

Innovación y enfermería: Análisis para un cambio

Emilia Aparicio i Salamanca

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Facultat d'economia i empresa
Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions

Universitat de Barcelona

INNOVACIÓN Y ENFERMERÍA
ANÁLISIS PARA UN CAMBIO

EMILIA APARICIO I SALAMANCA
2010

Programa doctorat en Ciències Socials i Salut
bieni 1991-1993

Dirección: Ignasi Pons i Antón

Índice

Capítulo 1: Introducción	4
1.1. Introducción	4
1.2. Mapa de la tesis	6
1.3. Marco teórico.....	7
1.3.1. Estado de la cuestión	7
1.3.2. Proceso de desarrollo	8
1.5. Hipótesis.....	17
Capítulo 2: Aspectos teóricos	19
2.1. Contexto de la enfermería en Catalunya	22
Cronología legislativa general	45
2.2. Innovación	49
2.2.1. La oportunidad	52
2.2.2. La idea.....	52
2.2.3. La acción	54
2.2.4. La difusión.....	56
2.2.5. Organización profesional.....	57
2.2.6. El papel de la formación.....	61
2.2.7. Percepción de la innovación.....	62
2.3. Evolución de la profesión de enfermería.....	65
2.3.1. El discurso religioso	67
2.3.2. La mujer consagrada: fundamento y símbolo.....	70
2.3.3. El vector ideológico de la enfermería	73
2.3.4. La dicotomía: la religiosa sanitaria	74
2.3.5. La secularización	75
2.3.6. Los procesos de profesionalización	77
2.3.7. Del s/XX a la actualidad.....	80
2.4. Perspectiva socio-antropológica de la enfermería	87
2.4.1. Observaciones respecto el concepto cuidar	89
2.4.2. Reflexiones sobre enfermería y género	92
2.4.3. Tratar y cuidar: disociación.	95
2.4.4. Doméstico vs familia/hogar y la sombra de lo político.	100
2.4.5. Medios y fines	104
Capítulo 3: Trabajo de campo	107
3.1. Metodología de investigación	107
3.2. Entrevistas a religiosas sanitarias	110
3.3. Entrevistas a enfermeras/os	112
3.3.1. Principales resultados de las entrevistas a enfermeras/os	113
3.4. Caso práctico de innovación aplicada.....	117
3.4.1. Introducción	117
3.4.2. Proceso de desarrollo del caso práctico	119
3.4.4. la curva Collière	123
3.4.5. Proyecto de autoorganización	126
3.4.6. Objetivos de Mejora	128
3.4.7. Adaptación del discurso profesional	133
3.4.8. Características del discurso	133
3.4.9. Acción del discurso	135
3.5. Taller delphi	137
3.5.1. Introducción	137
3.5.2. Principales resultados del estudio.....	139
3.5.3. Minería de datos.....	144
3.5. Consulta por internet.....	171
3.5.1. Perfil.....	171
3.5.2. Minería de datos.....	178
Capítulo 4: Conclusiones	191

Anexos	194
Cuestionario para la entrevista a enfermeras	195
Talleres delphi.....	196
Cuestionarios	197
Asociación de conceptos	205
Validación de la asociación de conceptos	211
Cuestionarios del estudio por Internet	228
Bibliografía	236

1.1. Introducción

En el año 1984 asistí al Congreso Internacional de Enfermería (CIE) donde Virginia Henderson (enfermera relevante del s/XX) nos puso sobre la pista de cierto dato hecho público por la OMS¹, que procede de la primera reunión de expertos en enfermería en el año 1950, que dice:

En aquellos países donde solo la medicina ha alcanzado un alto grado de desarrollo, y no así la enfermería, el estado de salud de la población no refleja el nivel de progreso logrado por la primera².

Esta cita me estimuló a indagar sobre los motivos de esta falta de progreso, con la intención de conocer los vínculos de la organización profesional de la enfermería con la innovación, entendiendo ésta como una forma de introducir cambios y mejoras, desde la creación de una nueva idea hasta su aplicación.

En mi trayectoria profesional como enfermera he conocido diferentes facetas de esta profesión. La enfermería es una profesión que ha mantenido una actitud cooperativa y de soporte, disciplinada, con una historia de subordinación, de ideales relacionados con la salud de la población, y, generalmente, silenciosa.

Siendo una profesión de soporte, la mayoría de la innovación en la enfermería es exógena, es decir, generada por actores externos a la enfermería. Existe la percepción de que la enfermería innova poco por sí misma, y es preocupante que, siendo una profesión imprescindible como enlace de transmisión de la salud a la población, no progrese a la misma velocidad que la medicina, o que no avance, como colectivo, igual que otras profesiones.

Como cualquier profesión, la enfermería conoce bien su terreno, y es ella misma la más adecuada para juzgar si una innovación resulta en una mejora o no. Si la enfermería generase más innovación (endógena), sencillamente, acorde con el estudio citado por Henderson, probablemente se produciría una mejora de la salud de la población.

¹ Virginia Henderson ilustró sus palabras con una pequeña edición del libro "conceptos básicos de enfermería", publicado por el consejo internacional de enfermería en 1971.

² Cita expuesta por el primer comité de expertos en enfermería, 1950.

El soporte a la persona, tanto sana como enferma, mediante la educación sanitaria para el cuidado de otros: *cuidar* (parte asistencial) y la aplicación del tratamiento (parte técnica), configuran las dos facetas básicas del trabajo de la enfermería. De la parte asistencial trata la presente tesis. Asistir representa la capacidad profesional para el cuidado de la salud y la enfermedad que se podría definir como el valor supremo en enfermería: actuar en situaciones en que la naturaleza, tanto física como psíquica, no alcanza una autonomía suficiente.

La presente tesis utiliza aspectos teóricos próximos a la realidad profesional. Además, se ilustra con vivencias personales para valorar el sentido de las palabras y la intención de las mismas, por cuanto el objetivo del trabajo conlleva una carga valorativa de ambición: conocer primero y pensar posteriormente lo que se conoce, para situarlo exactamente en su contexto y avanzar profesionalmente en la medida que la sociedad avanza, o quizás sea aún más ambicioso avanzar antes de que la sociedad avance. La posibilidad existe, puesto que la enfermería es espectadora de primera fila en el panorama sanitario, cultural y social. Pero, para ello, la enfermería requiere abrirse a nuevas disciplinas, intercambiar conocimiento y perspectivas, y alejarse de la subsunción a poderes externos que han condicionado y organizado su progreso y evolución hasta nuestros días.

Durante el proceso de estudio se ha prestado atención especial a las posibles barreras y obstáculos a la innovación que podría encontrar la enfermería en su trayectoria profesional. Al contrastar la historia con la evolución profesional se pudo percibir que las barreras se podían expresar en términos de género, determinismo, utilitarismo y subordinación. Estos conceptos, por si mismos, ya contienen un ideario de poder, y se ha procedido a interpretarlos desde una perspectiva cultural, mediante un estudio socio antropológico.

El apartado teórico incluye un estudio de los mecanismos de la innovación, en el que se reflejan los principales factores implicados en el proceso de materializar las ideas, como base teórica para comprender los procesos de innovación no tecnológica. El trabajo de campo consta de 5 estudios realizados con enfermeras: entrevistas a religiosas sanitarias, entrevistas a enfermeras, un caso práctico de innovación, talleres delphi y una consulta por internet.

1.2. Mapa de la tesis

La tesis consta de cuatro capítulos: el primero consta de la introducción, marco teórico, metodología de trabajo, hipótesis, y objetivos. El segundo capítulo contiene la parte teórica en cuatro apartados: contexto de la enfermería en Catalunya, conceptos de innovación, evolución histórica de la enfermería y un estudio socio antropológico de la profesión. El tercer capítulo recoge los diferentes estudios realizados como trabajo de campo, y finalmente, en el cuarto capítulo constan las conclusiones.

La tesis esta focalizada en la comunidad de enfermería catalana, y contempla las vertientes cualitativa y cuantitativa. Para la investigación se ha realizado un análisis de una iniciativa innovadora mediante un caso práctico. También se ha realizado un trabajo etnográfico con dos entrevistas: una a religiosas sanitarias para comprender las influencias del traspaso de poderes de los cuidados sanitarios de la Iglesia al Estado (la secularización), y una segunda serie de entrevistas en profundidad a enfermeras del sector público catalán en dos momentos diferentes para evidenciar tendencias en los ámbitos profesional, social y cultural.

Con el objetivo de determinar la relación entre autonomía e innovación en enfermería, se han elaborado dos paneles delphi y una consulta por Internet.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Estado de la cuestión

Existe mucha literatura referente a innovación técnica, tecnológica, docente, científica y organizativa, aunque, por el contrario, existe escasa información sobre innovación relacionada con la parte más asistencial de la enfermería: los cuidados a la persona, la ideología e identidad profesional y el sentido de colectivo. Se ha podido observar, durante el vaciado de fuentes históricas, que se producen pocas innovaciones en el área asistencial, y que pocas de estas innovaciones son ideadas y llevadas a término por enfermeras o equipos de enfermería.

El estudio histórico del trabajo desvela que la enfermería ha sido construida desde organismos externos (la Iglesia, el Estado y la influencia de la medicina, a través de los propios facultativos), quienes han configurado, desde la vocación, la técnica, y la cooperación, lo que actualmente es la profesión. Las religiosas sanitarias estaban bajo el control de la iglesia. La secularización las situó bajo el control estatal mediante su inclusión en la estructura sanitaria. Finalmente, la profesionalización la situó subordinada a la medicina, que ejercía su docencia. Tal vez estos procesos hayan hecho de la enfermería una profesión silenciosa y obediente, tal vez hasta el punto de que haya renunciado a pensar por sí misma y en sí misma. El silencio profesional en enfermería, la invisibilidad y su grado de intangibilidad todavía son realidades de graves consecuencias para la innovación

La actividad profesional está relacionada con tres aspectos básicos: *cuidar, tratar y curar*. Cuidar representa la parte asistencial de la enfermería, relacionada con los aspectos emocionales, culturales y sociales de la salud y la enfermedad. Tratar está asociado a la *técnica* en enfermería y tiene dos vertientes: la técnica terapéutica (administración del tratamiento prescrito por el facultativo) y la técnica diagnóstica. Finalmente, curar se ejerce exclusivamente por la medicina, pero está vinculada a la enfermería a través del tratamiento. La enfermería realiza todas estas tareas simultáneamente, en un espacio común en que estas áreas no se disocian.

