práctica de la Enfermería comunitaria en nuestro país, han existido una serie de figuras que también han contribuido de forma notable a la atención de las necesidades de salud de la población en el ámbito de las comunidades urbanas: las “ATS Visitadoras” del Insalud, los “ATS de Empresa”, las “ATS comadronas de Asistencia Pública domiciliaria” y, por supuesto, las “Instructoras sanitarias”.

La labor de todos los aquí citados, junto con los importantes cambios sociales y económicos que se iban produciendo en la mayoría de los países occidentales, propiciaron la posibilidad del cambio de orientación de los servicios sanitarios que ha significado la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de la Enfermería comunitaria.

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN AMPLIO CAMINO ABIERTO A LA PROFESIÓN ENFERMERA

En un artículo que escribí en 1985 (Alberdi, 1985), trataba de argumentar, en el contexto de una publicación dedicada al personal de la atención hospitalaria, los motivos por los que el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) es el marco idóneo para el total desarrollo de la Enfermería como profesión.

Ahora retomo esta idea para analizar los inicios de la práctica de la Enfermería comunitaria en España, ya que estoy convencida de la importancia tanto de la aportación enfermera en la Atención Primaria, como de las múltiples posibilidades que dicho nivel abre al trabajo creativo y riguroso de las enfermeras y enfermeros.

Para justificar estas convicciones, abordaré dos temas:

- 2.1 El nacimiento de la APS.
- 2.2 ¿Qué y cómo se hizo?: El contexto de la reforma de la Atención Primaria en España.

2.1. EL NACIMIENTO DE LA APS

La aparición de la APS como el instrumento para alcanzar el mejor nivel de salud posible para una población, con la máxima eficiencia, es una muestra más de la constante interrelación y mutua dependencia entre los valores que cada sociedad atribuye a la salud-enfermedad, a las necesidades que de ella se derivan, a los medios que dispone para su cobertura y por supuesto, al papel que solicita presten los diversos profesionales en la atención de las mismas.

Varios fueron los elementos que propiciaron el diseño y la instauración del modelo de la APS pero me centraré en analizar sólo dos de las cuestiones que se consideran fundamentales.

La primera de ellas es la relativa a los cambios ocurridos en el panorama de la salud en los países de nuestro entorno socio-cultural, a lo largo de los treinta años transcurridos entre mediados de siglo y la década de los 80.

Muchos países, gracias a su desarrollo y a la consecuente mejora de las condiciones de vida, habían logrado apartarse del patrón epidemiológico clásico -que tiene como causa principal de morbi-mortalidad a las enfermedades infecciosas-, y se estaban enfrentando a nuevas modalidades del enfermar y el morir. Los modos de vida adoptados por las sociedades modernas se habían convertido en el principal factor de riesgo de estas nuevas patologías, las cuales estaban poniendo en crisis las tradicionales formas de cuidar y curar e incluso los conceptos de salud y enfermedad.

Esta crisis de orientación se vio agravada por la necesidad urgente, puesta de manifiesto en todos los países desarrollados, de reducir, o al menos reconducir, los gastos de la atención sanitaria ya que la razón coste/eficacia estaba siendo cada vez más elevada. A estos dos puntos se unió además la creciente responsabilización de los ciudadanos respecto a la satisfacción de sus necesidades en materia de salud.

En segundo lugar, los avances en la terapéutica y el conocimiento de las cadenas epidemiológicas habían logrado hacer perfectamente prevenibles algunas de las enfermedades que en la Edad Media y el Renacimiento asolaron a la Europa civilizada.

Pero aun existiendo eficaces medidas de prevención (algunas de las cuales se limitan a prácticas elementales como la cloración del agua de bebida o la correcta disposición de los residuos), aquellas enfermedades afectaban aún a una parte importante de los países desarrollados. Este fenómeno sólo encontraba explicación en el reconocimiento de la multicausalidad del proceso salud-enfermedad y en la existencia de enormes diferencias en el acceso a los recursos de salud, derivadas de las desigualdades sociales y económicas.

Como se ha dicho, los aspectos mencionados desembocaron en el cuestionamiento profundo del modelo vigente de prestación de cuidados y en la necesidad de plantear nuevas formas de atención a la salud.

En este sentido, ya desde principios de la década de los 60 se había venido produciendo una tendencia a reemplazar el término “Salud Pública” por el de “Salud Comunitaria”, dado que este último implica la existencia de una dinámica de participación por parte de las comunidades humanas en los asuntos relativos a su salud.

En este período que estamos estudiando, se produjeron varios acontecimientos que fueron ayudando a clarificar el concepto de salud comunitaria pero en aras a la concisión que exige el presente análisis y a la

especial importancia que ha tenido en ello la OMS, nos centraremos sólo en sus aportaciones, que han consistido, básicamente, en dar un enfoque alternativo a la organización de los servicios sanitarios.

Siguiendo las ideas ya comentadas, la OMS empezó cambiando paulatinamente la denominación de los “servicios de salud de base” a “servicios comunitarios” para, en última instancia, adoptar la expresión de “servicios de Atención Primaria de Salud”.

De forma progresiva, y también a partir de los años 60, sus publicaciones, de gran repercusión entre los sanitarios de todo el mundo, empiezan a tratar de forma especial sobre la prevención, la promoción de la salud y la educación sanitaria, sugiriendo nuevas formas de estructuración de los dispositivos y abogando por una participación activa de los gobiernos y el establecimiento de servicios de salud integrados y accesibles a todos⁽¹⁵⁾, para lo cual se plantea estimular la participación de la población en el desarrollo de programas de salud pública.

De estas recomendaciones surgen dos elementos importantes para la noción de la salud comunitaria: la planificación gubernamental de un sistema de salud donde los aspectos preventivos, de promoción y curativos estén integrados, y la participación de la comunidad.

Como exponente de los nuevos intereses que iban surgiendo a nivel internacional, ya en 1973, la reunión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Comité Regional de la OMS para América estuvo dedicada a tratar el tema de los “Servicios comunitarios de salud y participación de la población”.

En 1977, la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud, definió que *“la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado tal de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”*, objetivo que se difundió por todos los ámbitos bajo el lema **“Salud para todos en el año 2000”**.

En 1978, se reunió en Alma Ata (territorio entonces de la URSS), la conferencia sobre “Atención Primaria de Salud” convocada por la OMS y la UNICEF. En el párrafo de la declaración de dicha conferencia se justifica la necesidad de la APS de la siguiente manera:

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”.

En 1979, la Trigésimosegunda Asamblea Mundial de la Salud elaboró la “estrategia mundial de salud para todos”, cuya base es el establecimiento de sistemas de salud nacionales fundamentados en la Atención Primaria de Salud.

Posteriormente, en 1983 y 1984, otras reuniones internacionales fueron confirmando la validez de los planteamientos de Alma Ata y destacando la necesidad de dedicar especiales esfuerzos al desarrollo de la APS en los países industrializados, aún en los momentos de crisis económicas graves (“Conferencia sobre Atención Primaria de Salud en los países industrializados” de Burdeos y “Conferencia europea sobre planificación y gestión de salud” de La Haya)⁽¹⁶⁾.

Llegados a este punto y antes de pasar a tratar sobre qué se ha hecho en España en relación a la APS y a la Enfermería comunitaria, es conveniente analizar detenidamente algunos aspectos de la filosofía de prestación de servicios sanitarios establecida en la Conferencia de Alma-Ata.

De la Filosofía y las características de la Atención Primaria de Salud

La declaración de principios con la que concluyó dicha conferencia, puede resumirse en los siguientes puntos⁽¹⁷⁾:

1. **La salud**, entendida como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, **es un derecho humano fundamental** y el logro del grado más alto posible de salud, es un importante **objetivo social** que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y

económicos, además del sector salud.

2. La grave **desigualdad** existente en el estado de salud es política, social y económicamente **inaceptable** y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3. La **población** tiene el derecho y el deber de **participar** individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a la salud.
4. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial en los próximos decenios debe ser el de que **todos los pueblos del mundo** alcancen en el año 2000 **un nivel de salud** que les permita llevar una vida **social y económicamente productiva**.
5. La Atención Primaria a la Salud se orienta hacia los **principales problemas de salud** de la comunidad y presta los servicios de **promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación** necesarios para resolver estos problemas.
6. La Atención Primaria de Salud se basa en personal de salud (médicos, enfermeras, matronas, auxiliares, trabajadores sociales...) que posea el adiestramiento debido, en lo social y en lo técnico, para **trabajar como un equipo** y atender las necesidades de salud **expresadas** por la comunidad.

El poder seguir estos principios y conseguir la meta de “Salud para Todos” requiere reordenar racionalmente los recursos, basándose en la potenciación de la atención sanitaria del primer nivel, en la **Atención Primaria de Salud**.

Para comprender de forma completa la propuesta de Alma-Ata, es interesante considerar el contenido de la definición de APS que en ella se propuso. En el párrafo VI de la Declaración final (OMS, 1986)⁽¹⁸⁾, dice:

“La Atención Primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a

un coste 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 del individuo, 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, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Del análisis de esta definición se desprende el enorme cambio filosófico de la atención sanitaria que se plantea con la instauración de la atención primaria y cuyos trazos más característicos se resumen en los siguientes apartados⁽¹⁹⁾:

- La búsqueda del estado de salud en lugar de la asistencia exclusiva sobre el enfermo y la enfermedad.
- La atención sobre la comunidad y el entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, añadiendo una concepción integral al considerar a la persona y a la colectividad como elementos interrelacionados expuestos a los factores sociales y ambientales del medio en que se desenvuelven.
- La promoción de la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad, en oposición a las áreas orientadas a la curación de la persona enferma, como prácticamente la única actividad del sistema sanitario.
- La plena participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios sanitarios, haciéndola responsable de su propia salud, en lugar de su papel como mero receptor pasivo de las prestaciones a las que tiene derecho.
- El cambio de la atención aislada y mantenida casi en exclusiva por el médico, por la actuación de un equipo multidisciplinario, en el que cabe destacar el nuevo papel asignado a las enfermeras, y la inclusión de la formación continuada y la investigación como actividades fundamentales para llevar a cabo.
- La Atención Primaria no es suficiente para atender todas las

necesidades de salud de la población; debe estar integrada dentro del conjunto del sistema sanitario, planteado así como una red escalonada y progresiva en donde a cada ámbito establecido le corresponde un nivel determinado de recursos y se le asignan unas funciones concretas.

Al mismo tiempo, el análisis de la definición de Atención Primaria, permite identificar los elementos que la caracterizan y que pueden describirse de la siguiente manera⁽²⁰⁾:

La Atención Primaria de salud es una atención:

- **Integral** desde la concepción holística o globalizadora del ser humano.
- **Integrada** dentro del propio sistema sanitario y con otros sectores coordinados con el mismo.
- **Continua y permanente.** Se presta atención durante todo el ciclo vital de la persona, desde la concepción hasta la muerte, sin interrupción en el tiempo e independientemente del ámbito en el que la persona se encuentre.
- **Activa** en base a la búsqueda de las necesidades de la comunidad, no sólo basada en la demanda de la misma.
- **Accesible.** Se hace tan cerca como es posible de los sitios donde las personas viven y trabajan, es decir, adecuada tanto desde el punto de vista organizativo (horarios, comunicación, información), como desde el punto de vista físico, permitiendo al usuario acceder fácil y rápidamente a los servicios de salud.
- **Prestada por equipos multidisciplinarios,** aportando cada uno de los profesionales que lo conforman, sus propios conocimientos, enriqueciendo así la visión, desde diferentes puntos de vista, de las necesidades de la comunidad, para una eficaz solución de los mismos.
- **Comunitaria y participativa,** que autorresponsabiliza de su propia salud a las personas y les hace participar activamente en la planificación, toma de decisiones y desarrollo de las diferentes actuaciones comunitarias que se realizan.
- **Programada y evaluable,** que utiliza como metodología básica la programación en salud, evaluándose resultados y coste/efectividad.
- **Basada en la docencia y en la investigación,** que profundiza en los conocimientos propios y específicos del nivel de atención para adquirir nuevos conocimientos del mismo. La investigación se utiliza como instrumento para conocer las

necesidades de salud de la comunidad, así como para conocer el impacto de las actuaciones sobre ella.

La adopción de los compromisos derivados de la Declaración de Alma-Ata, ha exigido a los diversos países realizar cambios en la filosofía, en la legislación, en la estructura e incluso en los métodos de gestión de sus sistemas sanitarios.

España, que se encontraba desde finales de 1975 en un momento de grandes cambios políticos y sociales, se hizo eco con rapidez de los planteamientos de Alma-Ata, publicando, en 1984, el *Real Decreto sobre estructuras básicas de salud* que fue la primera normativa específica a través de la cual se intentaban aplicar en nuestro país, los principios de la APS.

De su desarrollo y de cómo el intento de reordenación del sistema sanitario español, influyó en las responsabilidades de las enfermeras, se tratará a continuación.

Antes de hacerlo y ya explicadas las características básicas de la APS, quisiera dedicar una líneas a justificar la afirmación sostenida al principio de este apartado relativa a:

Atención Primaria de Salud: la Enfermería protagonista

Protagonista principal pero no necesariamente protagonista única ya que en la APS, como en casi todas las obras y situaciones, no sólo hay varios protagonistas sino que la importancia de uno u otro va variando a medida que transcurre la acción y se modifican las circunstancias que la enmarcan.

Los argumentos que sostienen la tajante afirmación sobre el protagonismo de la Enfermería en la APS, son de dos tipos:

- El derivado de la concordancia entre el objetivo fundamental de la profesión enfermera y la filosofía de la APS.
- El que se deduce del tipo principal de trabajo que se realiza en dicho nivel de atención.

Empezaremos por el que se desprende de la correspondencia entre la filosofía que inspira la APS y el objetivo de la Enfermería como profesión.