La presente tesis trata de desvelar cuales son los espacios en que la enfermería es más autónoma, en los que posee más autoridad, y como desvincularla de la técnica para su análisis. Es importante no ignorar la relación entre las tres acciones: *cuidar, tratar y curar*, por la posible subordinación de la enfermería a la medicina según algunas teorías deterministas (C. Amorós; 1991), por las

implicaciones respecto a lo privado y lo público (H. Arendt; 1996), y la utilidad de la profesión, dado que existen muchas contradicciones que tienen que ver con la ambigüedad en el espacio que media entre estas actuaciones: cuidar (asistencial), tratar (técnica), y curar (sanar o mejorar). La enfermería lleva implícita esta ambigüedad, ya que cuidar y tratar son dos acciones complementarias que determinan diferentes niveles: asistencial y técnico, campos estratégicos para un compromiso de innovación. Las actuaciones técnicas (ya sea en la vertiente diagnóstica, terapéutica, o de colaboración con las diferentes especialidades quirúrgicas) y las asistenciales, practicadas conjuntamente, permiten utilizar los avances técnicos. Existen mejoras pendientes en la relación con el usuario, espacios asistenciales y de relación que medien entre la técnica y la asistencia. La falta de registro de la actividad profesional impide que se evidencie la ausencia de estas mejoras, ya que las capacidades profesionales y de colectivo no se hacen visibles. Todos estos elementos tienen una relación estricta con la actuación profesional. En este trabajo se intenta relacionar estos elementos con la innovación asistencial.

En el transcurso del estudio se ha percibido una ausencia o debilidad de discurso profesional, una falta de constatación de aquellos ideales por los que se lucha, de una ideología de referencia y de una identidad profesional bien definida. Ni siquiera existe el riesgo de que un discurso ideológico ponga en cuestión la propia situación de la enfermería, dado que se sospecha que las influencias proteccionistas hacia la profesión se constituyen en la principal barrera a la innovación, al cambio y a formas diferentes de pensar.

1.3.2. Proceso de desarrollo

Durante el desarrollo del apartado teórico se ha prestado atención a las posibles barreras y obstáculos a la innovación que podría encontrar la enfermería en su trayectoria profesional, y asimismo, a conocer las limitaciones que encuentra la enfermería en el campo de la investigación y la innovación no tecnológica, sobretudo por la falta de registro de algunas actividades. Se pretende comprender un pasado profesional organizado desde fuera para conseguir un futuro más autónomo con expectativas de innovación. El análisis se inicia con dos modelos que parecían corresponderse al estado de la cuestión expuesto en los párrafos anteriores: la deconstrucción según J. Derrida (análisis continuo para encontrar posibles interpretaciones), y la hermenéutica según H. Gadamer,

adaptada a la actualidad como comunicación y consenso. Se parte de estos conceptos como guía para conocer cómo se ha construido la enfermería.

Para comprender correctamente la compleja filosofía de ambos autores se han consultado los conceptos y sus respectivas interpretaciones. Ha sido de interés la influencia académica de Manuel Cruz (1995 y 1999), así como la interpretación del concepto derriniano según Cristina Peretti (1989). Entre la documentación en línea consultada, resultó ilustrativa la transcripción del encuentro en París en 1981 entre Gadamer y Derrida para confrontar sus corrientes de pensamiento, buscando un terreno común desde el que los oponentes pudiesen dialogar y contrastar sus posiciones encontradas³. Esta información incita a pensar que cualquier antagonismo puede consensuarse. En este caso, desde la creación de un marco histórico hasta la posibilidad de poder formular cuestiones que inquietan y encontrar sus límites.

En este apartado se ha tenido en cuenta la influencia de enfermeras relevantes como Florence Nightingale, citada por Susana Mataix (1999) que remarca la importancia del registro y la cuantificación.

Como referente desde la enfermería también se estudia a Virginia Henderson, ya que su modelo de enfermería sobre las 14 necesidades es el aplicado en Catalunya:

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 su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más pronto posible a partir de las 14 necesidades básicas⁴.

Por otra parte, Françoise Collière, enfermera, profesora de ciencias técnicas, sanitarias, y sociales en la universidad de Lyon II, publicó en 1982 *Promouvoir la vie*. El libro trata sobre la realidad de la profesión de los cuidados, y sobre todo,

³Hermenéutica y deconstrucción: divergencias y coincidencias, ¿Un problema de lenguaje?, Luis Enrique de Santiago Guervós.

<http://www.uma.es/gadamer/gadamer-derrida.htm> (20 noviembre 2009).

⁴ Ver: *Contexto de la enfermería en Catalunya*

del futuro incierto de la profesión de enfermería. La influencia de Collière en este trabajo de investigación tuvo un carácter innovador, permitiendo adoptar y adaptar la teoría del discurso de Michel Foucault (1987) a la curva biológica de la vida de la persona según Collière, evidenciando la necesidad de la intervención de los cuidados de enfermería en los diferentes estadios de la vida del ser humano. Esto permite adaptar este discurso a cualquier ámbito de actuación de la enfermería, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, así como los cuidados comunitarios, que, ya a principios de la década 1990, implicaban el compromiso de esta profesión en la prevención y la promoción de la salud de la población.

Por otro lado, Lise Riopelle (1993), también enfermera, representa un modelo de tendencia más autónoma para la enfermería, por su línea de independencia respecto a otros profesionales de la salud: un cambio de mentalidad profesional y un cambio de paradigma con amplitud de miras, analizando los procesos para aplicarlos en el futuro poco a poco. Riopelle recomienda la formación de profesionales como agentes de cambio para la aplicación autónoma de los modelos pertinentes que cada país adopte. Fue de la primeras enfermeras en sugerir una actuación y el concepto *glocal* (=global + local) de la salud. Todo ello conlleva un espíritu innovador, más autónomo, más liberalizador de los espacios asistenciales propios en que la enfermera es la autoridad asistencial.

En el ámbito de las organizaciones, se ha consultado a Stephen J Ball (1987), quien trata las influencias ideológicas que se tramitan entre bastidores y permiten explicar el lado oscuro de las organizaciones. Esta teoría acerca de las organizaciones es radicalmente diferente de las teorías tradicionales, y se aplica en el estudio etnográfico de la organización profesional. Durante el desarrollo del apartado sobre innovación se observó que la innovación se produce por la existencia de una diversidad de fuentes de información, y como consecuencia de una acción orientada al fin deseado en un momento de oportunidad. Se sospecha que es un concepto nuevo en la enfermería. Ball refiere que la innovación, o la posibilidad de cambiar, llevan a la superficie conflictos y situaciones ocultas en la rutina cotidiana, y que la innovación tiene un componente cultural con muchas posibilidades en el entorno laboral.

Por otra parte, el auge de la sociedad informatizada está construyendo nuevas formas de poder. El panóptico, propuesto por Bentham en 1787, como modelo de prisión altamente eficiente en vigilancia, es como un teatro que representa la ilusión de una vigilancia permanente. Esta idea ha sido retomada por autores que han dado utilidad a este sistema, ya sea en forma de poder o por las

implicaciones de las últimas tecnologías de información en las sociedades contemporáneas. Los datos constituyen lo que Whitaker (1999) da en llamar *el fin de la privacidad*. La metáfora del panóptico, introducida por Bentham, fue retomada por Michel Foucault en su obra tardía, hacia 1970, y en 1990 por Oscar H Gandy Jr, autor que emprendió su investigación sobre la implicación de las tecnologías en la economía política y la información personal. R. Whitaker explica cómo la revolución de la información y el auge de la sociedad informatizada están reconstruyendo las estructuras del poder a escala global, donde las cosas no son tan privadas como parecen. El auge de los movimientos de privacidad en las redes sociales actualmente parece confirmarlo. Finalmente, se consulta como referente de la sociología de la organización a Charles Perrow (1991).

La revisión de la literatura sobre la evolución de la enfermería y su perspectiva socio antropológica es muy amplia, dada la versatilidad de esta profesión. Todos los autores consultados han servido de referente para relacionar conceptos clave de diversas teorías, como la teoría de la marginación, de la sociología crítica, y de la desviación, así como categorías de género, propiedad, parentesco, economía y poder, con la intención de comprender e interpretar tantos aspectos como interacciones tiene la enfermería con ellos.

En el capítulo 2.3, el estudio de la evolución de la enfermería se enmarca en un análisis panorámico de la enfermería en Catalunya en los siglos XIX al XXI. Las formas simbólicas y religiosas se expresan en el marco histórico para exponer la evolución de los cuidados desde la cristiandad. El trabajo pretende ser una aproximación a la vocación de la enfermería, con especial atención al caso catalán. Vocación es un término ambiguo y polisémico que adquiere distintas significaciones en función del contexto cultural, como se refleja en el estudio socioantropológico.

Dos autoras tratan aspectos sobre la construcción de la vocación: Françoise Collière (1982), en el contexto religioso, basa los fundamentos de la vocación en la legitimidad del pensamiento agustiniano de subordinación y entrega desinteresada. La aportación de Collière tiene interés para comprender la relación del cuidador con la persona cuidada, la identificación de los cuidados con la mujer, y el simbolismo que subyace en la prioridad de los cuidados espirituales sobre los cuidados físicos, así como su utilidad. El pensamiento agustiniano, para Collière, se centra en lo que mata, y no en lo que mantiene la vida.

Mary Douglas, en sus obras *Pureza y peligro* (1973) y *Símbolos naturales* (1978), categoriza el simbolismo que subyace en los postulados que Françoise Collière refiere sobre la relación de la espiritualidad y la degradación del cuerpo físico. Douglas (1978) lo simboliza explicándolo través del modelo social: cómo las dimensiones de la vida social gobiernan las actitudes con respecto al espíritu y la materia, siendo el cuerpo social quien condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. Según esta autora, esta percepción del cuerpo físico también determina una visión de la sociedad, creando un intercambio en que cada uno de ellos refuerza la categoría del otro.

A la comprensión de esta etapa ayuda el libro editado por la Comisión Episcopal Pastoral: *“la asistencia religiosa en el hospital”*, y su interpretación acerca del traspaso de roles de la religiosa sanitaria a la enfermera. A esta interpretación se unen las aportaciones de Aragón Donoso (1982) con el libro *“un nuevo hogar para la religiosa sanitaria”* y J. Staudinger (1955), con su libro *“Esposas del Señor, ejercicios espirituales para la religiosas sanitarias”*, que refuerzan el interés en que estas cuidadoras no abandonen el cuidado al enfermo, por vocación. Es obvio, y se pudo constatar en una entrevista a religiosas sanitarias, el interés en cambiar considerándolo como un acto de innovación, aunque todo supeditado a las estrictas normas religiosas de su tiempo.

El paso de la etapa religiosa a la laica continua manteniendo a la enfermería en un estado de subordinación, en este caso al cuerpo médico. J. Luis Medina (2005) ilustra esta situación explicando cómo los médicos determinaban la estructura y el contenido curricular en la docencia impartida por ellos mismos. Entrado el s/XX la enfermería entra en una dinámica tecnológica. Tras el legado vocacional religioso, los procesos de profesionalización y su posterior desarrollo se sitúan en el siglo XX.

Al contrastar la historia con la evolución profesional se puede percibir la existencia de algunas barreras que se podían expresar en términos de género, determinismo, utilitarismo y subordinación. Estos conceptos, por sí mismos, ya contienen un ideario de poder, y se asumen para su interpretación en el capítulo segundo mediante una aproximación socio antropológica.

Describir la historia puede ser relativamente fácil, pero interpretarla suele ser más complicado. Se puede observar cómo el proceso cuidador desde el aspecto vocacional se encontraba inmerso en concepciones binarias como madre/esposa,

hermano/hermana o padre/hijo, y cómo se produce, paralelamente, el desplazamiento de las instituciones que dan cobijo a estas concepciones: médico/enfermera o usuario/enfermera, percibiendo la existencia de una relación entre el parentesco y el poder que ejerce este sistema de control, que induce a pensar en la proyección de la tríada padre/madre/hijo sobre la tríada médico/enfermera/paciente. José Luís Medina (2005) destaca la naturaleza relacional de los cuidados y la conveniencia de adoptar una actitud de empatía. Esta actitud es también un hilo que comunica la similitud entre la institución familiar y la laboral desde el punto de vista enfermero. La observación sobre la existencia de una relación entre parentesco y poder fue puntual, y se pudo verificar a través de fuentes teóricas como las de Aragón Donoso (1982) y otros, que fueron también comprobadas mediante entrevistas con religiosas sanitarias. Posteriormente también se realizó, en este sentido, una entrevista a enfermeras de instituciones sanitarias abiertas y cerradas del sistema público catalán.

En el capítulo 2.4, en el estudio socio antropológico se indaga sobre conceptos como la familia, lo privado y lo público, y los medios y los fines. Celia Amorós (1991) y M^a Milagros Rivera (1994), entre otras, permiten vincular los cambios ocurridos con obstáculos y barreras a la innovación en enfermería, así como tomar conciencia de la subordinación y sus consecuencias. José Lorite Mena (1987) observa los paralelismos que existen entre la unidad básica familiar y la formada por la diada medicina/enfermería. Celia Amorós (1991) despierta el interés en comprender las formas más duras de la legitimidad agustiniana para no caer en el lenguaje del oprimido y poder descubrir ciertos aspectos totalitarios descritos en la etapa religiosa por F. Collière. Asimismo, Amorós interpreta el lenguaje del oprimido como una forma negativa de magnificar lo interiorizado, y permite evidenciar las formas más duras del patriarcado, con el objetivo de manifestar, a partir de la esfera doméstica, el debate frente a lo que constituye el otro lado del cuidado de la enfermedad, y que es la curación de la misma, evitando en lo posible que la enfermería sea pensada por otros mientras el poder de ésta presiona de forma lateral desde las zonas que considera sus reductos, en este caso, la cultura doméstica.

Los paralelismos que existen entre la unidad básica familiar padre/madre/hijo, la unidad doméstica, y la formada por la tríada medicina/enfermería/paciente, en la obra de José Lorite Mena (1987), adquieren importancia en el sentido de canalizar las posibilidades y asimilar los esquemas que han codificado los comportamientos. Según este autor, la eficacia profesional no se determina por factores como lo intangible y lo doméstico, sino en la búsqueda del propio

recorrido. Manuel Cruz apuesta por la responsabilidad de informar y comunicar, tanto a partir de sus libros, como en sus aportaciones en la obra de Hannah Arendt *De la historia a la acción* (1996), con las que permite hilar el pensamiento entre autores antiguos y contemporáneos.

Hannah Arendt (1996) abre vías para comprender la influencia del totalitarismo, y ayuda a medirse con teorías y razones políticas haciendo más visible la relación entre lo público y lo privado en el entorno de la salud y la enfermedad. Estas teorías facilitan, en círculos de diálogo, procesos de entendimiento, conocimiento y diversidad de opinión, corroborando la universalidad de la necesidad humana como uno de los argumentos del cuidar sanitario (Manuel Cruz (1995)).

Autoras como María Milagros Rivera (1994) han permitido comprender las teorías escapistas, interpretándose su obra como una aportación crítica y como reflexiones acerca del posmodernismo, así como su influencia en la estabilidad de las identidades. Rivera reflexiona que las costumbres, los hábitos culturales, la evolución, el cambio y la innovación en algunos procesos, y, en el caso que nos concierne, la evolución profesional, son consecuencia de un largo proceso que no se puede dar por finalizado, y que el posmodernismo, como una posible influencia, no puede enmascarar situaciones que todavía permanecen latentes y en vías de diálogo. Rivera coincide en este trabajo con las opiniones de Carl Geertz y Claude Levy-Strauss en que en las décadas de 1960 y 1970 los grupos de autoconciencia adquirieron vida pública.

En sus inicios profesionales, la profesión de enfermería no adquirió un grado significativo de conciencia de subordinación, porque se encontraba bajo la presión vocacional religiosa, y, aunque éste no sea un argumento para estudiar de cerca las posibilidades que dieron vida pública a la enfermería en las etapas profesionales de los años posteriores, es algo que se debe tener en cuenta. Se ha tomado como referencia el pensamiento de enfermeras y líderes que apostaron por una realidad profesional basada en la identidad profesional. Se ha accedido principalmente a literatura sobre la mujer escrita por la mujer sobre temas que aportan versiones diferentes para pensar la enfermería, aunque se ha consultado también literatura sobre la mujer escrita por hombres.

Se hace referencia a Florence Nightingale (1820–1910) por su interés en acumular datos y hacerlos hablar tal como describe Susana Mataix (1999). Nightingale fue la primera enfermera en utilizar los criterios "*medir y validar*", acrecentando el interés en las técnicas de cuantificación que se formulan en el trabajo de campo, con el objetivo de evidenciar dos circunstancias que afectan a

la innovación en enfermería: la ausencia de número y la falta de registro. A este respecto se refiere también uno de los gurús de la innovación, Bill Gates (1996), quien recomienda usar la fuerza de los números para tomar decisiones.

La historia de los cuidados relatada en este trabajo es una cuestión que se analiza como formulación ideológica. No hacer ésto crearía problemas de incomunicación, y marcaría el límite que Foucault (1983;31) entiende como la disciplina para poder cuestionar las inquietudes. Foucault (1983;28) describe que una disciplina no es la suma de todo lo que puede ser dicho de cierto a propósito de alguna cosa y no es ni siquiera el conjunto de todo lo que puede ser a propósito de un mismo tema, aceptado en virtud de un principio de coherencia o de sistematicidad: ni la medicina se define por todo lo que concierne a la enfermedad ni la botánica sobre las plantas..., puesto que una y otra disciplina están construidas sobre errores y verdades, y unos y otros son inseparables.

Para justificar la necesidad de proponer un discurso profesional en enfermería, éste es el ejemplo más clarificador, dado que la medicina domina el tratamiento hasta los límites en los que la enfermedad responde. A partir de aquí, la enfermedad duradera o crónica comparte el tratamiento (o no) con los cuidados de la misma, y esto corresponde al principio de delimitación interprofesional, que, de forma sistemática, se aplica a la profesión de enfermería.

El capítulo 2.2 incluye un estudio de los mecanismos de la innovación, en que se reflejan los principales factores implicados en el proceso de materializar las ideas, como base teórica para comprender los procesos de innovación no tecnológica

Varios autores consultados vinculan ética e innovación. Entre ellos, Marriner (2005), que en su *Guía de gestión y dirección de enfermería* señala que "la innovación constituye uno de los principales motores del cambio social, sin prejuzgar ningún signo de valor asociado a éste". También recientemente se ha señalado la necesidad de innovar por el propio consejo internacional de enfermería CIE⁵ (2009).

Se ha consultado cómo se gestiona la relación entre conocimiento y economía por autores como Jordi Vilaseca y Juan Torrent (2004) o E.Serradell y J.Angel (2007) así como A. Marriner Tomey (2009). Ha sido de gran interés la consulta a

⁵ CIE: Congreso Internacional de Enfermería; Ginebra, 2009.

autores sobre innovación como P. Escorsa y J. Valls, de la UPC (2003), así como trabajos desde otras perspectivas profesionales, como los de M. Clara Torrens, Guillem Coderch y Alba Artal (2008). Estos autores describen el tránsito de la formación tradicional a la economía del conocimiento.

La situación sobre conflictos no resueltos se analiza través de la visión de Stephen Ball (1987). También se ha consultado el libro de José Luis Medina *Deseo de cuidar y voluntad de poder* (2005).