De la definición de APS realizada por la OMS, se desprende que la finalidad de dicho nivel es fundamentalmente **promover la salud y prevenir la enfermedad, utilizando como herramienta principal** para ello a la propia comunidad, **con sus recursos individuales y sociales**. Paralelamente, el objetivo de la Enfermería como profesión es **satisfacer aquellas necesidades de la persona y la comunidad que ellos cubrirían por sí solos** si tuvieran la fuerza, los conocimientos y la voluntad necesarios para ello.

Partiendo de esta concepción de la Enfermería, resulta evidente que el nivel de atención que pretende autorresponsabilizar al máximo a las personas respecto a su salud, es el más adecuado para el desarrollo de una profesión, la Enfermería, que pretende cubrir las necesidades de la persona, educándola para el autocuidado.

En ningún caso debe desprenderse de lo anterior que la Enfermería es autosuficiente para atender a todas las necesidades de salud de la comunidad. Por el contrario, se tiene el convencimiento de que el trabajo enfermero, como el de cualquiera de las profesiones que forman el equipo de salud, adquiere su verdadera y total dimensión sólo cuando se ejerce desde la interdisciplinariedad, ya que es precisamente la mirada múltiple de todo el equipo la que permite determinar la aportación específica de cada uno.

A partir de aquí es oportuno introducir el segundo argumento citado, el que se deriva de la tarea principal que se realiza en Atención Primaria.

En dicho nivel, el trabajo fundamental es el de cuidar, el de proveer de aquellas herramientas, técnicas, conocimientos y actitudes que faciliten a la persona y a la comunidad el disfrute de la máxima salud. El curar, el centrar la tarea en la enfermedad y su tratamiento, es función fundamental del segundo nivel de atención.

Con esto no quiere decirse que en la Atención Primaria no se preste atención a la enfermedad. Por el contrario, los expertos afirman que más del 80% de las patologías pueden ser atendidas con éxito en el primer nivel del sistema sanitario y cualquier profesional con experiencia sabe de la realidad de esta afirmación. Pero estas líneas no pretenden sino presentar razones convincentes que destaquen el fundamental papel que corresponde desempeñar a la Enfermería en la Atención Primaria.

Por lo dicho hasta ahora, parece claro que el nacimiento de la APS era inevitable y que las enfermeras han podido encontrar en ella un amplio camino abierto para su desarrollo profesional.

Vamos a analizar cómo fue evolucionando la instauración de la APS en España y cuál fue el papel jugado por las enfermeras y enfermeros.

2.2. ¿QUÉ SE HIZO Y CÓMO SE HIZO?: 1984-1990. LOS AÑOS DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

Al empezar este apartado es necesario decir que en él se reflejan dos ideas básicas:

- El desarrollo de la Enfermería en APS forma parte de la evolución general de la profesión en nuestro país.
- Cuantos más elemento de profesionalización consiguen las enfermeras y enfermeros, mayores oportunidades tienen de asumir todas sus responsabilidades en la APS.

Partiendo de las mismas, se va a intentar hacer un repaso a los principales acontecimientos ocurridos en nuestro país entre los años 1984 y 1990, en relación a la implantación de la reforma de la APS y a la evolución de la Enfermería. Para cumplir ese propósito se van a desarrollar los siguientes temas:

- a) Las expectativas y posibilidades que se fueron abriendo en los tres primeros años de puesta en marcha de la reforma de la atención primaria.
- b) La situación profesional en que estaba inmersa la Enfermería.
- c) Un primer balance, seis años después del inicio de la reforma.

Vamos a iniciar el resumen de ese importante período de la historia sanitaria de nuestro país, tratando sobre:

1984-1986: Un trienio de expectativas y posibilidades

Cualquier intento de valorar los logros conseguidos pasa necesariamente por conocer cuál era la posición de partida.

En el tema dedicado al nacimiento de la APS, se han especificado cuáles eran los planteamientos teóricos en que la misma se sustenta. Pero de la misma manera que todo lector reescribe, al leerlo, el texto de cada libro, también la teoría de la APS fue siendo interpretada según el filtro de la experiencia, de los deseos y de los intereses de cada uno de los sanitarios que la leyeron y creyeron en ella.

Por este motivo, parece necesario iniciar esta explicación intentando contestar a dos cuestiones:

- **¿Qué se entendió que significaba la filosofía de la Atención Primaria?**, y a partir de eso,
- **¿Qué expectativas se levantaron en relación a la propia APS y al trabajo de las enfermeras en ella?**

Las primeras interpretaciones que los diversos autores hacían respecto a la APS tienen todas un cariz parecido...

- Resumiendo un artículo de A. Vasco, significativamente titulado *Salud para todos: un guión con posibilidades*⁽²¹⁾, un periodista escribió: “... *el autor describe con claridad el guión en que se basaría esta película, que por ahora parece a muchos de **ficción científica**...*”.
- Un trabajo de Marie Farrell⁽²²⁾ empezaba diciendo: “**La APS es un enigma...**”.
- Y yo misma, en un artículo que escribí en 1984, decía: “**Salud para todos en el año 2000, es un mensaje con posibilidad de múltiples interpretaciones...**”⁽²³⁾.

Sabíamos que no sabíamos bien y que todo podía tener muchas lecturas... Pero a pesar de la posibilidad de esas muchas lecturas, nadie dudaba de que la aplicación de los principios de la Declaración de Alma-Ata al primer nivel de atención, iba a suponer un enfoque radicalmente distinto del trabajo de los profesionales sanitarios y que entre otros aspectos, era indispensable la existencia de:

- Equipos multidisciplinarios ya que “*la salud, como dijo Mahler*⁽²⁴⁾, *es muy importante para que esté sólo en manos de los médicos...*”.
- Un trabajo basado en las necesidades reales y sentidas por la comunidad con la consiguiente participación de la misma.
- Prestación de una atención integral e integrada.

Se consideraba que el correcto desarrollo de la APS en nuestro país, debería significar, entre otras muchas cosas, la disminución de la incidencia de las enfermedades prevenibles, tanto agudas como crónicas, el descenso del número de hospitalizaciones y de la estancia media de los pacientes en los Centros, la mejora del nivel de educación sanitaria de la población, el aumento de la responsabilidad individual en el autocuidado, la posibilidad de trabajar en equipo, basando los planes de atención en las necesidades de salud de las personas y la comunidad y la total integración de la comunidad en cada uno de los niveles del sistema sanitario y en todas las etapas del desarrollo de la atención.

Frente a estos significados que se dieron a la APS es necesario preguntarse ahora qué **expectativas** se despertaban respecto a la propia APS y al trabajo que en ella podrían y deberían desempeñar las enfermeras.

Para contestar a esta pregunta, voy a utilizar los datos de un estudio^(25, 26, 27), de 1990, en el que se hacía una extensa revisión de los contenidos de los artículos de APS publicados en la *Revista ROL*, la más representativa y de mayor difusión de las revistas de Enfermería españolas, en la época del inicio de la reforma.

De esta revisión bibliográfica pueden destacarse las siguientes expectativas:

En relación a la APS:

- ***“... La APS es una propuesta revolucionaria...”***, ***“Es más que un nivel de atención; es una filosofía...”***, su puesta en marcha producirá cambios fundamentales que irán más allá de los aspectos sanitarios.
- ***“La APS es el futuro...”***, la atención que en ella se brinde será accesible, humana, eficaz, igualitaria, integral...
- ***“La APS va a solucionar tanto los problemas de la comunidad como los del propio sistema sanitario...”***, será en el momento, lugar y forma oportuna, económica, acorde con los valores sociales y culturales de la comunidad, planificada, programada y evaluada...
- ***“El gobierno español priorizará la atención primaria...”***, asignándole los recursos humanos y materiales necesarios y produciéndose, por tanto, una redistribución de los mismos en relación a la asistencia especializada.

En relación al trabajo enfermero en la APS:

- ***“Las enfermeras son el motor de la reforma sanitaria, sin su activa intervención la APS no será posible...”***, por ello, los enfermeros deben asumir un papel protagonista.
- ***“En la APS, las enfermeras encontrarán el espacio idóneo para desarrollar sus capacidades profesionales...”***, a través de ello lograrán su reconocimiento como profesionales autónomas e indispensables por parte de la comunidad, el resto del equipo (los médicos fundamentalmente) y la Administración.
- ***“Las enfermeras que trabajen en APS tendrán mayores satisfacciones...”***
 - ***profesionales***, al poder hacer un trabajo más creativo e independiente.
 - ***económicas***, al estar más adecuadamente retribuidas y,
 - ***laborales***, ya que sus condiciones de trabajo serán mejores (sin turnos, sin noches, sin festivos...).
- ***“Las enfermeras recibirán una formación adecuada antes de incorporarse a los Centros de Salud...”***.
- ***“Los planes de estudio de Enfermería formarán para asumir los nuevos campos de actuación de la APS”***.
- ***“En la APS se podrá investigar y las enfermeras se formarán para ello...”***.

Hasta aquí lo teórico y las expectativas pero, ¿qué se estaba haciendo en la realidad? En la realidad se estaba haciendo lo más importante: **se estaban construyendo los instrumentos normativos que iban a permitir poner en marcha verdaderamente la APS en España.**

El principal de ellos a nivel nacional fue el ya citado Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud. En Andalucía, su referente fue el Decreto 195/85 sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Tanto en el territorio gestionado por el Insalud como a nivel de las diversas autonomías, a estos primeros Decretos les siguió la publicación de Órdenes y Circulares que los fueron concretando.

En síntesis, el Real Decreto 137/8 plantea la reforma e integración de las distintas organizaciones sanitarias españolas, basándose en tres aspectos fundamentales:

- La Zona Básica de Salud.
- El Centro de Atención Primaria (Centro de Salud).
- El equipo de Atención Primaria.

En abril de 1986 se publica la *Ley General de Sanidad*, cuyos planteamientos no sólo no significaban ninguna limitación en relación a lo establecido para la APS, sino que su orientación y propósitos generales se ajustan perfectamente a la filosofía que la inspira.

La *Ley General de Sanidad* (LGS), que sustituyó a la *Ley de Bases de la Sanidad Nacional* de 1944, aportó como fundamental elemento del modelo sanitario español, el concepto de Sistema Nacional de Salud (SNS) con una importante descentralización. Al mismo tiempo, la ley reconoce ampliamente la potestad normativa de las Comunidades Autónomas en cuanto a la ordenación territorial, constitución, planificación, organización, medios personales y materiales y gestión y control de los Servicios Sanitarios⁽²⁸⁾.

Del análisis de la LGS se desprende que **el sistema de salud**, sus medios y actuaciones, **se orientan** prioritariamente **a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades**. Asimismo **la política de salud ha de buscar la superación de los desequilibrios territoriales y sociales**. Para ello se define el Sistema Nacional de Salud (SNS), compuesto por los diecisiete Servicios Regionales de salud que corresponden a cada una de las Comunidades Autónomas.

El Sistema se estructura en dos niveles de atención: la **Atención Primaria de Salud** y la **Atención Especializada**, cuya confluencia da lugar al **Área de Salud** como estructura responsabilizada de la Gestión Unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud y de las prestaciones sanitarias y programas de salud que han de desarrollar⁽²⁹⁾. **Su función** primordial es procurar la **coordinación efectiva de los dos niveles asistenciales**.

El objetivo principal de la *Ley General de Sanidad* es disponer de un sistema sanitario que dé **respuesta a los problemas de salud de la población** adscrita al Área, mediante una perspectiva global de la atención, universalizada, continuada, coordinada e integrada, con autonomía y suficiencia de recursos, flexible en su concreción organizativa y en sus formas de gestión. Igualmente, la atención debe contar con la sólida implicación de los profesionales y **el ciudadano debe ser el objetivo principal** de sus actuaciones, ampliándose con ello su ámbito de elección y participación.

Volviendo a los instrumentos elaborados para el desarrollo de la APS, es interesante analizar dos aspectos de los mismos. El primero es los objetivos que en ellos se fijaban y el segundo, como tales instrumentos iban permitiendo, o no, la puesta en marcha de la reforma. En el análisis se hará referencia tanto a la normativa nacional como a la de la Comunidad Autónoma andaluza ya que Andalucía fue pionera y modelo de iniciativas al principio de la instauración de la APS⁽³⁰⁾.

En relación al primero de los aspectos, se considera que una lectura de la citada normativa autonómica y nacional lleva a concluir que, efectivamente, los objetivos teóricos que en ella se planteaban se correspondían con las expectativas existentes tanto en relación a lo que iba a significar la APS como al papel de las enfermeras en la misma.

En este sentido, hay que reconocer que la legislación de la autonomía andaluza se planteó de forma más progresiva y favorecedora para las enfermeras que la nacional. Esto se ponía especialmente de manifiesto en tres puntos claves:

1. Se denomina “Director” al máximo responsable del Centro de Salud y/o Distrito, en vez de “Coordinador médico” como figura en la normativa del Estado. Este cambio favoreció la integración real y efectiva de las enfermeras a los equipos, reconociéndose su capacidad para acceder a los puestos de mayor responsabilidad.
2. Si bien las enfermeras podían acceder al puesto de “Director”, igualmente se crean las figuras de “Adjunto de Enfermería” (a nivel de Centro de Salud) y de “Coordinador de Enfermería” (a nivel de Distrito) con el objetivo de facilitar la aportación específica de las enfermeras a la atención de la salud de la comunidad.
3. Por primera vez aparece explícitamente reconocido en una normativa, la responsabilidad que las enfermeras tienen respecto a su población.

Así, el Art.11.2 del Decreto 195/85 sobre ordenación de los servicios de atención primaria de salud en Andalucía, dice textualmente:

“Cada profesional, médico y enfermera de Equipos Básicos de Atención Primaria, será responsable de la asistencia a la población que le sea adscrita...”.

En cuanto a si los instrumentos iban permitiendo o no la puesta en marcha de la APS y el desarrollo del trabajo enfermero, parece interesante destacar varios aspectos.

Las primeras dificultades surgen, como era de prever, en el terreno económico, apareciendo una **contradicción conceptual** respecto a cómo se retribuye a los médicos y a los enfermeros y enfermeras de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP). Contradicción que estriba en que no se corresponden los argumentos que sustentan el trabajo en equipo con el hecho de que se pague a los médicos por cartilla ya que de esta manera lo que se fomenta es la actuación individual de un profesional frente a la acción, muy poco concreta aún, del equipo.