1.5. Hipótesis

Existe una relación proporcional entre autonomía e innovación. Esto explicaría que la innovación en el área asistencial de enfermería sea frenada en parte por el hecho de que la mayoría de la innovación es de carácter exógeno.

La profesión de enfermería desarrolla gran parte de su actividad en dos áreas de actuación: asistencial y técnica. En otro ámbito se encuentran la docencia, la investigación y la gestión.

La parte técnica de la enfermería se circunscribe a la aplicación del tratamiento. Es una parte fácilmente cuantificable y medible, en gran parte debido a los grandes avances de la técnica y la tecnología en el restablecimiento de la salud. La parte asistencial trata de los aspectos sociales, emocionales y culturales de la salud y la enfermedad. Es un aspecto muy cualitativo, asociado a cuidar a las personas, por ejemplo, promocionando su salud mediante la educación e inducción a los hábitos saludables.

Existe la percepción de que la enfermería genera poca innovación en el área asistencial. Este supuesto puede deberse al hecho de que la mayoría de innovación es exógena, es decir, generada en fuentes externas a la enfermería. Podríamos nombrar como fuentes externas que han influido a lo largo del proceso histórico: la iglesia, el estado, la tecnología, la medicina, la influencia del médico y los cambios culturales y sociales, que han proporcionado a la enfermería un espacio en el panorama sanitario, tanto de la salud como de la enfermedad. Es una innovación reactiva y sobrevenida, cultural y con amplitud de miras, pero que la enfermería sólo asimila y cumple.

Sin embargo, en el sistema organizativo sanitario es complejo discernir cuál es el lugar propio y autónomo de la enfermería, ¿dónde se encuentran los límites del área asistencial?, ¿cuáles son los límites en que la autoridad asistencial corresponde a la enfermera? Apenas existen en este proceso de innovación rupturas substanciales que permitan valorar y analizar los subprocesos.

Aunque se haya producido externamente a la enfermería, ésta innovación también la ha enriquecido y mantenido en las redes sanitarias y sociales sin demasiados obstáculos, aunque se sospecha que esta innovación ha sido y es, en gran parte, de carácter proteccionista, y enmascara procesos de innovación propia (endógena), de creatividad, y resolución de problemas que se

materializan en el momento de la acción, sin dejar constancia escrita de la innovación generada por la enfermería. El silencio profesional tiene graves consecuencias sobre la innovación, y existe poca documentación sobre este aspecto.

Capítulo 2: Aspectos teóricos

Este capítulo se divide en cuatro apartados: contexto de la enfermería en Catalunya, aspectos relativos a la innovación, evolución histórica de la enfermería, y análisis socio antropológico de la profesión.

Por una parte, se ha estudiado la evolución de la enfermería a fin de comprender los actores y factores que la han configurado. Se estudia la realidad histórica de la la profesión mediante una aproximación antropológica, que permite comprender qué es la enfermería, y diferenciarla de lo que la enfermería misma cree que es, puesto que apenas existen rupturas substanciales que permitan analizar, valorar y pensar la profesión.

Mediante la revisión de la literatura se relacionan conceptos clave de diversas teorías, como la teoría de la marginación, de la sociología crítica, de la desviación, así como categorías de género, de propiedad, parentesco o economía.

Resulta útil para la comprensión analizar las posibles barreras desde una perspectiva cultural y socio antropológica, buscando conceptos que justifiquen o expliquen los motivos de las posibles barreras. Para ello, resulta útil comprender los estereotipos de género y las relaciones de sumisión, la conexión entre lo público y lo privado, desde la sombra de lo político en el modelo familiar y doméstico, y desde ciertas formas de jerarquía en la relación médico/enfermera.

Durante las décadas de 1980 y 1990, a pesar de los cambios y mejoras existentes por la incorporación de nuevos programas, jornadas y cursos de formación, la percepción de que algo ocurría en enfermería permitía pensar que esta profesión seguía bajo la presión de influencias pasadas, pero sobre todo, se percibía que las tareas en funciones propias estaban bajo la influencia del modelo doméstico⁶. Es decir: reunir y ejecutar muchas tareas como si

⁶ Lo doméstico es un término que se utiliza a veces de forma peyorativa. Familia y hogar son términos relacionados comúnmente con lo doméstico, y no debería entenderse siempre así: la familia es independiente de estos dos conceptos, porque ya es, por sí misma, una institución que evoluciona a través de los

constituyeran una sola, un trabajo en círculo de salida compleja, ya sea desde el propio círculo o sobresaliendo de él⁷, originando una sensación de ajenidad y desconocimiento de la dinámica profesional, una ausencia de versatilidad, de libertad de criterios profesionales que no entraban en los procesos de aquella innovación exógena.

Esto cambió la mirada profesional en un punto estratégico: de la mirada privada a la mirada pública, desde el interior del hogar hasta la arena social, sanitaria y política (Enrique Gil Calvo (1991; 91)). Se pudo observar que la ambigüedad ha invadido durante mucho tiempo el espacio de la enfermería, pero cuando se entra en ella (en enfermería), se descubre que el deseo de quien la constituye (la enfermera) desvela el interés de encontrarse consigo misma, con su profesión. No ser ajena a ella, a sus normas, a sus leyes, ni a sus costumbres. La enfermería sólo puede pensarse construyendo su propio espacio, un espacio con pensamiento propio que exprese su propia realidad⁸.

Situados en el siglo XXI, el origen de los cuidados va dejando de iluminar el presente. Se pudo constatar que, conocida la historia, y superando barreras, la idea de pensar en otros términos, en otro lenguaje, podría hacerse realidad en esta tesis doctoral, desde una visión panorámica de la enfermería, y su relación con los mecanismos de la innovación, de forma que permita articular la relación

tiempos. No así el hogar, que se relaciona más de cerca con entorno doméstico y son aliados incondicionales de la institución familiar.

⁷ La teoría del techo de cristal: se denomina así a una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que nos impide seguir avanzando laboralmente. Su carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que, por su invisibilidad, son difíciles de detectar. http://www.stecyl.es/mujer/techo_cristal (7 julio 2009).

⁸ Esta autoconstitución en el espacio de pensamiento desencadena una alteración sin precedentes en la disyunción, una situación del pensamiento frente a la realidad, más que un estricto momento histórico. Está caracterizado por la emergencia de un nuevo deseo: el del pensamiento de la mujer que busca una identidad propia. Lorite Mena (1987; 11).

de ésta con la enfermería, desde el proceso de innovar, diferenciado en idea, oportunidad, acción y difusión, y su aplicabilidad a la mejora de la salud. Asimismo, se contempla la apertura a otras disciplinas sanitarias y no sanitarias que permitan desarrollar sus cualidades profesionales, comprometerse y proyectarse en todos los estratos de la vida sanitaria, cultural y social.

Santos Heredero (2004; 8) expone como uno de los activadores de la innovación: "el afán de dar respuestas a las inquietudes que se van planteando en sus múltiples áreas"⁹. Marriner (2009; 69 y 288) describe el proceso creativo: Para mejorar los resultados, la cuestión clave es comprender los vínculos existentes entre los agentes involucrados. De ésta forma, los componentes de un equipo que comparte objetivo producen, distribuyen y aplican varios tipos de conocimientos. López Izuel (2005; 32) indica que se ha incrementado el número de enfermeras que ha optado por estudiar otras carreras de titulación superior, como Antropología, Sociología, Pedagogía, etc., y que están en disposición de liderar proyectos de investigación (López Izuel (2005;32)) hibridando, de esta forma, los conocimientos. Sólo falta pues, un marco para la acción y un proceso de evaluación.

⁹Santos Heredero, Francisco Xavier Rodríguez Arias, Carlos A. Rodríguez Ballesteros, Rosario (2004). Metodología básica de investigación en enfermería. Díaz de Santos, Barcelona.

2.1. Contexto de la enfermería en Catalunya

Con el objeto de visualizar un panorama general de la enfermería en Catalunya, se expone un contexto general, sanitario, organizativo y legal.

Cartera de servicios de enfermería

Aunque no existe en la actualidad una cartera de servicios estandarizada en Catalunya, se agrupa en las siguientes actividades:

- Actividades preventivas y de promoción de la salud
- Atención a las personas con enfermedades agudas y crónicas
- Atención hospitalaria
- Atención domiciliaria
- Actividad comunitaria
- Educación sanitaria

La mayoría de estudios sobre organización de enfermería suponen el requisito de comprender el concepto de bienestar social¹⁰. Los objetivos de enfermería conllevan una idea o meta: el servicio a la población, transformado éste en acciones que procuren o preserven la salud¹¹.

Un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, lo cual hace que pueda contribuir con su trabajo, de acuerdo con sus habilidades, al bienestar individual y colectivo. La atención primaria vincula directamente a la salud con el desarrollo social y económico¹².

Documentación relevante:

- Cartera de Serveis d'Infermeria (Cap Larrard)
 - http://www.caplarrard.net/1_carteres.html (3 mayo 2009)
- Programa de Salut i Escola. Guia d'implantació

¹⁰ Administración de servicios de enfermería, EU enfermería, UV.

http://salpub.uv.es/admon/programa/8169-AdmServInf_cast.pdf (3 junio 2009)

¹¹ Fundamentos de enfermería. M^a del Carmen Ledesma. Ed Limusa. Mexico, (2004).

¹² Preparación de los profesionales de la atención de salud para el sXXI. OMS, (2005).

- o <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2060/salutescola.pdf> (3 mayo 2009)

Modelos, teorías y métodos de trabajo

Principales corrientes, teorías y modelos conceptuales de enfermería que reflejan una identidad profesional propia mediante descripción de sus objetivos, atribuciones, tareas y competencias:

- Virginia Henderson: restablecer la autonomía y conservarla mediante una lista de 14 necesidades asistenciales.
- Callista Roy: Estimular la adaptación de la persona a través de cada uno de los modos de adaptación: su estímulo como ser psicosocial, reacción a los estímulos, y adaptación a las situaciones de salud y enfermedad.
- Dorotea Orem: Asistir, ejecutar el *self-care* (autocuidado) tanto universal como asociado a la evolución a lo largo de la vida de la persona. Asistir a las desviaciones de la salud, y guiar el restablecimiento en situaciones de pérdida de autonomía.
- Dorothy E. Johnson: Mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad en el sistema de comportamientos. La enfermería actúa como interventor y regulador de los mecanismos del paciente, facilitando las funciones posibles para restaurar la autonomía. Modelo de sistema de conducta, equilibrio del sistema de conducta y una estabilidad dinámica.
- Hildegard Peplau : Interrelación enfermera paciente
- Martha Rogers: Interrelación persona /entorno
- Lise Riopelle: Modelo de tendencia más autónoma para la enfermería. Líneas de independencia con los otros profesionales de la salud. Cambio de mentalidad profesional y cambio de paradigma con amplitud de miras y analizando los procesos para aplicarlo en el futuro poco a poco. Formación de profesionales como agentes de cambio para la aplicación autónoma de los modelos pertinentes que cada país adopte. Concepto *glocal* (=global + local) de la salud.

En Catalunya, en el proyecto de formación para la implantación de un modelo de cuidados se ha utilizado un documento realizado por la Escuela Universitaria de Santa Madrona, conjuntamente con El Instituto Catalán de la Salud (ICS). Es un modelo de formación con el análisis de los puntos fuertes que impulsaron a

favorecer el desarrollo del proyecto de implantación del modelo de cuidados basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El trabajo es un proyecto ambicioso que diseña, recoge, implica y sensibiliza a los profesionales de enfermería a formalizar un modelo de cuidados desde una estructura jerárquica de los conocimientos, de la disciplina de enfermería, corrientes de pensamiento, categorización, integración y transformación al modelo conceptual de Virginia Henderson.

El modelo Henderson, que se sigue en Catalunya, es aplicable a cualquier medio: domicilio, hospital, escuela o industria. Vehiculiza la enfermería hacia un objetivo común. El principio de derivar el cuidado de las necesidades humanas puede servir de orientación tanto en el fomento de la salud como en la prestación de servicios de atención a pacientes. Se trata, pues, de enfermería preventiva, cuidadora y asistencial.

Modelo Henderson

Análisis de los elementos básicos integrantes de los cuidados básicos de enfermería, fundados en la definición de la función propia de la enfermera:

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 su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más pronto posible.

En otras palabras la enfermera ayuda al paciente a

- Dormir y descansar
- Practicar su religión
- Respirar normalmente
- Eliminar por todas las vías
- Comer y beber adecuadamente
- Moverse y mantener la debida postura
- Jugar o participar en diversas formas de recreo
- Trabajar en algo que dé la sensación de utilidad

- Seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse
- Evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales por medio de ropas adecuadas y la modificación de las temperaturas ambiente
- Mantenerse limpio y aseado y proteger la piel
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones
- Aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud

La edad, el temperamento, la situación social y cultural y la capacidad física e intelectual de la persona influyen en la determinación de ayuda propia de cada caso; también influyen los estados patológicos o síndromes tales como conmociones, fiebre, infecciones, deshidratación o depresión.

La preparación de un plan por escrito contribuye en la unidad y continuidad de los cuidados; sin embargo el plan debe ser modificado, cada hora, día o semana según exija el cambio del estado del paciente. En el caso de enfermedades graves, o necesidades urgentes, estas necesidades pueden cambiar tan rápidamente que no sea posible cristalizar un régimen en un plan por escrito sino que la actuación es prioritaria. Este plan de cuidados y la aplicación corresponde a la enfermería siempre y cuando este dentro de las normas terapéuticas.

En la mayoría de los casos un plan de esta naturaleza incluirá también los medicamentos u otro sistema prescrito por el médico y el horario de administración del mismo, puesto que, normalmente, la enfermera es la coordinadora del plan de enfermería y terapéutico y la que más ayuda al paciente en la aplicación del tratamiento que el médico señale. No se trata, en el presente trabajo, de fijar ninguna norma acerca de las horas diarias de cuidados de enfermería que necesite el paciente, ni de diferenciar las funciones del personal más competente y las del que no está tan preparado. No obstante se tiene en cuenta que la determinación de las necesidades del paciente exige, entre otras cosas, sensibilidad, conocimientos y buen criterio, y que la adaptación de los procesos de enfermería, incluso los más sencillos, a las necesidades particulares de la persona, requieren con frecuencia una competencia considerable. Asimismo, se pone de relieve que la enfermera

debidamente preparada, tiene oportunidad, mientras presta sus servicios básicos, de escuchar al paciente, de conocer su idiosincrasia y la de sus familiares, de determinar sus necesidades y de ganarse la confianza que tan esencial es para la mayor eficacia de los cuidados de enfermería.

Para María de Jesús García González, el modelo Henderson permite orientar la conducta del profesional de enfermería ayudándole a ser mas positivo en el servicio a los enfermos y familiares. Según la autora, éste modelo presenta una característica de integralidad, ya que percibe al paciente como un ser bio-psico-social que brinda una atención personalizada, y por tanto, mejor¹³.

Los diagnósticos de enfermería

La incorporación y revisión de diagnósticos enfermeros ha sido evidente y continua, desarrollando una terminología accesible a la enfermería para proporcionar cuidado a las personas, familias, grupos y comunidades. Estos diagnósticos son la base para la selección de resultados e intervenciones de enfermería. La Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para la práctica enfermera se ha ido ampliando mediante la Alianza NNN de la NANDA International, la Nursing Interventions Classification, que contempla las intervenciones (NIC) y la Nursing Outcomes Classifications (NOC) que contempla el plan de actuación de los objetivos a cumplir. Todos los diagnósticos revisados y nuevos tienen un número de evidencia (NDE: nivel de evidencia) para informar a todos los usuarios de las evidencias que los apoyan, dado que los diagnósticos están basados en la evidencia.

Esta herramienta de trabajo es útil para el uso correcto del concepto, el lenguaje y la comunicación. Los registros de trabajo cuentan, en la actualidad, con el soporte informático con una hoja de valoración de enfermería en medicina general y otra de enfermería pediátrica. El lenguaje y la terminología están apoyadas por una organización y se puede solicitar la participación en la aplicación en las situaciones clínicas con el modelo bifocal, que identifica las dos situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras, desde el rol autónomo

¹³ El proceso de enfermería y el modelo Virginia Henderson. María de Jesús García González. Ed progreso, SA de CV. México, (2002).

o desde la colaboración con otras disciplinas, teoría y práctica de gran interés para la profesión enfermera, según Teresa Luis Rodrigo¹⁴.

El diagnóstico enfermero es una técnica diagnóstica establecida y reconocida internacionalmente (2005/2006) como NANDA¹⁵ expuesta en 1973, y desarrollada a principios de 1970 en el Saint Louis University Hospital (EEUU). El área de diagnóstico y tratamiento realizó la informatización de las historias clínicas, basándose en diagnósticos clínicos para la creación de una base de datos. El sistema no contemplaba el trabajo enfermero, dado que no cumplía todavía los requisitos necesarios para su introducción. Dos profesores de la Escuela Kristine Gebbie organizaron una conferencia para la clasificación de los diagnósticos y su posterior inclusión en los registros correspondientes, haciéndose realidad en 1982.

Existen 514 intervenciones y 1.200 actividades en 7 campos:

- Familia
- Seguridad
- Conductual
- Comunidad
- Sistema Sanitario
- Fisiológico básico
- Fisiológico complejo

En el área de los cuidados, durante diversas conferencias y reuniones, se contó con la participación de eruditas de enfermería, presididas por Sor Callista Roy, creándose los patrones de la persona relacionados con su entorno, los patrones unitarios como marco organizativo, y en un nuevo trabajo se definieron los patrones de respuesta humana (PRH) que se ha mantenido hasta nuestros días, que son:

- Valores,
- Relaciones,
- Intercambio,
- Comunicación,

¹⁴ Teresa Luis Rodrigo. (2004; 15)

¹⁵ <http://www.nanda.org>

- Conocimiento, y
- Sentimientos.

Estos patrones se utilizan como elementos organizativos para la taxonomía. Actualmente los diagnósticos enfermeros, su terminología y su uso ya son una realidad apoyada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)

El diagnóstico enfermero estandarizado¹⁶ responde a los problemas más habituales del entorno de la Atención hospitalaria, la Atención Primaria y la Atención Domiciliaria, y tiene como objetivo la planificación de actividades dirigidas a prevenir la enfermedad y a promocionar la salud, aportando un trabajo útil al proceso de atención basado en las 14 necesidades expuestas por Virginia Henderson. El diagnóstico es tratado de la siguiente manera:

- Identificación de problemas.
- Registro y consulta de información en los programas informáticos
- Planificación del trabajo y evaluación de resultados.

El diagnóstico enfermero, inscrito en un rol independiente de la práctica profesional, se basa en las actuaciones profesionales en que no hay relación interdisciplinar con el médico, y que se desarrollan en gran parte dentro de la enfermería comunitaria

Proceso de atención en enfermería (PAE)

El proceso de atención en enfermería (PAE) es una forma dinámica y sistematizada de ofrecer cuidados enfermeros humanísticos centrados en conseguir los objetivos, a partir de su relación con las 14 necesidades del modelo Henderson y los diagnósticos NANDA, actualmente establecidos en enfermería.

En esta metodología se contemplan el rol autónomo y el rol colaborador, y consta de cinco etapas dinámicas:

- Valoración: Recogida de datos (Modelo Henderson). En esta etapa se define si se sigue el rol colaborador (interprofesional) o autónomo.

¹⁶ http://www.tinet.cat/~codita/ficheros/oposicions_abs/tema_20.doc (7 1 2005)

- Diagnóstico e identificación de problemas. En base al NANDA y al rol determinado anteriormente, según la posibilidad de un diagnóstico de riesgo patológico o la aparición de complicaciones, se solicita la intervención del médico, y la enfermera entra en el rol colaborador.
- Planificación: Establecer los objetivos, acordes al NOC (Nursing Outcomes Classifications)
- Ejecución: Proceso de actividades a seguir, pautadas según el registro de intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification)
- Evaluación: Revisión de la consecución de objetivos y reactuación si procede.