Muy probablemente esta fue la primera evidencia de la falta de voluntad política de que se realizaran plenamente las expectativas que podían deducirse de las propias normas dictadas por las Administraciones sanitarias, ya que mantener la diferencia entre la forma de pago de los médicos con respecto al resto del equipo, es un recurso que se ha demostrado muy eficaz para seguir sosteniendo las estructuras de poder ya establecidas.

Aun así, las normativas en su conjunto y en especial la referida a las enfermeras, sí permitían tanto la puesta en marcha de la APS como el desarrollo del trabajo enfermero. En este sentido, es necesario resaltar que la Circular sobre *“Organización y funcionamiento del personal de Enfermería en los Centros de Atención Primaria”*, publicada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en abril de 1987, significó un desarrollo de las funciones y actividades de las enfermeras de APS y de la metodología de trabajo propia.

Tal como ya han destacado otros autores^(31, 32) por primera vez aparece en la citada Circular, la palabra **cuidados** como identificadora del rol profesional de los enfermeros. Igualmente, en ella se establecen medidas organizativas importantes para el logro de los objetivos profesionales de la Enfermería como son el reconocimiento de un espacio físico propio para el ejercicio de sus funciones y el establecimiento de criterios para la asignación de población.

En cuanto a la dotación de recursos humanos que se manifiesta a través de los parámetros de elaboración de plantillas, en esta primera etapa que estamos analizando, se considera que **sí permitían** el cumplimiento de los objetivos de la reforma. Otra cosa son, y ya se tendrá en cuenta en el apartado dedicado al primer balance, las modificaciones posteriores que se fueron realizando y sus consecuencias.

El contenido del análisis de esta primera etapa de la reforma de la APS hace pensar que, efectivamente, a los enfermeros y enfermeras españoles se les abría un camino altamente prometedor, ya que recorrerlo iba a permitirles atender de la mejor forma posible las necesidades de la comunidad y conseguir el máximo desarrollo profesional.

Pero, a veces, el día a día enseña que al leer la teoría hemos puesto en ella muchas cosas que nada tenían que ver con la realidad. A esto se va a dedicar un próximo apartado. Pero antes y siguiendo con la idea ya manifestada de que para poder valorar realmente la importancia de un suceso, debe conocerse bien el terreno de partida, se va a tratar de esbozar cuáles eran los trazos más significativos de la situación profesional por la que pasaba el colectivo enfermero en aquellos años.

Los años 80: una situación profesional excepcional

En los años iniciales de la década de los 80, la profesión enfermera en España vivía el auge de muchos de los más significativos acontecimientos ocurridos en los últimos treinta años de su evolución. Me refiero a la asunción del liderazgo profesional por parte de los varones, al nacimiento y desarrollo del asociacionismo y del sindicalismo profesional, a la implantación del plan de estudios de Diplomado en Enfermería, a la realización del Curso de Nivelación por parte de un gran número de enfermeras y enfermeros, a la demostración del compromiso de los profesionales con la APS y al inicio de la manifestación de la voz profesional a través de las publicaciones y las investigaciones.

Como sostienen muchos historiadores, sólo se puede saber de la trascendencia de un período al compararlo con el siguiente pero aún siendo eso cierto, también lo es el que los años 80 significaron una época de confluencia de situaciones de cambio que la convierten en excepcional. Varios de estos cambios venían gestándose de mucho tiempo atrás y otros aún no han terminado de producirse por completo. Pero eso no hace cambiar la valoración de “excepcional” que puede darse a la época citada.

Mi objetivo es que las presentes líneas sirvan para poner de manifiesto cuál era el contexto en que se desarrollaba la profesión enfermera en España en el momento de la reforma de la atención primaria para así poder resaltar las interrelaciones entre ambos procesos. A tal fin, haré una breve referencia a cada uno de los aspectos mencionados al inicio de este apartado.

Empezaré por la asunción del liderazgo profesional por parte de los varones. El proceso de reforma de la organización colegial que terminó con la unificación de las tres secciones colegiales -la de practicantes y ATS masculinos, la de enfermeras y ATS femeninas y la de matronas- que venían existiendo desde 1954⁽³³⁾, se había iniciado hacía años y su desarrollo fue tortuoso y difícil desde el principio.

La conclusión del mismo puede resumirse en dos ideas. Las secciones colegiales de enfermeras, que poseían una ideología menos técnica y paramédica fueron “absorbidas” por los representantes de los practicantes que supieron hacerse con el poder en la mayoría de los nuevos Colegios únicos. Este cambio, cuya realización costó largos años, trajo como consecuencia la ascensión a las cúpulas de la representación profesional oficial de un importante número de varones. Esta característica de ser una profesión de mujeres representada por varones, aún sigue vigente en la Enfermería española, siendo excepcionales los Colegios provinciales actuales que cuentan con mujeres en su Presidencia.

Simultáneamente y en profunda conexión con el resto de nuevas situaciones que se estaban dando en el entorno enfermero, se produjo un auge considerable del movimiento asociativo y del sindicalismo profesional. Surgieron gran número de asociaciones, que unían a los enfermeros entre sí en razón de su área laboral, de su procedencia regional o de sus intereses profesionales. Igualmente, empezaron a constituirse sindicatos de ATS de diversas procedencias ideológicas. Así como el asociacionismo masivo constituyó un fenómeno de corta duración, el sindicalismo profesional se fue consolidando a través de direcciones y líneas de actuación ejercidas mayoritariamente por ATS masculinos.

En 1978 se aprobó el plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería, que permitió la implantación de un diseño curricular en el que se incluían contenidos de Salud Pública y cuyas máximas aportaciones las constituían el hacer más énfasis en la salud que en la enfermedad y el tratar sobre las funciones específicas enfermeras en términos de cuidados y autocuidados. De esta forma, se empezaban a cambiar de manera sustancial

las posibilidades de desarrollo profesional al ir formando a los nuevos enfermeros desde una perspectiva distinta.

A consecuencia del cambio de plan de estudios y con el fin de que los ATS pudieran convalidar su título por el de Diplomado, adquiriendo los conocimientos necesarios, se puso en marcha, por el método de la formación a distancia e impartido por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), el llamado “*Curso de nivelación de ATS*”. En el período que estamos analizando, un número importantísimo de enfermeros españoles realizaron el Curso, y obtuvieron la convalidación de sus estudios.

Independientemente de otras consideraciones, el “*Curso de nivelación*” permitió dos cosas. La primera fue la adquisición de sus primeros conocimientos de Salud Pública y Atención Primaria a muchos de quienes lo cursaron, abriéndoles con ello las puertas a un ámbito de actuación nuevo y de gran interés. La segunda cosa que facilitó fue la divulgación entre todos los ATS de los elementos fundamentales y del camino que debía recorrerse para llegar a la profesionalización. Camino que siguieron, y siguen aún, gran parte de quienes realizaron el “*Curso de nivelación*”.

En relación al compromiso con la APS, en aquellos primeros momentos, los enfermeros y enfermeras españoles supieron demostrarlo en todos los ámbitos, tanto en su evidente interés por trabajar en dicho nivel como en la entusiasta colaboración que prestaron cuando fueron solicitados para actuar como asesores permanentes o temporales en cualquier instancia de la planificación o de la gestión. Compromiso que alcanzó su máximo exponente en los múltiples debates que se desarrollaron alrededor del reto que el Dr. Asvall, de la Oficina Regional de la OMS para Europa, lanzó a las enfermeras europeas en octubre de 1985, al declarar⁽³⁴⁾:

“Los 38 objetivos de salud para todos sólo podrán ser alcanzados si las enfermeras se transforman en un importante motor de cambio”.

Y que sirvieron de preparación para la Conferencia Europea de Enfermería que se celebró en Viena, en junio de 1988, a la cual se aportaron las conclusiones del importantísimo número de foros de discusión realizados en España⁽³⁵⁾.

Por último y aunque aún de forma tímida, los enfermeros españoles empezaban a escribir sobre su hacer profesional y a participar en las investigaciones que se llevaban a cabo en el sistema sanitario.

Hasta aquí, a grandes pinceladas, se ha intentado hacer referencia a los principales acontecimientos que constituían el panorama enfermero en la década de los 80. A continuación, va a ofrecerse una valoración de la reforma de la Atención Primaria y del papel jugado en ella por los enfermeros y enfermeras.

“Del dicho al hecho” o algunos resultados de la reforma de la APS

El objetivo de este apartado es ofrecer una visión sobre los resultados obtenidos en los primeros años de implantación de la reforma de la atención primaria. Para seguir con el hilo conductor utilizado anteriormente, voy a tomar como base del análisis **las expectativas y los instrumentos**.

Con respecto a las **expectativas** destacaré lo conseguido tanto desde la perspectiva de la APS como desde la del trabajo de los enfermeros en ese nivel.

En relación a la Atención Primaria:

- Hay consenso general en seguir considerando que **la APS es más que un nivel de atención:** es una filosofía que parece bastante menos revolucionaria de lo que se había imaginado.
- A pesar de la dificultad que comporta la evaluación (externa e interna) de los servicios sanitarios, **aparecen algunos balances de signo positivo**, sobre todo cuando se comparan sus resultados con los del modelo tradicional.

Aun así, y precisamente por problemas derivados de la falta de validez externa de la mayoría de los trabajos que se publican, sólo es posible concluir que efectivamente como dice J. J. Gervas⁽³⁶⁾, “... *el modelo se mueve pero no se sabe si se mueve correctamente ni hacia dónde...*”.

- **No se constata que la APS haya solucionado los problemas de la comunidad** ni tan siquiera los del sistema sanitario, ya que siguen aún hoy sin resolver cuestiones prioritarias como la masificación de los Centros, la

coordinación entre niveles o las urgencias hospitalarias, por citar algunos ejemplos.

- Empieza a aparecer la idea de que **la aplicación del modelo de APS es un proceso largo y complejo**. No se han perdido las esperanzas pero su materialización se dilata en el tiempo.

A la vez, algunos autores comienzan a cuestionar, en ocasiones con argumentos de gran peso, la propia validez del modelo de APS. En este sentido, es curioso percibir que casi no existen experiencias referidas en la bibliografía profesional a aspectos claves de lo que constituye la filosofía de la APS, por ejemplo, a experiencias de participación comunitaria o de cambios en los estilos de vida como resultado de la acción del sistema sanitario⁽³⁷⁾.

Finalmente es necesario destacar que en los últimos años, se percibe un cambio generalizado de orientación de las políticas sanitarias españolas que ha afectado a la APS. El origen de este cambio debe buscarse, fundamentalmente, en que las prioridades se centran más en resolver problemas con medidas de gestión de inmediato o corto plazo que en sentar las bases estructurales que permitirían la solución de dichos problemas de forma definitiva pero a largo plazo.

Con respecto al trabajo enfermero en APS:

- No es sino hasta 1988 que se empieza a vislumbrar la aportación de las enfermeras a la salud de la comunidad a través de la **publicación de artículos que tienen que ver con experiencias prácticas de diversos tipos**: estudios epidemiológicos y de opinión, programas de atención domiciliaria, consulta de Enfermería, educación para la salud, etc.
- Se observa, en general, un **mayor interés y capacitación de las enfermeras respecto a los temas generales de salud** y se inicia la **publicación de trabajos de investigación** realizados por estas profesionales.
- Al igual que en el punto referido a la APS, **existe una visión más realista sobre qué hacen y qué pueden hacer los enfermeros y enfermeras en la APS**, pero aquí tampoco se cae en la desesperanza.
- Con respecto a cómo se va configurando la aportación específica de los enfermeros a la salud de la comunidad, se hace

patente, por un lado, que **sus campos de acción más desarrollados son el cuidado de las personas con procesos crónicos y de los ancianos** (Consulta de Enfermería y Visita Domiciliaria), con los que se actúa fundamentalmente como agentes educadores y, por otro, que dicha aportación se enmarca dentro de la **opción profesional** que se ha denominado “**cuidadora**”⁽³⁸⁾.

Hasta aquí parece que todo el mundo se ha vuelto más realista respecto a qué se puede conseguir con la aplicación del modelo de la APS pero también parece que se sigue confiando en la bondad de dicho modelo.

Una revisión de las circunstancias en que se desarrolla al principio la reforma sanitaria en nuestro país, demuestra que las posibilidades de aplicación real de la misma se dieron porque **se produjo un inusual fenómeno de coincidencia entre la necesidad de cambio sentido por las bases de los colectivos profesionales y por parte de los responsables máximos de la política sanitaria**. Pero un poco más adelante, se produce una grave inflexión en la citada coincidencia que posibilitaba los cambios, la cual se percibe claramente en el análisis de la evolución de los **instrumentos normativos**.

De los instrumentos normativos

Al empezar a tratar sobre los mismos, es necesario destacar, en primer lugar, que el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, ha dado lugar a un amplio abanico de situaciones en relación al desarrollo de la APS, que hacen muy difícil presentar conclusiones globales. Por ese motivo se ha considerado conveniente referir la valoración sólo a Andalucía, región considerada pionera y paradigmática en todo lo relativo a la implantación de la reforma de la APS.

En cuanto a la evolución de los instrumentos en Andalucía, señalaré cuatro aspectos. El primero es que, a partir de 1987, las **plantillas de enfermeras y enfermeros** asignadas a los Centros de Salud, **disminuyen**. Tal disminución se atribuye a los bajos índices de rendimiento que presenta el personal de Enfermería, que hacen pensar en la necesidad de hacer una valoración más correcta de sus necesidades. En mi opinión, el problema estriba en que el sistema de información que se utiliza para evaluar cuantitativamente la producción de los Centros de Salud, se basa **en parámetros que no reflejan la aportación de las enfermeras a la APS**.

La segunda cuestión tiene que ver con la falta de coherencia entre algunos aspectos de las **retribuciones** y la filosofía que inspira la APS:

- El pago por cartillas pasa a ser incluido dentro del factor fijo de la productividad de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), pero éste sólo se abona a los facultativos, quedando, por tanto, las enfermeras sin retribución por población asistida.
- Las retribuciones relacionadas con la estructura poblacional (porcentajes de mayores de 65 años y menores de 7 años) tampoco son percibidas por los enfermeros aunque en ningún momento se duda sobre la importancia de su papel en la atención a la población anciana e infantil.
- El llamado complemento específico por dedicación exclusiva es otro concepto más al cual no tienen derecho los enfermeros y enfermeras.

Como ya se ha comentado en un apartado anterior, la cuestión de las retribuciones es, por ahora, el indicador más significativo a la hora de valorar la importancia real que la sociedad en su conjunto, otorga a una persona o a un colectivo dentro de un sistema determinado.

En los dos aspectos referidos hasta ahora es en donde se percibe claramente la inflexión entre la coincidencia de elementos de avance proporcionados por los responsables de las políticas sanitarias y por los enfermeros.

Lo último que quiero comentar en relación a los instrumentos tiene un carácter positivo. Se trata de destacar el hecho de que en la Comunidad Autónoma Andaluza, la única del Estado español que abrió tal posibilidad, existe actualmente un número significativo de enfermeros y enfermeras que ocupan el cargo de "Director/a" de Centro de Salud y sus evaluaciones son perfectamente comparables a las obtenidas por otros profesionales en el desempeño de dicho cargo.

No se puede dar por concluido este apartado en el que se ha intentado valorar las realizaciones que se han logrado tanto en la implantación de la APS como en el trabajo enfermero en dicho nivel, sin mencionar algunos aspectos de la docencia y de la investigación.

De la docencia y la investigación

En relación a la docencia, se destaca que, en general, existe una mayor conciencia entre los profesionales de la APS respecto a asumir su responsabilidad en la formación de los pre y posgraduados. Esto se traduce en un número mucho mayor de trabajos (estudios, investigaciones, revisiones...), elaborados en colaboración entre alumnos en prácticas y/o profesores y enfermeros de Centros de salud que en otros campos de la actividad enfermera ⁽³⁹⁾.

En cuanto a la investigación, en el sistema sanitario no existen trabas, al menos legal o institucionalmente sancionadas, que impidan realizarla a las enfermeras. En este sentido, la *Ley General de Sanidad* (LGS) abrió la investigación a todos los profesionales sanitarios especificando que:

“... se regulará la dedicación a la investigación de quienes participan en la información, asistencia, docencia y administración...” (Art.108).

El Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) ha sido de las primeras instituciones públicas en reconocer la capacidad investigadora de las enfermeras al abrirles todas sus ayudas, incluida la financiación de proyectos de investigación. El FIS define como investigador sanitario a “... **todo aquel que pueda aportar algo a un mayor y mejor conocimiento de la salud de la población, siempre que, lógicamente, aplique el método científico en su tarea profesional...**”.

El trabajo del FIS, así como el aumento de la propia iniciativa de los enfermeros, ha ocasionado una mayor producción de investigaciones realizadas por enfermeras, tanto en el terreno hospitalario como en la APS. La diferencia fundamental que se observa entre ellas y que se desprende de sus objetivos y contenidos, es que, de forma general, las investigaciones realizadas en el ámbito hospitalario siguen más el modelo profesional “tecnológico”, mientras que las desarrolladas en APS se ajustan más al que corresponde al modelo “cuidador”.

Por fin, al aumento de las investigaciones llevadas a cabo por enfermeras, han contribuido considerablemente los “premios” de investigación que han sido instituidos en los últimos años por Asociaciones, Colegios profesionales, Instituciones sanitarias y empresas privadas.

3. LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ACTUALIDAD

El objetivo del apartado que ahora se inicia es tratar los temas que constituyen los principales determinantes de la práctica de la Enfermería comunitaria en la actualidad, o sea, los valores en los que se asienta, el entorno en que se desarrolla y la concepción del propio ejercicio profesional.

3.1. EL VALOR DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

En apartados anteriores ya se ha explicitado el marco conceptual adoptado como base de este trabajo, el de la Dra. Henderson, en el que se incluye una concepción de la salud y de la enfermedad. Igualmente, he hecho un repaso a la evolución sufrida por dichos conceptos de acuerdo a cómo han ido cambiando las ideologías y las condiciones de las sociedades que los generan.

En todo momento he intentado enfatizar su importancia en relación a la práctica de los enfermeros y enfermeras. Precisamente es por su importancia por lo que parece conveniente dedicar un espacio específico a analizar el valor de la salud y la enfermedad en la sociedad de hoy.

La retrospectiva ofrecida se ha detenido en el momento en que la preocupación de los seres humanos seguía centrada en la enfermedad, en la ausencia de salud. Y hemos debido de esperar hasta bien entrado el siglo XX, para que se produjera el hito más importante ocurrido en toda la historia occidental en relación a la conceptualización de la salud que es la definición de la misma elaborada por la Organización Mundial de la Salud, en 1946:

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta definición aporta dos elementos completamente innovadores que son la expresión de un estado positivo y la incorporación de los tres factores que la hacen “integral”: el físico, el psíquico y el social.

A pesar de los elementos innovadores, la definición de la OMS fue rápida y abundantemente criticada por⁽⁴⁰⁾:

- Ser utópica.
- Equiparar bienestar y salud.
- Expresar más un deseo que una realidad.
- Considerar la salud como un estado fijo y,
- Ser una definición subjetiva.

Las críticas, junto con las definiciones alternativas, han venido constituyendo un importante movimiento conceptual en torno a los términos de salud y enfermedad. De este modo, han surgido enfoques y escuelas variadas que permiten elegir, entre un amplio abanico de definiciones, la más apropiada según los propios intereses y convicciones y el área donde se desarrolle la actividad laboral.

Aun así, adoptar una determinada definición de salud es sólo importante en cuanto que permite contar con un instrumento que hace más fácil el trabajo y asegura la calidad del mismo ya que, en mi opinión, lo verdaderamente trascendental del concepto de salud es saber de su **variabilidad** y **subjetividad**. Es tener consciencia, de acuerdo con Henderson⁽⁴¹⁾, de que **la salud es un patrimonio específico de las personas y los grupos y de que su valoración** (derivada de las experiencias vitales y del conjunto de la ideología) **depende exclusivamente de ellos**.

Partir de esos conceptos no impide a los enfermeros y enfermeras desempeñar funciones de promoción, de educación, ni realizar tareas de prevención. Lo que hace es obligar a trabajar con quienes poseen el “patrimonio” y de acuerdo con sus necesidades.

Para aclarar la postura en relación a la salud y a la enfermedad parece interesante pararse a analizar con un poco de detenimiento dos cuestiones:

- El camino que se ha seguido hasta llegar a la “integralidad” de los actuales conceptos de salud y enfermedad.
- La importancia del factor social en el trabajo comunitario.

El camino hasta llegar a la “integralidad”

Desde el pensamiento de Newton y luego con las tesis cartesianas, se configura una perspectiva mecanicista del mundo y una visión dual del ser humano, según las cuales, la clara separación entre lo material y lo espiritual permitía considerar al cuerpo como a una máquina -por tanto susceptible de ser comprendida “científicamente”- y al espíritu como a “otra cosa”.

Si filósofos como Nietzsche y Schopenhauer habían introducido la voluntad y el deseo como ejes explicativos no sólo de la conducta humana sino de la vida misma, esa seductora línea de pensamiento no encontró posteriormente un desarrollo científico coherente. Podemos decir que Freud aportó de manera definitiva, a través del psicoanálisis, el estudio y profundización de lo que puede significar esa voluntad y ese deseo, pero indudablemente, como lo han expresado diversos autores, el avance consistió en llevar el centro de interés a lo psíquico pero no en resolver el problema del dualismo que estaba planteado.

Con esos logros, se cambió el eje de las preguntas alrededor del enfermar. Se pasó de interrogarse sobre qué angustia, qué atemoriza o qué traumatiza de la enfermedad física (que eran las cuestiones de la medicina psicosomática), a interrogarse sobre qué duele, qué se inflama y qué se ulcera en la enfermedad mental.

Los aportes de Jung y luego de los conductistas, aunque recuperan el papel de lo externo en el proceso psicológico, terminan reduciendo éste a una simple expresión de esa exterioridad. De otro lado, el intento por recuperar lo “espiritual” a partir de elementos provenientes de filosofías orientales, ha conducido, curiosamente, a negar la mayoría de las aportaciones de lo que pudiéramos llamar la psicología occidental, tanto psicoanalítica como positiva ⁽⁴²⁾.

Brevemente resumida la forma en que se ha ido teorizando la inclusión de lo psíquico en el proceso del enfermar, pasemos ahora a revisar someramente cómo se ha introducido en dicho proceso el aspecto social. Desde Hipócrates, pasando por Aristóteles, la concepción de que la enfermedad es un desequilibrio humoral en gran parte atribuible (sobre todo en el pensamiento hipocrático) al equilibrio entre los elementos fundamentales de la vida (el aire, el fuego, la tierra y el agua) y sus correspondientes individuales -la sangre, la bilis, la linfa, etc.-, ha generado una tendencia a relacionar a las enfermedades con el medio ambiente. Esta

explicación se aplicó de manera especial a las enfermedades agudas, mientras que a las crónicas se las asoció con las formas o estilos de vida.

Esa tendencia, a la que bien podríamos llamar “ecológica”, que ha cobrado actualmente renovada fuerza, fue por entonces y lo es hoy, la forma de aceptar lo externo en la explicación de la enfermedad. Pero fue Virchow, el neuropatólogo alemán, quien de una forma más precisa, comenzó a diferenciar de entre los elementos o factores externos, aquellos de naturaleza explícitamente social de los propiamente ambientales.

A partir de los años 60 y con el desarrollo de las ciencias sociales y la economía, comenzaron a estudiarse sistemáticamente los aspectos socio-económicos en relación con el proceso del enfermar, tanto desde la perspectiva de la planificación como de la epidemiología. Se ha llegado pues al punto en que nadie duda sobre la existencia de tres factores o aspectos explicativos de la enfermedad: los biológicos, los psíquicos y los sociales.

Aunque esta ampliación del espectro de las conexiones de la enfermedad es, a no dudarlo, un avance, también es cierto que de alguna forma consolida el dualismo o quizás debería decirse que instaura el “triplismo” en el cual la separación tajante de estos tres aspectos es un problema y un obstáculo serio, aún por resolver. Indudablemente, el estudio separado de ellos y su posterior correlación, ha permitido el desarrollo de tecnologías terapéuticas de probada eficacia en determinado tipo de nosologías pero, paralelamente, cada vez existen más dificultades para comprender los complejos procesos de estímulo y determinación de las condiciones de vivir y de enfermar en la población humana.

Para abundar un poco más en esta idea, es bueno recordar que a pesar de la precisión y proliferación de los diagnósticos actuales, cada día aparecen “quejas”, “dolencias”, nuevas a las cuales no se puede clasificar ni mucho menos entender desde las actuales teorizaciones e, igualmente, en el terreno de la terapéutica aumenta día a día la perplejidad de los “expertos” ante procesos de recuperación o agravamiento que parece no tienen nada que ver con las actuales explicaciones o tratamientos.

Los desarrollos a partir de las diferentes escuelas en las que se ha avanzado sobre el estudio de lo social y la enfermedad, tropiezan reiteradamente con su incapacidad para asumir lo biológico y, de manera especial, lo psíquico como una parte integral del proceso. Al mismo tiempo, el interés demostrado por biólogos, químicos y físicos por irrumpir en el campo de lo psicológico y lo social, hace pensar que el derrumbamiento de estos muros va a contribuir a la comprensión de ese intrincado proceso en el

que se implican íntimamente los tres factores citados y que constituye la posición particular de cada persona en el “*continuum salud-enfermedad*”.

No es suficiente, pues, interesarse por los aspectos sociales de la enfermedad sino que posiblemente lo que hay que hacer es intentar desentrañar lo que hay de social en lo biológico y en lo psíquico para así poder superar la fácil explicación según la cual lo social determina lo biológico y lo psíquico, o viceversa. La propuesta consiste concretamente en plantear que la mirada que los profesionales dirijan a los problemas de salud no debe considerar lo social como un aspecto o factor externo sino valorarlo como la expresión misma de lo biológico y lo psíquico.

Llegados a este punto, vamos a abordar el segundo objetivo de este apartado que era el de hacer énfasis en la importancia del factor social en la producción del proceso salud-enfermedad y, por tanto, en el trabajo que realizan las enfermeras y enfermeros en la comunidad.

La importancia del factor social en el trabajo comunitario

Como se ha visto, las épocas y aun las culturas de la misma época, tienen un estilo patológico que les es propio, del mismo modo que tienen un estilo literario, monumental o pictórico. “*Ciertas épocas, como dice Marcel Sendrail⁽⁴³⁾, dejan con bastante facilidad que una enfermedad, o un tipo de enfermedades, aparezca. Los hipocráticos otorgan prioridad a las enfermedades de evolución cíclica. La Edad Media es la época de los grandes males colectivos, de las pandemias. El Renacimiento ve a Europa invadida por el treponema... En los siglos XVII y XVIII, a la par que los artistas pintan o esculpen bellezas corpulentas y levantan grandiosos edificios..., las clases acomodadas son víctimas de las enfermedades de plétora, apoplejía, obesidad y... gota. Por el contrario, en la atmósfera atormentada de la época romántica, una enfermedad contribuye a exaltar las sensibilidades y a verter en el seno mismo de la felicidad un gusto de la muerte, la tuberculosis*”.

Cada sociedad carga de significado a sus patologías, les atribuye valores, metáforas, que pasadas por la experiencia física y psíquica de cada persona, convierten al enfermar en una experiencia única, claramente individualizada pero sólo posible desde la perspectiva de los valores sociales compartidos. Así, tienen razón los pacientes cuando manifiestan que su enfermedad, tan “normal” (e incluso tan vulgar para los expertos), es única. Y precisamente en esa individualización está la mayor dificultad y la mayor riqueza del trabajo sanitario.