El modelo define los cuidados y el proceso los organiza.

Para Marion Johnson (2006; 166), los resultados de los pacientes son el criterio más deseable para evaluar la efectividad de la innovación, vinculando el compromiso del paciente con su autocuidado y la contribución al desarrollo del conocimiento enfermero mediante la taxonomía NOC y el lenguaje compartido.

Enfermería familiar y comunitaria

Es una práctica de enfermería en la salud pública, aplicada a promover y preservar la salud de la población, la educación sanitaria y la coordinación y continuación del cuidado. Se realiza un enfoque integral hacia la familia, el grupo y la comunidad. Las funciones y tareas de la enfermera comunitaria son básicamente las actividades preventivas y de promoción de la salud en sus vertientes práctica y educativa.

En muchos aspectos, si la educación sanitaria es persuasiva y comunicativa, y el trabajo está bien realizado, se motiva a la persona afectada por problemas de salud a modificar conductas que se podrán relacionar con valores positivos que afectarán tanto al paciente como al equipo sanitario que lo atiende.

García Martín-Caro y Fernández Martín indican que “para que los cuidados se presten con esta profesionalidad, las enfermeras deben entender al hombre de forma integral, tener bien clarificadas las acciones y metas, utilizar una metodología de trabajo y basar las acciones en principios científicos” (2007; 203).

Ayuso Murillo y Grande Sellera añaden, además, la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial de la mejora de la salud individual y comunitaria, y el control y la mejora de la asistencia sanitaria en todos sus niveles (2007; 33-34).

En resumen:

- Valorar situaciones
- Aconsejar y educar en la salud
- Realizar las campañas de vacunación
- Buscar población diana y necesidades de la misma
- Atención a las personas con enfermedades crónicas
- Asistencial, docente, investigadora y administradora.

Con estas funciones, la enfermera aconseja, promueve, coordina y educa a toda persona o grupo que lo solicite o necesite de esta atención.

En la enfermería comunitaria se reconocen 7 dimensiones competenciales donde desarrollar sus aptitudes y actitudes, tanto éticas como legales a partir de sus propios recursos:

- Concepción propia de un sistema de valores de la enfermería,
- Gestión del conocimiento enfermero,
- Interrelación y comunicación con las personas,
- Habilidades técnicas y terapéuticas,
- Gestión de recursos y alianzas,
- Trabajo en equipo y docencia.
- Defensa del reparto de poderes en el trabajo en equipo.

Todos estos métodos han de ser fundamentados en estándares que avalen a las personas, que les permitan su desarrollo y que se realicen en situaciones reales de trabajo, entre otras cosas.

El equipo interprofesional

El equipo médico/enfermera realiza un actividad organizada con un objetivo común de integración de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, que guía el trabajo de cada uno de los integrantes y reconoce sus propias funciones. El equipo realiza los siguientes servicios e intervenciones profesionales:

- Evaluación
- Investigación
- Atención urgente
- Atención domiciliaria
- Gestión y administración
- Actividades comunitarias
- Atención al paciente crónico
- Docencia / educación socio sanitaria
- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Transmitir la salud proactivamente: Educar a la sociedad en la salud.

Respecto al trabajo en equipo, la principal diferencia entre el modelo anterior y el reformado es que, en el tradicional, la enfermera era la ayudante del médico, y en el reformado es un miembro del equipo con funciones y espacios propios. Ésto permite otro tipo de relaciones, aparte de las interprofesionales médico/enfermera): las interdisciplinarias (relación con otras disciplinas sanitarias (psicólogos, psiquiatras, ginecólogos, auxiliares, etc.) y las multidisciplinarias relación con profesiones no sanitarias (antropología, sociología, economía, derecho, ingeniería...). Esta nueva autonomía de conocimiento de la profesión de enfermería la hace más versátil. Implica mejorar su capacidad, estimula la formación, el intercambio de información y conocimiento, para proceder de forma profesional y autónoma ante las situaciones cambiantes de la comunidad a la cual atiende.

Ventajas:

- Optimiza recursos
- Mejora las soluciones
- Estimula al aprendizaje
- Incrementa las competencias
- Equipo más cercano a la familia

Inconvenientes:

- Responsabilidades eludidas
- Problemas entre los roles profesionales
- Falta de disponibilidad ante necesidades de la población
- Falta de respuesta coordinada en los cambios de objetivos que dispone la organización administrativa y empresarial

La OMS recomienda, como competencias transversales en los equipos sanitarios, compartir las decisiones, negociar, solucionar los problemas de forma colectiva, establecer objetivos, poner las medidas en práctica, y aclarar las funciones y responsabilidades. En resumen, establecer una colaboración eficaz mediante el fomento de la cooperación.

Relación con la medicina

En esta profesión, los tres modelos de asistencia, tanto el autónomo, como el colaborador, como el interdependiente tienen su valor profesional, y hay pocas razones para obviar que el médico puede y debe ser un buen aliado de la enfermera, ya que los conocimientos clínicos de la medicina enriquecen los conocimientos propios de la enfermería. Curar y cuidar son valores equiparables a cualquier otra disciplina, y los valores profesionales médicos también se pueden equiparar con los valores profesionales de la enfermería siempre y cuando no se traten con inferioridad. Este sería uno de los principios fundamentales del trabajo en equipo.

Varios estudios tratan sobre la relación de la enfermería y la medicina. Tal vez el más claro es el de José Luis Medina (2005): "La noción de subordinación se manifiesta, en sí misma, en la actitud de deferencia hacia el médico. Es la aceptación de su superior autoridad. No hay relación de igual a igual entre la enfermería y la medicina. En el equipo multidisciplinar el asistente social no está acomplejado, el psicólogo no está acomplejado... en cambio la enfermera sí, con respecto al grupo." (2005; 133)

Relación con la organización

La relación de la enfermería con las jerarquías y la coordinación de los centros es un tema a estudiar. Sin embargo se podría afirmar que existe una relación distinta, más estrecha, entre enfermeras asistenciales, entre las propias adjuntas y coordinadoras de centros y otros estamentos. Este tipo de relaciones se podría explicar por la posible inexistencia de una coordinación o relación entre los diferentes niveles que existen en esta profesión. Por esta causa se insiste en categorizar en las etiquetas establecidas en la profesión de enfermería sobre el rol autónomo y el rol colaborador para adoptar una posición y una corriente de pensamiento delante de valores cada vez más reducidos que se diluyen o se pierden entre los nuevos planes organizativos

Marriner, en su estudio sobre la inmersión de la enfermería en la organización, señala como uno de los principales frenos a la innovación el estancamiento debido al exceso de control: "La delegación de funciones y responsabilidades es un asunto especialmente difícil para los directivos y gestores. (...) El principio de amplitud del control adquiere gran importancia. (...) El estancamiento cultural se produce cuando los miembros de la organización no se adaptan, y siguen funcionando dejándose guiar por los hábitos adquiridos en el pasado, a pesar de que se dan cuenta de que no pueden tener éxito actuando de esta forma." (2009; 167)

Rol autónomo y rol colaborador

En las reuniones cotidianas de enfermería se definen las metas, los objetivos, y los propios problemas organizativos, que se expresan a través de las diferentes opiniones. Sin embargo, el aislamiento personal en el ámbito de la enfermería es un hecho en la estructura organizativa que crea extensiones de personalidades individuales o psicologías personales muy frecuentes en el ámbito profesional.

En este punto tiene gran importancia comprender el significado de conceptos ya implícitos en el área profesional como el rol autónomo y rol colaborador, diferenciando el autónomo como el que se realiza sin la intervención de otro profesional, incluidas las enfermeras, y el colaborador, que se realiza de forma interprofesional con el médico, interdisciplinar con otros profesionales sanitarios y multidisciplinar con el resto de disciplinas no sanitarias. Respecto al rol colaborador, las conclusiones de Marriner son que las personas que hacen una

misma tarea se sienten identificadas entre sí y acaban compartiendo creencias, normas y valores (2009; 33).

De estas formas de actuación, algunas surgen en el entorno de la consulta de enfermería, y otras se relacionan con las actividades profesionales que dan respuesta a las demandas sociales y comunitarias, competencias específicas, formación y toma de decisiones. Pero, sobretodo, permite sugerir que con colaboración o autonomía existen espacios en que la enfermera se posiciona como autoridad profesional.

La consulta de enfermería (clínica, post clínica y domiciliaria)

En la consulta de enfermería, el paciente crónico, o con posibilidades de serlo, es atendido, la mayoría de veces como resultado de la derivación médica, desde el momento en que los criterios clínicos y diagnósticos sugieran un seguimiento de la enfermedad. En esta consulta se utilizan las técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como se ocupa parte del tiempo en el trabajo en equipo con el facultativo correspondiente

Las formas más usuales son las que presentan patologías importantes por la disfunción en órganos funcionales, en general, a partir de enfermedades conocidas, como diabetes, hipertensión arterial, dislipemias y obesidad.

La cronicidad como parte asistencial de la consulta de enfermería

La Asistencia Primaria a la salud es el reducto más cercano al enfermo crónico, al estar la enfermedad fuera del entorno hospitalario, pero generalmente en buena relación con este nivel asistencial, porque un objetivo prioritario del equipo de asistencia primaria es la reducción de las necesidades de hospitalización.

La cronicidad o enfermedad crónica suele tener dos aspectos fundamentales: la afectación orgánica y la variación de la realidad social de la persona afectada. Aunque las manifestaciones somáticas se expresen de forma individual y subjetiva, la actitud del cuidador, en este caso la enfermera, condiciona la forma de acogida del enfermo crónico y la dinámica a que el usuario accede.

La cronicidad tiene un peso específico muy importante en la consulta asistencial. Su éxito se basa en ser una profesión claramente orientada a las necesidades del

paciente que actúa de forma rigurosa y sistemática. Sus competencias encajan con la atención del perfil del paciente hegemónico en atención primaria: enfermo crónico que precisa cuidados más que diagnósticos brillantes, y personas sanas que requieren un seguimiento periódico y mucha educación para la salud.