Volviendo a la reflexión que nos interesa, preguntémosnos cuáles son, pues, las enfermedades que caracterizan a nuestro tiempo. En este momento, sólo podemos responder parcialmente a este interrogante ya que, como afirman muchos historiadores, los caracteres de una época sólo pueden diferenciarse claramente en relación con los del período que les sigue. Aparentemente, conocemos a la perfección el mundo en el que estamos inmersos pero en realidad, nuestra percepción está profundamente limitada por la cercanía con la que observamos el objeto del conocimiento. Aun así, es posible llegar a una aproximación sobre cuáles son las características del enfermar hoy y cuánto influye lo social en su producción.

Antes de seguir es necesario pararse un momento a considerar una cuestión sobre lo que significa para nosotros “lo social”. Nunca como hasta ahora, ha sido cierta la idea expresada por McLuhan⁽⁴⁴⁾, el experto en comunicaciones canadiense, sobre que nuestro planeta es una “aldea global”, un lugar común donde la rapidez e importancia de las comunicaciones han conseguido que nada importante pueda ser local, regional o limitado a un área y donde se da la paradoja de que, muchas veces, nos enteramos de las noticias que han ocurrido a un kilómetro de nuestra casa a través de un satélite de comunicaciones que orbita a distancias astronómicas por encima de nuestras cabezas, a la vez que, de la misma manera, se enteran los habitantes de una población que está a mil kilómetros de nosotros, por poner un ejemplo.

Junto a esa universalización de las comunicaciones y a las consecuencias de la misma, nuestra época posee otra característica social que nunca antes se había producido en la historia de la humanidad. Es el hecho de que actualmente, siempre que se tenga en cuenta una geografía suficientemente extensa, se pueden encontrar todas las formas de sociedad que han existido a lo largo del tiempo. Así, podemos decir que efectivamente el mundo es una “aldea global” que posee “barrios” muy diferenciados. Tan diferenciados en sus condiciones de vida, costumbres, leyes, relaciones y valores que sus patologías son tan distintas como pueden serlo las que caracterizan a lo que llamamos el mundo moderno, y las propias de hace siglos. Para ilustrar esta afirmación sólo es necesario molestarse en mirar las causas y tasas de morbi-mortalidad de los países e incluso de las regiones dentro de los países, diferenciados por su renta *per cápita*.

Aquí **se está poniendo en duda la tesis** tan extendida y en muchos aspectos triunfadora, de que **la enfermedad es un hecho**

“objetivo”, básicamente biológico y por lo tanto, su “realidad” es universal y permanente.

Por otra parte, la organización de la producción y de la reproducción social, económica, cultural y biológica, a pesar de las diferencias “barriales” o geográficas, introduce diversidades internas, verticales dentro de esas unidades geográficas, haciendo el problema aún más complejo. Existe, pues, un factor diversificador geográfico-histórico; un factor unificador en la organización de la producción socio-económica y cultural dominante y un tercer factor, diversificador en relación a los grupos sociales.

Siguiendo el hilo del discurso es bueno comentar dos ideas importantes respecto a la enfermedad y a los factores sociales. Dos ideas que forman un círculo, que se retroalimenta y determina la interdependencia entre las patologías y las condiciones generales de cada sociedad. La primera de ellas es que **las patologías condicionan lo social**. Las enfermedades se propagan con los individuos y, de esta forma, cuando un grupo humano grande (una sociedad o un pueblo) entra en contacto con otro (la conquista de América o el caso de la llegada masiva de albaneses a Italia son ejemplo de ello), aporta junto con todas sus demás características también sus enfermedades.

De esta forma, la sociedad que nace del encuentro de los pueblos, tiene como elemento diferenciador la resultante entre la unión de todas las patologías y de los métodos de prevención y curación que entre todos han logrado desarrollar. Por otro lado, las enfermedades infecciosas tienen un destino que muchas veces es ajeno a la acción del ser humano. Así, ¿quién es capaz de decir cuánto han influido en la atenuación e incluso desaparición de algunas de las terribles enfermedades de antaño (la peste, el cólera, la viruela...) los avances de la prevención y el tratamiento y cuánto se debe sencillamente a las mutaciones que se producen en las rapidísimas generaciones de sus agentes causantes...?

La segunda idea es que **las personas**, a través de las circunstancias en que desarrollan su vida, **condicionan las enfermedades**. Para avanzar en esa dirección y cumplir el objetivo propuesto, es conveniente hacer a continuación un breve repaso a cuáles son las condiciones de nuestra sociedad que son importantes para entender la influencia de lo social en el proceso de salud-enfermedad, que resultan específicas de la misma y representan una novedad en relación a épocas pasadas. Siguiendo a P. Fror⁽⁴⁵⁾ resaltaremos cuatro.

La primera de ellas es que nuestra sociedad es una sociedad urbana. Por supuesto, el grado de urbanización en sí mismo no tiene importancia, sino que lo que cuenta es el hecho de que el crecimiento acelerado de las ciudades ha tenido lugar sin tenerse en cuenta las necesidades que para la salud mental y física de las personas eran indispensables. Así, vivir en una gran urbe significa necesariamente sufrir los efectos del “stress”, de la polución, de los cambios profundos en las estructuras familiares, de la masificación, de la violencia, etc.

La segunda característica es que nuestra sociedad evoluciona a gran velocidad y que tiene entre sus valores predominantes a la tecnología. Este aspecto es fundamental en la incidencia de problemas de salud, sobre todo en su aspecto mental, ya que de él se derivan, entre otros, niveles de alta exigencia y competitividad para los ciudadanos y también aislamiento y soledad por la crisis de los valores éticos, los cuales son frecuentemente cuestionados pero sin presentarse alternativas de conducta que los sustituyan adecuadamente.

El tercer condicionamiento es el hecho de que, por numerosos factores, la población alcanza esperanzas de vida mucho más elevadas que nunca. Las consecuencias directas de la reducción de la mortalidad infantil, el descenso de la natalidad y el ya citado aumento de la esperanza de vida es que en nuestra sociedad hay, por un lado, muchas personas ancianas y muy ancianas y por otro, muchas personas con patologías crónicas.

La cuarta característica que debe destacarse es la de que vivimos en una sociedad profundamente medicalizada en la que, no sólo aumenta incesantemente el número de enfermedades que se conocen, sino que se han convertido en tales, muchas cosas que antes no lo eran. Nos referimos a las disminuciones psíquicas, la genética, la puericultura, etc. Igualmente, por primera vez en la historia de la humanidad que también es la historia de la salud y de la enfermedad, surge y se consolida la idea del “mal latente”, el concepto de que **todos podemos estar enfermos aunque nos creamos en buena salud**. Ya no es suficiente sentirse sano para estarlo, la certificación de la salud debe venir desde fuera, desde lo objetivo, desde lo científico, desde la “expertez” o lo que es casi lo mismo, desde la tecnología.

Un último aspecto que agregar es el carácter fuertemente estratificado de esta sociedad, en la cual, la forma de vincularse a ella, en relación con la producción, el salario y el ingreso, marca diferencias importantes en cuanto a las concepciones culturales, las expectativas de vida y de manera especial, en cuanto a la percepción del enfermar.

Hay que resaltar que muy seguramente, aunque sólo la historia dará o quitará la razón a esta afirmación, la enfermedad mental será el trazo definatorio más importante de la patología del siglo XX. Ciertamente es, y aquí se pone de manifiesto la relatividad de la percepción de la historia que se protagoniza, que en los últimos años, el SIDA se ha convertido en un serio candidato a quitarle el protagonismo a la enfermedad mental. Pero aún así, muy probablemente los cambios en la conceptualización de qué es lo sano y lo enfermo en lo mental y sobre todo, la altísima incidencia de patologías de ese tipo, constituirán una característica fundamental a la hora de definir el proceso salud-enfermedad de nuestra época.

En este sentido, parece interesante dejar apuntada aquí la idea de que cada vez hay más indicios de los riesgos mentales en las personas que padecen el SIDA, de sus efectos psicológicos y sobre todo, del hecho de que el SIDA es, en muchos casos, una enfermedad mental para quienes no lo tienen.

Para reafirmar la importancia de lo social en el enfermar es indispensable volver a hacer referencia a Florence Nightingale. Una de las ideas más lúcidas que Nightingale plantea en su libro *Notas de Enfermería*⁽⁴⁶⁾, tiene que ver con el tema de la presente reflexión. Dice Nightingale que **en el sufrimiento que produce todo proceso patológico hay dos partes**: una la derivada del proceso físico, de la inflamación, la herida, la rotura o la degradación de los tejidos y otra, que **tiene que ver con la significación que tiene para el que enferma, su enfermedad.**

“¿Cuánto del sufrimiento de la enfermedad, se pregunta Nightingale, no pertenece al propio proceso patológico y cuanto, por tanto, es evitable?” Esa cuestión de Nightingale, debe ser tenida siempre en cuenta por los enfermeros, porque de su actuación depende en gran manera la disminución del sufrimiento evitable.

Para hacernos una idea de la importancia que lo social tiene en el enfermar, podemos preguntarnos, ¿cuánto del sufrimiento del SIDA tiene relación directa con el dolor físico y cuánto con el dolor que produce la significación social que se atribuye a esa enfermedad, o también cuánta y cuán grave será la patología mental de los soldados y de los civiles que han tenido que intervenir, sin sufrir daño físico, en esos actos sociales que hemos dado en llamar “guerra del Golfo”, “conflicto en los Balcanes” o “situación en Somalia”?

Con el fin de seguir adelante en la comprensión de la integración de los factores físico, psíquico y social en la salud y la enfermedad es, pues, necesario investigar en las intersecciones. Profundizar con rigor en aquellas zonas de todos, donde confluyen y no es posible delimitar donde termina cada una de las ciencias que intentan explicar lo físico, lo psíquico y lo social.

Volviendo al abanico de posibilidades que el trabajo de diferentes autores permite a la hora de trabajar con una definición de salud acorde con la ideología e intereses de cada enfermera y enfermero, a continuación se incluyen algunas de las que se consideran más adecuadas para el contexto de la Enfermería comunitaria:

“El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio”.

Dubos⁽⁴⁷⁾

“La correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente y del propio cuerpo, que asegura una vida activa y creadora y una descendencia apta”.

Carcavallo y Plencovich⁽⁴⁸⁾

“La salud es una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido”.

Hernán San Martín⁽⁴⁹⁾

Para terminar y sólo como ejemplo de la posibilidad de partir de una definición que sirva de base de reflexión y de inicio para elaborar las propias concepciones, a continuación sugiero una definición de salud, basada en las ideas contenidas en el modelo conceptual de Henderson y en la necesidad de dejar de definirla como un objetivo vital para pasar a considerarla como un recurso de la vida cotidiana. Partiendo de esas ideas, creo que la salud puede ser considerada:

“La capacidad para desarrollar aquellos potenciales propios que permite responder adaptativa y satisfactoriamente a los estímulos del medio ambiente externo e interno, demostrando autonomía en la satisfacción de las necesidades”.

3.2. EL ENTORNO: LOS SERVICIOS DE SALUD

Los contenidos de este apartado, destinados a reflexionar sobre la Enfermería comunitaria en la actualidad, se han dividido en tres temas, de los cuales el correspondiente al valor de los conceptos de salud y enfermedad ya ha concluido. El relativo a los determinantes que, ahora mismo, actúan sobre la práctica de las enfermeras comunitarias se dejará para el final. Toca ahora, pues, abordar el que se dedica a valorar la influencia del substrato y del cúmulo de circunstancias ambientales (prioridades políticas, métodos de gestión, cambios de equipos directivos, “modas”...) en el que se desarrolla la Enfermería comunitaria española de hoy. A ese complejo conjunto se le ha denominado “**entorno**”.

La palabra “entorno”, aun siendo correcta y relativamente frecuente su utilización, no se encuentra definida como tal en los diccionarios de uso corriente. Todos ellos remiten a su sinónimo “contorno” que es definido como:

“Territorio o conjunto de parajes de que está rodeado un lugar o una población”.

Así pues, para cumplir el objetivo propuesto para este apartado, se considerará que el “entorno” es el territorio donde se desarrolla la práctica asistencial enfermera y el conjunto de particularidades que lo configuran en este momento. O dicho de otro modo, lo que se analizará es cómo influye en

el desarrollo de la Enfermería comunitaria, la actual configuración del sistema sanitario y los valores, prioridades, preocupaciones y estímulos que ahora mismo forman parte del “ambiente” sanitario.

Finalmente, se planteará una propuesta respecto a cómo las enfermeras españolas pueden asumir la responsabilidad que les corresponde en el liderazgo de los servicios sanitarios, que fue definida y justificada en la Conferencia de la OMS sobre “*Enfermería en Apoyo de los objetivos europeos de Salud para Todos*” (Viena, 1988).

El apartado se ha dividido en tres secciones:

- A. El fruto de la historia: los servicios sanitarios públicos en España.**
- B. El contexto del desarrollo de la Enfermería comunitaria.**
- C. Cambiar la orientación de los servicios: una tarea pendiente.**

El fruto de la historia: los servicios sanitarios públicos en España

Dos ideas, repetidas a lo largo de este trabajo, constituyen la base y la razón del planteamiento de este tema. La primera es la relativa al pasado como origen del presente y condicionante fundamental del futuro. Los seres humanos somos, en gran parte, lo que hemos sido y del mismo modo, nuestras obras de ahora son también el fruto de lo que hemos sabido hacer anteriormente.

La segunda es que sólo conociendo la realidad actual es posible diseñar el porvenir. Por eso, cuando se está tratando de una propuesta de futuro es indispensable conocer cuál es la situación de ahora mismo.

En síntesis, presentaré las principales características⁽⁵⁰⁾ que definen los actuales servicios públicos de salud en España. Nos centraremos en los servicios de financiación pública, ya que constituyen la mayoría del territorio donde actúan las enfermeras y enfermeros en España.

Lo que interesa destacar, de forma resumida, son los trazos del sistema que más profundamente condicionan el tipo de atención que se puede brindar dentro del mismo. Así, el primero de ellos es que **está**

basado en una orientación médico-curativa. El objetivo fundamental del sistema, y de ahí su ordenamiento funcional y estructural, es la curación. La mirada que se dirige a sus usuarios, tiene como finalidad conseguir la eliminación de la enfermedad, aunque cada vez más se evidencia que las necesidades que la sociedad plantea al sistema, no son tanto de curación como que están centradas en circunstancias vitales que reclaman atención de cuidados.

Hay que hacer notar que últimamente y debido al número cada vez mayor de patologías que no se curan, el interés fundamental de los profesionales se ha ido dirigiendo hacia el diagnóstico.

El segundo trazo que considero de importancia es la **“sacralización” de la tecnología.** Gran parte de los usuarios y de los profesionales que forman el sistema sanitario, han depositado en la tecnología una serie de valores que hacen que se le otorgue efectividad terapéutica por sí misma, independientemente de su capacidad de incidir favorablemente en el proceso patológico. “Sacralización” que tiene como consecuencia principal el alejamiento cada vez mayor entre los profesionales y el paciente. Esta circunstancia ha llevado a que en la actualidad se considere que la mejor atención que se puede obtener del sistema es la que se presta a través de los aparatos. Así, antes se valoraba el “toque” terapéutico de los profesionales y actualmente lo más valioso es el “toque” de los electrodos, las sondas, los rayos en todas sus especies, etc.

Como tercer rasgo se destaca que debido a la orientación actual del sistema, lo que más interesa es **la perspectiva “enferma”** de las personas que en el mismo se atienden, agudizándose esta parcialización en algunos casos hasta el punto de que no interesan todos los enfermos sino sólo aquéllos sobre los que se puede actuar terapéuticamente o investigar. Así los enfermos crónicos, las personas de edad avanzada y las situaciones terminales no encuentran, en algunas ocasiones, la atención que les es debida.

Un cuarto aspecto es que **no existe corresponsabilidad entre los profesionales y los usuarios**, pues aquellos ejercen, generalmente, un “despotismo ilustrado” basado en que son los únicos que por sus conocimientos pueden saber qué es lo que le conviene al paciente. Esta actitud por parte de los profesionales, despoja en gran medida a los usuarios del derecho a controlar su proceso de salud-enfermedad y de utilizarlo como elemento informador de su situación vital.

En quinto lugar está la grave afectación de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario, de lo que se denomina el “**síndrome del extraño**”, que consiste fundamentalmente en que dichos profesionales no se sienten ligados a él ni comparten sus objetivos. Se sienten ajenos a sus intereses y no viven como propio nada que le concierna.

Otro aspecto fundamental es que **se considera al médico como el elemento principal del sistema**, pero esta consideración, en muchas ocasiones, no viene dada por la valoración de su contribución a la atención de los ciudadanos, sino que se deriva de su carácter de determinador del gasto. Es el médico quien, ejerciendo su libertad clínica, define qué prestaciones y, por tanto, qué costos necesita cada paciente. Estos gastos se producen fundamentalmente a través de las pruebas diagnósticas y de la terapéutica prescrita.

La séptima característica es que **los objetivos y las actuaciones del sistema muchas veces están marcados más en razón de los intereses de los profesionales y de la pervivencia de la estructura** que en las necesidades de salud que plantean los usuarios.

Otro de los rasgos que definen al actual sistema sanitario es la **insatisfacción** que manifiestan tanto usuarios como profesionales.

Por último, hay que hacer notar dos características de gran importancia. Una de ellas es que **los usuarios se ven como asegurados** y no como ciudadanos o consumidores con plenos derechos. La otra es que **existe una fuerte cultura hospitalaria**, lo que determina que en la consideración de muchos profesionales y de la mayoría de la población, el hospital se entienda como el dispositivo mejor cualificado y, por tanto, el de elección preferente. Esto tiene como consecuencia que, en muchas ocasiones, la atención extrahospitalaria sea vista sólo como un paso para llegar al hospital.

Una vez destacados los rasgos del actual sistema sanitario que más condicionan el tipo de atención que en él puede brindarse y, por tanto, la aportación de las enfermeras y enfermeros en cualquiera de sus ámbitos, pasemos a analizar las variables que hemos denominado “ambientales”.

El contexto del desarrollo de la Enfermería comunitaria

El interés fundamental de esta parte es centrar el análisis en ese espacio intermedio en donde convergen, ahora mismo, la manera

tradicional de ser ATS o enfermera en España junto con una serie de estímulos que obligan a las enfermeras a responder, adaptándose -a través de nuevas o mejores aportaciones- o resistiéndose y limitando, de este modo, el área de su responsabilidad.

Se trata de intentar responder, en relación al contexto donde se está desarrollando y se desarrollará en un futuro inmediato la Enfermería comunitaria, a las preguntas sobre cuáles son las preocupaciones prioritarias de los planificadores sanitarios, qué “lenguajes” son los que deberán ser hablados por las enfermeras para que puedan ser escuchados, qué modificaciones se están ya produciendo y, en suma, en qué se está avanzando...

Para cumplir el objetivo de forma ordenada las variables que comentaré, se han agrupado en dos bloques. El primero de ellos lo denominó...

La teoría que ya se está convirtiendo en práctica

Entrando en el núcleo de la cuestión, debe hacerse referencia en primer lugar, a los cambios del entorno derivados de los nuevos valores que la comunidad está dando a la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte.

Puede que si ahora mismo se hiciera una encuesta entre los expertos y los ciudadanos sobre dichos conceptos, los resultados no ofrecerían variaciones apreciables en relación a los obtenidos hace 10 o 15 años. Pero independientemente de que el concepto teórico no se haya modificado aún, lo cierto es que, en este momento, hay un amplio consenso dentro del sistema sanitario, en dejar de entender la salud como un objetivo vital para considerarla como un recurso para la vida cotidiana.

De igual forma, el dolor está empezando a ser considerado como una entidad nosológica merecedora de atención y tratamiento, independientemente de su causa original. La muerte, durante tanto tiempo identificada por el sistema sanitario como el fracaso de su actuación y por tanto, rechazada, es vivida cada vez más por parte de los profesionales como otra de las etapas que es necesario abordar dentro de su responsabilidad en relación a la atención de la comunidad.

De este modo, surgen lo que en algunos sectores se denominan de forma genérica “unidades funcionales”, las más conocidas de las cuales son “las del dolor”, “de cuidados paliativos” y de “hospitalización a domicilio”.

Departamentos, dentro del sistema sanitario, cuyo eje de vertebración no es una patología sino la atención de una necesidad del usuario considerada independientemente del diagnóstico médico. “Unidades funcionales” que en realidad deberían llamarse de “Enfermería” o de “cuidados”...

El segundo bloque de modificaciones del entorno en que se desarrolla la práctica enfermera tienen como causa la aceptación (tímida, aún pero cierta) de los derechos de participación, información, responsabilización y decisión de los usuarios respecto a su situación de salud- enfermedad y a las posibilidades de actuación que ofrece para ello el sistema sanitario.

Estas modificaciones se materializan en:

1. La inclusión de contenidos de educación para la salud dentro de las prácticas sanitarias, sea cual sea el nivel de atención en que éstas se realizan.
2. La formulación y planificación de objetivos relativos al “autocuidado”.
3. La instauración (también lenta pero pertinaz) de protocolos de consentimiento informado que consisten, en esencia, en la autorización que la persona enferma o su representante, concede al sistema para que pueda realizarle una exploración, técnica o tratamiento considerado de elevado riesgo, habiendo recibido previamente la información necesaria para que pueda evaluar, de forma cabal y completa, dicho riesgo.
4. Las encuestas de satisfacción que se realizan ya en algunos Centros y que tienen como finalidad, valorar el nivel de calidad de la atención según es percibido por la receptora o receptor de la misma.

Llegados a este punto de la reflexión es necesario apuntar que, en realidad, las causas de la aparición de las nuevas estructuras, técnicas y perspectivas a las que se está haciendo referencia son los cambios en el conjunto de los valores, e intentar señalar algunos como origen específico de un grupo de novedades pasa por esquematizar, a veces excesivamente, cuestiones muy complejas y fuertemente interrelacionadas.

Aun así, parece que vale la pena correr ese riesgo en razón de la claridad y la brevedad que exige un planteamiento como el que se está haciendo.

En este sentido de la interrelación que se ha comentado, en la génesis de la introducción de terapias alternativas (acupuntura, técnicas de relajación, sofrología, etc.), dentro del sistema sanitario está tanto la manera distinta de entender los conceptos de dolor, ya analizado, como los de “asistencia” y “eficacia”.

La ampliación y reorientación de estos dos últimos conceptos ha propiciado al menos dos circunstancias importantes. La primera es el planteamiento de que es necesario también abordar en la atención de lo físico, aquello que produce angustia y sufrimiento psíquico. Se hace referencia, por ejemplo, a las terapias de apoyo para mejorar la autoimagen en el tratamiento y control de la obesidad, los programas de acompañamiento en los duelos producidos por deformaciones o amputaciones y las técnicas de ayuda psicológica que se incluyen en los tratamientos de los enfermos con SIDA y sus familiares.

La segunda circunstancia que surge como consecuencia de los cambios en los conceptos de “eficacia” y “asistencia” es la posibilidad de basar la organización de un Centro en niveles de dependencia de los enfermos, en vez de en la tradicional estructura derivada de la clasificación por diagnósticos médicos.

El último cambio que deseo comentar aquí es el relativo a lo que se entiende por **responsabilidad profesional**, que es una cuestión de considerable trascendencia ya que va más allá del sistema sanitario. En mi opinión, se está produciendo una modificación (que seguramente no se percibirá de forma notable en mucho tiempo pero que ya está actuando en bastantes enfermeras y enfermeros) respecto a lo que se considera que cada grupo profesional debe aportar al cumplimiento de esa función indispensable que es la atención a las necesidades de salud de la sociedad.

Esta modificación está produciendo, en primer lugar, la aceptación de la necesidad de permitir la entrada en el ámbito de lo sanitario, a nuevas perspectivas disciplinares no incluidas tradicionalmente en él, como por ejemplo la Psicología, la Antropología, etc. En segundo lugar, se está percibiendo también la posibilidad de redefinir, sobre todo en las unidades y responsabilidades más nuevas del sistema, la aportación que a ellas realizan los profesionales “clásicos”: médicos/as y enfermeras/os.

Pero el cambio en lo que se considera que los profesionales de la salud deben aportar, va un poco más allá de lo sanitario, ya que en este momento (y de forma cada vez más contundente como pasa en el resto de profesiones), la sociedad está demandando que trasciendan lo laboral y se

impliquen en aportar sus conocimientos y aptitudes profesionales en la atención a aquellas necesidades de salud que no quedan suficientemente cubiertas por el sistema sanitario oficial. Me refiero a que las enfermeras están siendo directamente instadas a cumplir un compromiso social a través de organizaciones de voluntariado. La respuesta a ese reto, constituirá una de las demostraciones más claras que pueden ofrecer en relación a su desarrollo como profesión.

El sistema sanitario como un entorno empresarial

Todas las ideas de este tema giran en torno a un cambio fundamental: desde hace ya algún tiempo, los máximos responsables del sistema sanitario público decidieron dar al mismo la consideración y el tratamiento de empresa de servicios.

Esta decisión tiene dos consecuencias básicas. La primera es que en el sistema sanitario, como en cualquier empresa en proceso de reestructuración, aparecen como áreas prioritarias de actuación:

- La identificación del producto.
- La medición y valoración de dicho producto.
- La gestión y “venta” eficaz del mismo.

La segunda consecuencia del deseo y la necesidad de aplicar criterios empresariales al sistema sanitario público es que ello afecta de forma trascendente a todas las profesiones que en él se desarrollan.

Trataré de señalar y explicar los cambios derivados de esa nueva concepción (que ya se están produciendo en el entorno enfermero, que comprende el territorio donde se realiza la práctica y el ambiente en que se desenvuelve) en función de las áreas que se han señalado como prioridades actuales del sistema. Empezaremos por los relativos a la necesidad de identificar el producto.

Toda empresa debe concretar el bien que desarrolla a fin de poder justificar, a través de la utilidad del mismo, la razón de su existencia. En la empresa sanitaria existe una dificultad adicional para conseguir dicha definición ya que el resultado final de su proceso de producción **es un servicio, un resultado muchas veces difícilmente reconocible en el proceso salud- enfermedad del usuario.**

Aun así, se está trabajando de forma muy activa en ese objetivo de definición de lo que ofrece el sistema sanitario a la sociedad y para ello se han arbitrado dos instrumentos esenciales: la “cartera de servicios” y el “contrato programa”.

Se entiende por **“cartera de servicios”**:

“El conjunto de recursos y tipo de prestaciones que el sistema sanitario oferta a la comunidad en sus diversas Instituciones”.

La cartera de servicios normalmente informa sobre tres elementos:

- El servicio concreto que se ofrece a la población.
- Las actividades que lo componen y,
- Las características que posee dicho servicio.

El **“contrato-programa”** es el instrumento habilitado para establecer una relación entre el proveedor y el financiador de la atención sanitaria, a través de compromisos y obligaciones mutuas. Puede definirse como el documento en que se concretan las actividades que ha de realizar el proveedor de la atención, las contraprestaciones que el financiador ha de recibir y el marco y la dinámica de las relaciones que se establecerán entre ambos.

Los “contrato-programa” contienen los objetivos, fijan los criterios de calidad y en algún caso, como ocurre en el Servicio Andaluz de Salud, relacionan el pago de la bonificación al equipo directivo por el concepto de “productividad” con la cuenta de resultados obtenidos.

Cumplido el propósito de destacar los trazos más característicos de los dos instrumentos elaborados para intentar identificar el producto que el sistema sanitario brinda a la comunidad (la “cartera de servicios” y el “contrato-programa”), a continuación trataré de otra cuestión importante: las variaciones producidas en el entorno enfermero a causa del interés por **medir y cuantificar el producto sanitario.**

A nadie le extraña la atención que los directivos dedican a intentar conocer, con el máximo detalle posible, tanto el valor de los servicios que se brindan a la población como el nivel de participación -y por tanto de implicación en el coste- de cada uno de los profesionales que intervienen en

su proceso de producción. Las características de intangibilidad y subjetividad del producto sanitario, ya comentadas, hacen que el cumplimiento de ese objetivo, prioritario en toda empresa, esté siendo abordado desde diversas perspectivas.