Por cada enfermo más que crece la ratio de pacientes quirúrgicos por enfermera aumenta en un 7% la mortalidad y un 23% el *burn out* de las enfermeras. Desconocemos el impacto sobre la salud de reducir el número de enfermeras de atención primaria, pero empezamos a identificar muy bien las consecuencias positivas de su acción. Según un metanálisis de los datos efectuado por Marriner, en la cronicidad geriátrica, por ejemplo, disminuye la mortalidad, aumenta la independencia, disminuyen los ingresos, etc.

La cronicidad geriátrica y la consulta a domicilio

La cronicidad geriátrica, que afecta a la vida en la vejez, es otra realidad de la enfermería que revela la importancia de la atención en la propia consulta aunque en la mayoría de los casos se atiende en el domicilio por la posibilidad de mejora que proporciona la actuación profesional.

El seguimiento de la cronicidad geriátrica, consecuencia del envejecimiento del cuerpo humano, se realiza en el contexto de la Atención Primaria a domicilio, con la colaboración de los Equipos de Atención Domiciliaria (ATDOM), constituidos por un médico, una enfermera y una asistente social

El grado de complejidad y responsabilidad que suele tener la profesión enfermera en la atención domiciliaria aumenta cuando aparece el problema de la claudicación del cuidador principal (suele ser un familiar cercano) del enfermo crónico geriátrico.

Se considera claudicación la imposibilidad de la cuidadora principal (en inmensa mayoría mujeres) para continuar cuidando a la persona afectada en el domicilio, excluyendo explícitamente las situaciones de estrés, sobrecarga, dificultades particulares, cansancio o agotamiento. Esto produce una sobreexplotación del cuidador principal, que se resuelve cuando el motivo de la claudicación es evidente, pasando el problema al equipo domiciliario para su resolución.

Tipologías de visita en la consulta de enfermería

- Espontánea: Visita que se realiza a demanda del usuario sin horario previo y dentro del horario laboral de la enfermera de referencia.
- Programada: visita previamente concertada, que normalmente requiere un tiempo superior al de la visita espontánea.
- Urgente: visita solicitada por el usuario fuera del horario asistencial de su enfermera de referencia. Es asistido por una enfermera de guardia.
- Post clínica: tipo de actuación que consiste en la aplicación de la técnica (ya sea tratamiento, cura o técnica diagnóstica por indicación médica).
- Domiciliaria: visita realizada en el domicilio que puede ser programada, espontánea, urgente o post clínica. Todas ellas siguen los criterios descritos en las características anteriores.

En todas las visitas deben realizarse las siguientes tareas:

- Comprobar los referentes de la visita, es decir, comprobar si ésta forma parte del protocolo correspondiente al programa asistencial establecido.
- Comprobar si es competencia profesional, interprofesional o interdisciplinaria.

Tipos de paciente en la consulta de enfermería

- Frecuentador
- Desinformado
- Dependiente
- Exigente
- Experto¹⁷

El paciente experto es un usuario muy valorado en la atención primaria por su implicación en la educación sanitaria, dado que es una persona consciente de su estado de salud.

Documentación relacionada:

- Programa Patient Expert (Catalunya)

¹⁷ Usuario experto, responsable de su salud, participativo y dinámico.

- http://www.gencat.net:8000/oics/owa/p52.consulta?v_cont=902
- Expert Patients Programme (Regne Unit)
 - <http://www.expertpatients.co.uk/>
- Programa Paciente Experto (España)
 - <http://www.pacienteexperto.org/>

Técnicas más habituales de enfermería

Técnicas diagnósticas

- Sondajes
- Electrocardiograma
- Test y valoraciones
- Toma de constantes
- Extracciones sanguíneas

Técnicas terapéuticas

- Inmovilizaciones
- Suturas cutáneas, drenajes y curas
- Aplicación del tratamiento por vía parenteral, enteral y tópica

Documentos HC (historia clínica)

La historia clínica informatizada (HC) actualmente contiene todos los sistemas técnicos con escalas de valoraciones y evaluaciones pertinentes sobre el seguimiento del usuario. Constituye un sistema de información y de comunicación entre todos los miembros del equipo sanitario de la situación clínica o patológica de la persona atendida:

- Inventario de datos
- Lista de problemas biológicos
- Plan de trabajo
- Seguimiento y evolución
- Historia clínica médica
- Historia clínica de enfermería

Resumen de la evolución histórica de la enfermería

El contexto religioso católico: la religiosa sanitaria a través de la Iglesia como forma simbólica y religiosa, proyectando los cuidados desde un punto de vista cristiano.

El contexto secularizante: traspasos de poderes de la Iglesia al Estado. Se crea la figura de la enfermera tal como la conocemos en la actualidad.

La primera intervención del Estado con la implantación de un modelo más técnico con la titulación legal de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Esta categoría se inicia en el siglo XX y se extiende hasta la década de 1960.

La segunda intervención del Estado: La profesionalización con la ampliación de estudios de grado medio universitario Diplomado Universitario de Enfermería (DUI).

Las dos categorías se utilizan paralelamente, incluso ya realizada la reforma sanitaria. La convalidación a una sola categoría se realiza paulatinamente.

Acreditación de la profesión de enfermería

La acreditación de un sistema, en este caso sanitario, viene dado por una evaluación externa y voluntaria, y otorga a la institución un certificado de cumplimiento, por un tiempo indefinido, siempre y cuando se cumplan los estándares propuestos.

La evaluación externa de los centros nació en el sector sanitario de EUA y se denominó acreditación. En España se produjo la primera experiencia europea cuando la Generalitat de Catalunya creó un programa de acreditación en 1981

La primera referencia legal sobre la formación de personal de enfermería aparece en los artículos 40 y 41 de la Ley de Instrucción Pública de 1857, en la que se mencionan los títulos de practicante y matrona o partera.

La segunda referencia legal se refiere a la creación de la titulación Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en el año 1957.

La tercera referencia aparece en el año 1970. La Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería en el que se perfila la enfermería como profesión.

Los objetivos y principios de gestión del ICS (Institut Català de la Salut) son desarrollar un Grupo Sanitario Público en Catalunya, a partir de los recursos iniciales propios, que ofrezca calidad en los servicios, satisfacción al cliente y desarrollo profesional y personal de sus trabajadores, todo ello constituido en un objetivo empresarial a partir de una cultura organizativa basada en dos aspectos fundamentales:

- El servicio al cliente
- La promoción interna.

Con estas características de una imagen de grupo moderno avanzado, los datos para la interpretación de la realidad en la profesión de enfermería se utilizan como un medio de autocontrol para la organización y la ubicación profesional en espacios como la asistencia primaria y hospitalaria, la tecnología, la especialidad, la docencia y la investigación.

La reforma sanitaria en Catalunya

En el año 1985 el decreto 84/85 del (DOGC) (c) en su nº 527, sobre la Reforma de la Asistencia Primaria de la Salud, delimita el modelo asistencial en las Áreas Básicas de Salud en unidades territoriales elementales para la prestación de atención sanitaria con acceso directo de la población, y con la integración de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras.

Este decreto, que en un principio establecía criterios que determinaban las plantillas orgánicas de los equipos de atención primaria, fue recogido en el año 1990 en la Ley 15/90, de 9 de Julio de ordenación sanitaria en Catalunya (LOSC) que separa la financiación de la provisión de servicios de salud. En la reorganización, de carácter empresarial, se crea la necesidad de definir la aportación específica al seno del equipo interprofesional interdisciplinar y multidisciplinar enfatizando los cargos de coordinador de equipo y el de adjunta de enfermería.

El programa organizativo se orienta por regiones sanitarias que se corresponden con las Áreas de Salud, las cuales se delimitan de acuerdo con factores geográficos, socioeconómicos y demográficos de Catalunya, teniendo en cuenta la ordenación territorial que establezca el Parlament.

Las Regiones Sanitarias se ordenan en Sectores Sanitarios, en los que se desarrollan las actividades desde las Áreas Básicas de Salud, unidades territoriales en que el equipo asistencial desarrolla la prevención, la promoción, la rehabilitación, y las especialidades médicas de apoyo y referencia de la misma, coordinadamente con el nivel de atención hospitalaria, todo ello de forma plenamente integrada y próxima al usuario¹⁸.

En su capítulo 3º, sección segunda, se describen, en el artículo 41, la naturaleza y las funciones en el Área Básica de Salud, así como la descripción del personal sanitario y no sanitario que coordinaran la atención integral a la persona y los recursos sociales necesarios.

No se distingue entre los Ayudantes Técnicos Sanitarios y los Diplomados en enfermería, siendo la profesión de enfermería constituida en una Unidad, juntamente con la Unidad Médica, y la Unidad de Admisiones y Atención al Usuario, teniendo la enfermería un responsable en el cargo de adjunta de enfermería.

Este modelo sanitario tiene como objetivos la universalización, la integración de servicios, y la racionalización mediante la eficacia y la eficiencia. Se complementa con el Instituto de Estudios de la Salud (IES) como organismo de apoyo a los Departamentos de la Generalitat y el Servicio Catalán de la Salud en materia de formación e investigación en ciencias de la salud.

¹⁸ Este texto, que corresponde a la ley de ordenación sanitaria de Catalunya 15/1990 de 9 de Julio, fue aprobada por el Pleno del Parlamento el día 14 de Junio de 1990 (BOPC nº, 187 de 6 de Julio de 1990) y publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya nº, 1. 324 (30 de Julio de 1990).