Dado que de lo que se trata es de hacer un análisis general sobre las modificaciones que produce en el trabajo enfermero el hecho de la incorporación de objetivos de medición del producto sanitario, me limitaré solamente a hacer un repaso sobre cuáles son los principales métodos que se emplean para ello. Las primeras experiencias de alcance importante en España respecto a la cuantificación del valor económico de la asistencia sanitaria, se centraron en llegar a convenciones respecto a cuáles podrían ser las “unidades o escalas de valoración” del producto desarrollado en los Centros.

Así, surgieron varias definiciones de las mismas que se aplican actualmente en los diferentes ámbitos regionales, como por ejemplo la UPA (Unidad Ponderada de Asistencia) en el Insalud, la EVA (Escala de Valoración Andaluza), etc. La finalidad de todas ellas es dar un valor en unidades estandarizadas a cada uno de los procesos que se realizan en los Centros (estancias según Servicio, técnicas quirúrgicas, exploraciones, etc.). La existencia de dichas unidades estándar permite la asignación de presupuestos a los Centros en razón de los objetivos asistenciales marcados.

Con el mismo objetivo de poder determinar los costes, se está trabajando con los llamados métodos de “*case-mix*” (mezcla de casos), que pueden definirse como sistemas de agrupación de pacientes por categorías que resulten homogéneas en cuanto a su capacidad de predecir el consumo de recursos que realizarán dichos pacientes.

La base de clasificación que permite la confección de las diversas categorías homogéneas, es el diagnóstico o cualquier otra dimensión que se considere relevante del proceso patológico desde la perspectiva médica (severidad, patologías asociadas, etc.). Los sistemas de “*case-mix*” más utilizados ahora mismo en nuestro país, son el PMC y el GDR.

Para terminar este tema, voy a referirme al ámbito de la gestión. O sea a aquellas innovaciones cuya finalidad es conseguir mayor eficacia y que están ya actuando y modificando el entorno enfermero. Las primeras de ellas parten de la idea sobre la conveniencia de separar **provisión de financiación**. A este respecto, en varias Comunidades Autónomas españolas se han creado “**empresas públicas**” (de patrimonio público

pero sujetas al derecho privado) con la finalidad de llevar a cabo la gestión de Centros o funciones sanitarias.

Igualmente, en este mismo sentido, existen ya experiencias de Centros pertenecientes al sistema sanitario público que, sin modificar en principio las bases legales de su funcionamiento, están siendo dirigidos en su totalidad por empresas privadas.

Sin movernos del propio sistema público, también se encuentran novedades que afectan al terreno en el que se desarrolla la práctica enfermera asistencial cotidiana ya que, como en los casos que se van a citar, se producen cambios en la propia estructura de las Instituciones. Estas novedades son la creación de “direcciones o jefaturas de producto”, que, en algunos Centros, están sustituyendo en el organigrama a las tradicionales direcciones médicas y enfermeras y a la unión de Departamentos y Servicios (por ejemplo, Urgencias y Cuidados Intensivos), en base a otros conceptos distintos a los que originalmente determinaron la ordenación institucional según patologías.

Como resumen de lo precedente puede decirse que entre todas las circunstancias del entorno que están cambiando, hay muchas que son la manifestación de un giro en los objetivos y métodos del sistema sanitario que, con toda probabilidad, abren puertas al desarrollo de la práctica enfermera. Para que esos nuevos caminos abiertos se conviertan en realidad, hacen falta sólo dos cosas.

La primera es que las enfermeras y enfermeros asuman como propia la responsabilidad de contribuir a ese giro, que consiste fundamentalmente en colocar las necesidades del usuario como centro del sistema, corrigiendo de ese modo, los fortísimos intereses corporativos y económicos que lo han conducido a su actual situación de desviación. En segundo lugar, se trata de que las enfermeras y enfermeros sepan afrontar cada uno de esos cambios del entorno como retos, en lugar de como amenazas. O sea, es necesario que los profesionales enfermeros dejen de valorar sólo el potencial lesivo de cualquier cambio para (sin olvidar la realidad...), considerar de forma prioritaria qué pueden aportar profesionalmente a ese cambio y como pueden utilizarlo para desarrollar más y mejor todos sus potenciales de cuidado.

Este planteamiento de propuesta para aceptar los retos, introduce coherentemente el último tema.

Cambiar la orientación de los servicios: una tarea pendiente

Como se ha comentado en la sección correspondiente, uno de los exponentes máximos del compromiso de las enfermeras españolas con la reforma del sistema sanitario que significó la puesta en marcha de la APS, fue la participación masiva y entusiasta en los “foros de Enfermería” que constituyeron las actividades preparatorias de la Conferencia sobre “*Enfermería en Apoyo de los objetivos europeos de Salud para Todos*”, celebrada en Viena, en 1988.

En la Declaración final de dicha Conferencia (OMS, 1993), se dice textualmente:

“... las enfermeras deben desarrollar su nuevo papel: actuando como socios en la toma de decisiones sobre la planificación y gestión de los servicios sanitarios locales, regionales y nacionales...”

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre el fortalecimiento de la Enfermería y la Matronería en apoyo de las estrategias de salud para todos, impulsando a los Estados miembros a:

“Alentar y apoyar la designación de profesionales de enfermería/matronería en puestos superiores de liderazgo y gestión y facilitar la participación de éstos en la planificación y puesta en marcha de actividades sanitarias del país”.

Esta intención sobre el liderazgo de la Enfermería fue puesta también de manifiesto en la siguiente resolución de la OMS, aprobada por la Asamblea en 1992⁽⁵¹⁾. En este mismo sentido, se expresa su documento *Enfermería en acción*, editado en 1993: “*Como ya se ha mencionado, a pesar de que las enfermeras son el grupo más numeroso de profesionales sanitarios, su contribución en la elaboración de políticas de salud a todos los niveles está infradesarrollada*”.

Efectivamente, la completa visión que las enfermeras y enfermeros tienen de los distintos aspectos del sistema sanitario y de las necesidades de salud de las comunidades que atienden, les confiere una perspectiva irremplazable a la hora de elaborar políticas sanitarias eficaces.

Abundando en las opiniones internacionales y como parte del compromiso del gobierno español en relación a alcanzar los objetivos formulados para la Atención Primaria de Salud, es necesario que las enfermeras vuelquen gran parte de su creatividad y sus esfuerzos en conseguir la tarea pendiente de cambiar la orientación de los actuales servicios sanitarios, para pasar de un “sistema de atención sanitaria” a un “sistema de cuidados de salud”⁽⁵²⁾.

Bajo el término de “**sistema de cuidados de salud**”, se entiende:

*“AQUEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SANITARIOS CUYA **BASE ESTRUCTURAL Y
FUNCIONAL TIENE COMO EJE LA SATISFACCIÓN DE
LAS NECESIDADES DE SALUD DEL INDIVIDUO,
CONTEMPLADO ESTE EN TODAS SUS VERTIENTES E
INTEGRADO EN UN AMBIENTE SOCIO-CULTURAL
DETERMINADO**”.*

Las características fundamentales que definen el modelo de orientación de los servicios que se propone bajo el término de “sistema de cuidados de salud”, son las siguientes:

- El sistema sanitario se concibe como el **instrumento** que la sociedad articula para cubrir las **necesidades de salud que la persona y la comunidad no pueden cubrir por sí solos**.
- El eje del trabajo de los sanitarios y por tanto de las estructuras que les sirven de apoyo, debe estar centrado en las necesidades de salud de la persona y de la comunidad y por lo tanto, **las prestaciones deben ser individualizadas**.
- El sistema sanitario tiene responsabilidad en la atención a procesos vitales específicos que en sí mismos no constituyen patologías (envejecimiento, crecimiento, maternidad...) por lo que **una parte importante de las actividades del mismo** (y sus reflejos presupuestarios) tienen como finalidad la **promoción de la salud** y la **prevención de la enfermedad**.
- Uno de los objetivos fundamentales de todos los tipos de atención que se prestan dentro del sistema es el **fomento del autocuidado** o sea, la responsabilización por parte de la persona y de la comunidad de su proceso de salud-enfermedad.

- La **información** es el instrumento fundamental para conseguir la responsabilización de las personas y las comunidades respecto a su proceso salud-enfermedad por lo que la misma debe ser considerada un **derecho fundamental** y por tanto, **debe ser proporcionada de forma completa, fiable y asequible**.
- Dentro del sistema, se ofertan las distintas **opciones diagnósticas y terapéuticas**, orientándolas **para y con la persona**.
- Se formula la **consecución de la satisfacción de los usuarios y su participación** en los diferentes niveles del sistema como una de las prioridades fundamentales a conseguir.
- Se considera la **implicación de los profesionales** en los objetivos del sistema y su nivel de **satisfacción** como **indicadores básicos de la eficacia** de los servicios que se brindan a los usuarios.
- Existe una clara **delimitación de las responsabilidades del sistema sanitario** respecto a las necesidades de salud que plantea la comunidad, considerándose básico el **trabajo conjunto** con el resto de Organismos sociales que comparten las misión de atender a las múltiples variables que condicionan el proceso salud-enfermedad de las personas.

Trabajar para conseguir el cambio de la orientación de los servicios que lleve a un “sistema de cuidados de salud” es, sin duda, trabajar para asegurar la mejor satisfacción de las necesidades que la población presenta en materia de salud y es, también, conseguir el mejor entorno para que las enfermeras comunitarias puedan desarrollar al máximo su aportación profesional.

3.3. LA PRÁCTICA: SER ENFERMERA COMUNITARIA HOY EN ESPAÑA

Este último apartado del capítulo ha sido pensado como una propuesta de reflexión alrededor de lo que debe constituir la base actual de la práctica de la Enfermería comunitaria en España. Para cumplir ese propósito, se van a abordar dos temas. El primero es el relativo al punto de partida en que, ahora mismo, se halla la Enfermería comunitaria y para desarrollarlo, nada mejor que tomar en consideración los balances de las experiencias de estos diez años de puesta en práctica de la APS en España y del trabajo en ella.

En la segunda y última sección, se plantearán algunas estrategias que pueden permitir que las enfermeras y enfermeros españoles, desarrollen todo el potencial de su aportación al trabajo en la comunidad.

Consideremos, en primer lugar...

El punto de partida: las conclusiones de un balance

*“El hombre, gracias al poder que tiene de recordar,
acumula el pasado, el suyo y el de sus ancestros;
lo posee y se aprovecha de él”.*

Ortega y Gasset

A la profesión enfermera española le pasa como a ese genérico “hombre” al que hace referencia Ortega y Gasset: la experiencia vivida la construye y le sirve de plataforma para edificar el futuro.

En este sentido es en el que propongo que las conclusiones del balance de las experiencias de los diez años transcurridos desde la puesta en marcha de la APS en España, sirvan de punto de partida para diseñar las estrategias de desarrollo del trabajo de los enfermeros que deberán atender las necesidades de salud de la población del porvenir.

Cualquier valoración objetiva que se haga de la evolución del trabajo enfermero en APS en los últimos años, da, sin duda, un resultado positivo. En síntesis, puede afirmarse que desde el inicio de la reforma de la APS en España:

- **Las enfermeras cambian sustancialmente su papel al incorporarse a la APS.**
- **Dicho papel podría haber cambiado más y de forma más cualitativa y deben establecerse estrategias que tiendan a lograrlo.**

En este momento, creo que se puede afirmar que, efectivamente, los enfermeros y enfermeras han realizado un gran cambio profesional, adaptando su papel a las variables necesidades de la salud de la sociedad. Haber aceptado gran parte de los desafíos que significa la implantación del

modelo de APS y la reforma sanitaria, ha sido y aún está siendo, un esfuerzo gigantesco para ellos.

En relación a la segunda idea, parece que también se cumple, ya que los enfermeros “habrían podido cambiar más”. Si esto es así, hace falta plantearse **¿qué es lo que ha impedido que no hayan desarrollado completamente sus posibilidades?**

A modo de conclusión de las experiencias realizadas y como punto de partida del trabajo del mañana, puede decirse que las cuestiones fundamentales que han limitado el desarrollo del trabajo enfermero, han sido:

- **“Excesivas expectativas”**. Como ya se ha comentado en un apartado anterior, las esperanzas que se crearon tanto alrededor de la APS como del trabajo de las enfermeras en dicho nivel, fueron desproporcionadas a las posibilidades de cambio que las condiciones socio-culturales permitían.

En aquel momento, muchas veces se confundió soñar y planificar, porque la sociedad española estaba iniciando un esperado gobierno de la izquierda y parecía que todo lo que fuera justo y mejor, sería posible.

- **“Deficiencias estructurales del sistema sanitario”**. El sistema sanitario que pretendía poner en marcha la reforma, partía de una estructura organizativa que giraba alrededor del trabajo médico, la atención a la enfermedad y el hospital. Estas prioridades no favorecieron ni el desarrollo de la APS ni la asunción de otras responsabilidades por parte de los profesionales.
- **“Falta de voluntad política”**. En un determinado momento, que coincide con la necesidad de tomar decisiones que permitan cambiar las estructuras que lastran la reforma sanitaria, se produce una inflexión en la voluntad política de cambio, que impide la transformación profunda de los servicios ofrecidos.
- **“Inadecuado desarrollo del trabajo enfermero”**. En este punto deben tenerse en cuenta dos cosas. La primera, son las limitaciones en el modo de acceso de la comunidad a la atención enfermera. Si bien, en teoría, la población puede acceder directamente a los servicios enfermeros, lo cierto es que, en realidad, la mayoría de las actuaciones se producen por derivación de otros profesionales no enfermeros.

Esto ocurre, en primer lugar, porque los enfermeros no han sabido explicar qué pueden aportar específicamente al cuidado de la salud y, en segundo lugar, porque también en la APS se continúa dando más importancia al trabajo médico y a la atención a la enfermedad. Para contrastar esta opinión, sólo es necesario observar en los Centros de Salud qué proporción de prestaciones “nuevas” (dirigidas al fomento y protección de la salud) se dan frente a las “tradicionales” (las encaminadas a la atención de la enfermedad) y qué tipo de información se facilita respecto a las actividades enfermeras y médicas.

Igualmente, el trabajo de los profesionales de la Enfermería se ha caracterizado, en gran medida, por realizarse con poco método científico. Ello ha traído como consecuencia graves dificultades para plasmar y transmitir las actividades específicas en el lenguaje utilizado por el sistema sanitario.

- **“Confianza infundada respecto al reconocimiento de la aportación enfermera”**. Se creyó, se confió, junto con Olga Verderesse⁽⁵³⁾ que dado que *“la naturaleza de la APS armoniza con la filosofía de la Enfermería”*, el reconocimiento de la importancia del trabajo enfermero iba a venir como consecuencia de ello; como el siguiente eslabón de una cadena lógica.
- **“Resistencias por parte de las enfermeras”**. Los motivos de dichas resistencias están, en gran medida, en las circunstancias históricas que han marcado la evolución de la Enfermería española y sobre las que ya se ha tratado largamente en capítulos anteriores.
- **“Inadecuada formación”**. Gran parte de los enfermeros que se incorporaron a las nuevas plazas de los Centros de Salud en el Estado español, no pudieron contar con una adecuada capacitación sobre la filosofía y métodos del trabajo en APS.

A excepción de la Comunidad Autónoma andaluza que instituyó desde un primer momento la realización de programas de formación continuada, muchos profesionales enfermeros tuvieron que recurrir a la improvisación y a la auto-formación, con todos los inconvenientes y posibles errores que ello comporta.

- **“Confusión en la estrategias enfermeras”**. A veces ocurre que aquello que ha sido útil e incluso altamente eficaz para el desarrollo profesional en un momento determinado, se vuelve

un obstáculo si no se sabe adaptar o modificar a tiempo. Este es el caso de los discursos profesionales que reducen su aportación exclusivamente al terreno enfermero, no advirtiendo que en la actualidad y desde hace ya algún tiempo, la Enfermería tiene que procurar hacer oír su voz en todos aquellos campos que tengan que ver con la salud de la comunidad.

No estoy proponiendo, por supuesto, intentar ir más allá de las propias posibilidades pero sí demostrar que se es capaz de aportar en distintos niveles, en toda la amplia variedad de aspectos que tienen que ver con la conservación y el cuidado de la salud.

Planteadas las conclusiones que pueden servir como punto de partida, paso a tratar sobre:

Llenar el vacío: el trabajo de las enfermeras y enfermeros comunitarios de mañana

En 1988, H. Vuori⁽⁵⁴⁾, entonces Director General de la OMS, dijo:

“El vacío entre el trabajo que las enfermeras pudieran ejecutar en la implementación de estrategias para mejorar la salud y lo que se les permite hacer, es todavía demasiado grande”.

En esos siete años transcurridos desde 1988, se ha avanzado mucho pero, aun así, el trabajo fundamental de los enfermeros y enfermeras comunitarias de mañana es **llenar ese vacío**. Por suerte, entre las muchas cosas en las que las enfermeras han sabido y podido progresar ha sido en el diseño y conceptualización de aquellas funciones que deben cumplir en la comunidad y de las estrategias, a todos los niveles, para poder desarrollarlas. La propia Conferencia de Viena⁽⁵⁵⁾ en su Declaración final dice:

“La Enfermería puede desarrollar perfectamente su potencial en la atención primaria de salud, siempre que la formación de Enfermería proporcione unas bases sólidas para la práctica, especialmente para el trabajo en la comunidad, y cuando las

enfermeras tengan en cuenta los aspectos sociales de las necesidades sanitarias y tengan una comprensión más amplia del fomento de la salud. Deben adoptarse políticas y actividades identificadas que permitan a las enfermeras practicar con autonomía suficiente para desarrollar su nuevo papel en la atención primaria de salud”.

Después de la misma, la “Unidad de Enfermería y Matronería” de la Oficina Regional Europea de la OMS, ha diseñado una colección de guías (*La Salud para Todos Series de Enfermería*) en las que se debaten en profundidad todos los aspectos de la práctica enfermera en la comunidad.

En España también se cuenta con un marco normativo en consonancia con dicha práctica. De dicha normativa, cabe destacar, la modificación del artículo 58 bis del Estatuto Jurídico de la Seguridad Social (Orden Ministerial de 14 de junio de 1984) que dice literalmente:

“Las enfermeras/os de Atención Primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social. Conforme a su nivel de titulación, centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud”.

Una lectura pormenorizada de dicho artículo pone de manifiesto las bases que permiten desarrollar un modelo de Enfermería orientado a la comunidad

Llenar el vacío entre lo que se hace y lo que es necesario y se puede hacer, no es fácil. A las enfermeras y enfermeros les ayuda en esa tarea su voluntad de servicio, su vocación, el convencimiento de la importancia de su aportación a la salud de la comunidad...

De acuerdo con las ideas sostenidas a lo largo del presente trabajo, considero que la finalidad fundamental del trabajo enfermero en la comunidad es **conseguir que los usuarios recobren su independencia respecto a los servicios sanitarios, tan rápidamente como sea posible.**

Para ello, y siguiendo a June Clark⁽⁵⁶⁾, las enfermeras y enfermeros comunitarios deben asumir como responsabilidades profesionales:

- **Trabajar para que el sistema sanitario dé un giro en su orientación...**
 - *Priorizando el fomento y la promoción de la salud en vez de la asistencia a la enfermedad.*
 - *Pasando de un enfoque unilateral en las relaciones enfermo-personal sanitario, a un planteamiento de participación del usuario, la familia y la comunidad en todas las etapas del proceso.*
 - *Haciendo necesaria la evaluación como un instrumento imprescindible para el progreso continuo.*
- **Valorar desde una concepción integral, los factores de riesgo, los problemas de salud y las necesidades de cuidados de la población que tiene a su cargo.**
- **Educar a la persona y familia en cómo...**
 - *Adquirir un modo de vida más sano.*
 - *Prevenir las enfermedades.*
 - *Cuidarse a sí mismos.*
 - *Ayudar a otros cuando se ponen enfermos o sufren un accidente o invalidez.*

Y por último, las enfermeras y los enfermeros comunitarios, deberán responsabilizarse de:

- **Formar y supervisar a cuidadores sin conocimientos de Enfermería para proporcionar continuidad en la atención.**

4. BIBLIOGRAFÍA

4.1. Referencias bibliográficas

- 1 Caramés T. Proyecto docente de la asignatura de Enfermería Comunitaria II. Universidad de Castilla-La Mancha; 1993. [No publicado].
- 2 Ibíd.
- 3 Álvarez-Dardet C, Gascon E, Alfonso Roca MT, Almero A. Los orígenes de la Enfermería de Salud Pública. *Gac Sanitaria*.1988; 2 (9): 290-292.
- 4 Ibíd.
- 5 Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma; 1987.
- 6 García S, Calvo E. Florence Nightingale y la formación enfermera. *Rev Rol Enferm*.1994; 194: 41-43.
- 7 Ibíd.
- 8 Donahue MP. *Op Cit*.
- 9 Caramés T. *Op Cit*.
- 10 Álvarez-Dardet C, Gascon E, Alfonso Roca MT, Almero A. *Op Cit*.
- 11 García S, Calvo E. *Op Cit*.
- 12 Ibíd.
- 13 Caja C, López RM. Enfermería Comunitaria III. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
- 14 Álvarez-Dardet C, Gascon E, Alfonso Roca MT, Almero A. *Op Cit*.
- 15 Alfonso MT, Álvarez-Dardet C. Enfermería comunitaria I. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería; 1992.
- 16 Comisión interparlamentaria de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la Subcomisión de Atención Primaria [Documento mimeografiado]. Madrid; 1991. [No publicado].
- 17 Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978 [acceso 2 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- 18 Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986.
- 19 Rogero P. Proyecto docente de la asignatura de Enfermería comunitaria III. Universidad de Málaga; 1994. [No publicado].
- 20 Ibíd.
- 21 Vasco A. Salud para todos: un guión con posibilidades. *Rev Rol de Enferm*. 1984; VII (65-66): 73-75.

- 22 Andersen Consulting. El futuro de la sanidad en Europa: Informe de los resultados para España. Madrid: Andersen y Cia; 1993.
- 23 Alberdi Rm. Atención Primaria de Salud: la enfermería protagonista. *Todo Hosp.* 1985; 14: 43-46.
- 24 Betancor M, Cuesta C. Reforma de la Enfermería en Atención Primaria. En: I Jornadas Nacionales de Enfermería. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1987. [No publicado].
- 25 Alberdi Rm, Jiménez MO. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (I). *Rev Rol Enferm.* 1991; XIV (152): 19-22.
- 26 Alberdi Rm, Jiménez MO. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (II). *Rev Rol Enferm.* 1991; XIV (153): 19-24.
- 27 Alberdi Rm, Jiménez MO. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (III). *Rev Rol Enferm.* 1991; XIV (154): 21-25.
- 28 Rogero P, Martin FJ. Una opinión del sistema sanitario en Andalucía desde enfermería. *Salud 2000.* 1992; 39: 8-10.
- 29 *Ibíd.*
- 30 Servicio Andaluz de Salud (SAS). Servicios enfermeros en Atención Primaria [documento interno]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1994. [No publicado].
- 31 Arcas Ruíz P, Delgado Sánchez M, Gómez García G, Lahoz Vargas M, Marín López M, Navarro Jiménez MC et al. Enfermería, pieza clave de la atención primaria. *Rev Rol Enferm.* 1988; 117: 34-37.
- 32 Rogero P, Martin FJ. *Op Cit.*
- 33 Domínguez C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide; 1986.
- 34 Caja C. Atención comunitaria: un reto para la Enfermería de Atención Primaria. *Not Enferm.* 1991; 1(2): 99-104.
- 35 Documentos aportados por la O.M.S para su discusión en los foros nacionales: conferencia de enfermería. Viena. Junio 1988. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación sanitaria; [1986].
- 36 Gervas JJ. La reforma de la Atención Primaria en España: una propuesta pragmática. *Gac Sanitaria.* 1989; 13: 476-481.
- 37 Alberdi Rm, Jiménez MO. *Op Cit.*
- 38 Caramés T. *Op Cit.*
- 39 Alberdi Rm, Jiménez MO. *Op Cit.*
- 40 Rogero P, Martin FJ. *Op Cit.*
- 41 Fernández C et al. *Enfermería fundamental.* Barcelona: Masson; 1995.
- 42 Alberdi Rm, Vasco A. Incidencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad mental. *Rev Rol de Enferm.* 1994; 191-192: 65-68.
- 43 Sendrail M. *Historia cultural de la enfermedad.* Madrid: Espasa-Calpe; 1983.

- 44 McLuhan M, Fiore Q. El medio es el mensaje. Barcelona: Paidós; 1987.
- 45 Alberdi Rm, Vasco A. *Op Cit*.
- 46 Nightingale F. Notas de Enfermería. Barcelona: Salvat Ediciones; 1990.
- 47 Dubos RJ. El Espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
- 48 Carcavallo RU, Plencovich AR. Los ecólogos de la Salud. Caracas: Monte Ávila Editores; 1975.
- 49 San Martín H. Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Masson; 1989.
- 50 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Orientación de servicios sanitarios [Documento interno]. Sevilla: Documento del Grupo Consultor del Plan Andaluz de Salud; 1991 [No publicado].
- 51 Organización Mundial de la Salud. Strengthening nursing and midwifery in support of strategies for health for all [Internet]. Ginebra: World Health Assembly Official Records; 1992 [acces 2 de diciembre de 2014]. Disponible a: <http://www.who.int/hrh/resources/WHA42-27.pdf>
- 52 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Op Cit*.
- 53 Alberdi Rm, Jiménez MO. *Op Cit*.
- 54 Vuori H. Atención Primaria de Salud en Europa. Problemas y soluciones. Rev ROL Enferm. 1987; X (110): 41-45.
- 55 Organizació Mundial de la Salut. Oficina Regional para Europa. Enfermería en acción: fortalecimiento de la enfermería y matronería en apoyo de salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
- 56 Alberdi Rm, Jiménez MO. *Op Cit*.

4.2. Bibliografía consultada

- Alfonso MT. Proyecto docente de la asignatura de Enfermería de Salud Pública. Universidad de Alicante; 1990. [No publicado].
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: Informe y recomendaciones. Madrid: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud; 1991.
- Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Ottawa para la promoción de la Salud. Sanidad e Higiene Pública. 1987; 61: 129-133.
- Cuesta C. Creación de contextos. Trabajo intangible de enfermería comunitaria. Rev ROL Enferm. 1994; 195:13-19.
- Decreto sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de

- Salud en Andalucía. Decreto 195/1985, de 28 de agosto [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 89; (14-09-1985). [acceso 2 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1985/89/5>
- Domínguez C. Estudio de recursos humanos: La Enfermería en Cataluña. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals; 1990.
 - Duran M. Proyecto docente de la asignatura de Administración de Servicios de Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares; 1994. [No publicado].
 - Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. Gac Sanitaria. 1994; 43:189-194.
 - Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psico-social II. Barcelona: Salvat Editores; 1991.
 - Organización Mundial de la Salud. Formación de profesores y administradores de enfermería, con especial referencia a la atención primaria de salud / informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1984. Serie Informes Técnicos número 798.
 - Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo: (1973-1984) 26 a 37 Asamblea Mundial de la Salud, 51 a 74 reunión del Consejo Ejecutivo. Volumen II. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1985.
 - Informe SESPAS 1993: la salud y el sistema sanitario en España / SESPAS, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona: SG editores; 1993.
 - Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud de la Junta de Andalucía. La Reforma sanitaria en la atención primaria: 1984-1990. [Sevilla]: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo: 1985. Serie monográfica número 3.
 - Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986). [acceso 2 de diciembre de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
 - Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (1-2-1984). [acceso 2 de diciembre de 2014]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574