Documentos oficiales relacionados

El *llibre blanc*, editado por la Generalitat de Catalunya, propone, en su capítulo 8, las competencias profesionales que eviten el desajuste de la disponibilidad profesional. Como propuesta de futuro, se tienen en cuenta aportaciones de interés para la enfermería entre las que destacan:

- La falta de información y conocimientos
- La falta de liderazgo del propio colectivo
- El reconocimiento de la autonomía profesional
- La percepción de la inestabilidad en el mercado laboral
- La proyección profesional frente a las demandas sociales
- La capacidad de reconocer las nuevas necesidades de la población
- La consideración de los problemas de género por ser una profesión eminentemente femenina
- La capacidad de respuesta a los cambios en el modelo tradicional de familia

Entre las características que marcan las funciones de la enfermera están la asistencial, la técnica y la comunitaria

El *Consell Assessor d'Infermeria* Fue creado en 1997 como órgano consultivo del Servei Català de la Salut, ente público adscrito al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Sus objetivos son dar a conocer cuales tendrían que ser los principios fundamentales de la profesión y proponer estrategias para desarrollarlos en la práctica desde los siguientes principios:

- Profesión interactiva y dinámica en el entorno sanitario cultural y social
- Estrechamente ligada a los valores familiares, culturales, políticos y sociales
- Derechos y responsabilidades que deben ser respetados
- Compromiso con la sociedad en que convive de forma regular y dinámica
- Profesión que recorre la vida de la persona
- Los cuidados de enfermería se fundamentan en valores humanos y conocimientos científicos.

El Consell Assessor identifica unas líneas estratégicas como útil para facilitar la práctica profesional y se posiciona ante los nuevos retos que el sistema sanitario plantea.

De este modo, los sistemas organizativos se adecuan a los requerimientos asistenciales con el fin de permitir ejercer el liderazgo profesional en las áreas de competencia. En este punto, tiene gran importancia comprender el significado de conceptos ya implícitos en el área profesional como el rol autónomo o el rol colaborador.

A pesar de la constante falta de recursos en los presupuestos de sanidad para enfermería, se crearon iniciativas, y la enfermería participó en los programas organizativos que se desarrollaron en el entorno de la consulta propia de enfermería. Se fue configurando el equipo interprofesional médico/enfermera como unidad básica asistencial (UBA) para la persona, tanto en el centro de salud como en el entorno familiar. En este espacio asistencial, tanto dentro como fuera de la consulta de enfermería, no se descarta el trabajo técnico de la enfermería.

En este contexto cabe destacar la colaboración de enfermería y el Institut Català de la Salut (ICS) en los movimientos vanguardistas dentro del contexto de la Atención Primaria. Los nuevos modelos organizativos de este nivel asistencial son realizados y presentados por profesionales de enfermería.¹⁹

Documentación relevante:

- *Atenció d'infermeria a la persona amb patologia crònica*, Divisió d'atenció primària, Institut Català de la Salut
- *Serveis infermers a l'Atenció Primària*, Institut Català de la Salut, Servei d'Atenció Primària
- *Estàndards de Diagnòstics d'infermeria a l'Atenció Primària (NANDA)*, Institut Català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària
- *Competències de la professió d'infermeria*, Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, Comissió d'infermeria i les seves especialitats específiques

¹⁹ *L'institut Català de la Salut com avantguarda dels serveis infermers de l'Atenció Primària. ICS, Barcelona, 1998*

- Aula Atenció Primària: *L'atenció d'infermeria a l'atenció primària*, Institut Català de la Salut, Divisió d'atenció Primària
- *Màrqueting aplicat als serveis infermers de l'Atenció Primària*, Institut Català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària
- *La literatura de enfermería. El Projecte de formació per la implantació del model de cures*. Atenció domiciliària d'infermeria, Institut català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària. Es un documento realizado por la Escuela Universitaria de Santa Madrona conjuntamente con l'Institut Català de la Salut. Es un modelo de formación con el análisis de los puntos fuertes que impulsan y favorecen el desarrollo del proyecto de implantación del modelo de cuidado basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- *Los diagnósticos de enfermería*. Aportaciones de M. Teresa Luis (2004) de L.J.Carpenito (1985). Sugieren la aplicación del modelo bifocal en las situaciones clínicas, que identifica las dos situaciones en las que intervienen las enfermeras desde el rol autónomo y la colaboración con otras disciplinas.
- *La enfermería comunitaria*: Síntesis de una práctica de la enfermería y la salud pública, aplicada a promover y preservar la salud de la población continua y episódica. Pone de manifiesto los principios básicos que sirven como guía en la práctica profesional, puesto que la enfermería comunitaria se apoya en una base sólida integrando en su práctica conocimientos de salud pública (Caja, C., 2003;14)
- *La gestió de casos. Un model d'atenció a la complexitat i la dependència*. Aificc (Associació d'infermeria familiar i comunitària de Catalunya, gràfiques Conesa, Barcelona, 2008)

A finales de la década 2000 se aprueba el compromiso con las funciones en la dirección de enfermería²⁰.

²⁰ El Consell de la Professi3 Infermera aprova el document sobre el lideratge infermer en la funció directiva (Document del 2008, Punt 7):

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2641/doc22355.html> (7 jun 08)

http://www10.gencat.net/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=8165www10.gencat.net/organisme_fitxa.jsp?289 (19 septiembre 2009)

Aspectos legales

1957: creación de la titulación Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Carrera técnica que permite, desde el año 1963, actuar en los tres niveles asistenciales sanitarios establecidos por el SOE (seguro obligatorio de enfermedad). A esta titulación se añadieron especialidades como fisioterapeuta, radiología y laboratorio que posteriormente dejaron de ser especialidades de enfermería para ser especialidades independientes.

1970: la Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería en el que se perfila la enfermería como profesión, una ocupación que asume una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra, o debería lograr, el control sobre su propio trabajo.

Prevenir, reducir o alejar cualquier situación que se presente a toda persona incapacitada para realizar algo individualmente, siempre que afecte a la salud y solicite este servicio (Decreto 84.8 Artículo 71). Con esta titulación se contemplan las especialidades, estudios de post grado Master y Doctorado existentes.

Otros aspectos legales corresponden a la actuación y la participación de la enfermería en los equipos interprofesionales, interdisciplinares y multidisciplinares. El marco legal para la enfermería es confuso y ambiguo. Está poco definido en atribuciones, pero claramente delimitado en impedimentos. Esto provoca una sensación de inseguridad al riesgo en el colectivo, a falta de más claridad legislativa. Martín Caro y Martínez Marín indican que “en la medida que una profesión se contemple a nivel legislativo (...) su reconocimiento social será mas sólido”²¹.

En *Metodología básica de investigación en enfermería* (2004) se indica, por ejemplo, una limitación específicamente relacionada con la innovación: “La enfermera no podrá participar en investigaciones científicas o tratamientos experimentales en pacientes que estén a su cuidado si previamente no se hubiera obtenido de ellos o de sus familiares o responsables el correspondiente

²¹ García Martín-Caro, Catalina y Martínez Marín, María Luisa. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Elsevier SA. Madrid, (2007; 163).

consentimiento libre e informado²²ⁿ. Se comprende respecto al tratamiento, pero ¿respecto a cualquier investigación científica?

Cronología legislativa general

La primera referencia legal sobre la formación de personal de enfermería aparece en los artículos 40 y 41 de la Ley de Instrucción Pública de 1857, en la que se mencionan los títulos de practicante y matrona o partera.

Siglo XX:

- 1942: Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)
- 1957: Creación de la titulación Ayudante Técnico Sanitario (ATS)
- 1963: El SOE (seguro obligatorio de enfermedad) se transforma en seguridad social, y se establecen tres niveles de atención:
 - Primer nivel: Medicina general, pediatría, enfermería de zona en ambulatorios de la Seguridad Social; asimismo se ofrece la asistencia pública a domicilio.
 - Segundo Nivel: Especialistas en ambulatorios de la Seguridad Social, especialistas en consultas externas en hospitalarias
 - Tercer nivel: Hospitales
- 1970: la Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería, en el que se perfila la enfermería como profesión, una ocupación que asume una posición predominante en la división del trabajo sanitario, de tal modo que debería disponer del control sobre su propio trabajo o tarea. Sus objetivos: prevenir, reducir o alejar cualquier situación que se presente a toda persona incapacitada para realizar algo individualmente, siempre que afecte a la salud y además solicite este servicio (Decreto 84.8 Artículo 71)
- 1978: Se aprueba la Constitución española. Se establece la organización territorial del Estado en comunidades autónomas con competencias legislativas y ejecutivas en política sanitaria.
- 1978: Declaración *Alma Ata Salud para todos en el año 2000* (OMS).
- 1979: Se aprueba el Estatut de autonomía en Cataluña. Cataluña asume competencias exclusivas en materia de higiene, colegios profesionales y

²² Metodología básica de investigación enfermera. Santos Heredero, Francisco Xavier e.a. Díaz de Santos, Barcelona. (2004; 93).

ejercicio de las profesiones tituladas, así como competencias para desplegar la normativa básica en materia de salud.

- 1981: Se inicia el proceso de transferencia de competencias. Inicialmente, los recursos públicos son insuficientes y territorialmente desequilibrados.
- 1981-1983: Se despliega el Mapa sanitario, con el objetivo de usar eficientemente los recursos disponibles.
- 1983: Se crea el Institut Català de la Salut (ICS), para la gestión de las prestaciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social.
- 1985: El decreto 84/85 del (DOGC) (c) en su nº 527 trata sobre la Reforma de la Asistencia Primaria de la Salud. El modelo asistencial delimita las Áreas Básicas de Salud en unidades territoriales elementales para la prestación de atención sanitaria con acceso directo de la población, y con la integración de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, ejecutadas mediante trabajo en equipo que tiene como unidad básica la díada médico/enfermera.
- 1985: Se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública en Cataluña (XHUP) y se inicia la reforma de la atención primaria.
- 1986: Se aprueba la Ley general de sanidad, que dispone la universalización de la asistencia y el establecimiento de servicios de salud en las comunidades autónomas.
- 1990: Se aprueba el decreto 15/90, de 9 de Julio de 1990. La Ley de Ordenación Sanitaria en Cataluña (LOSC) consolida el sistema sanitario mixto y diferencia entre financiación y provisión de servicios. Este decreto establece los criterios que determinan las plantillas orgánicas de los equipos de atención primaria. En la reorganización, de carácter empresarial, se crea la necesidad de definir la aportación específica al seno del equipo multidisciplinar, enfatizando los cargos de coordinador de equipo y el cargo de adjunta de enfermería
- 1990: Se crea el Servei Català de la Salut.
- 1991: Se aprueba la ley de ordenación farmacéutica en Cataluña.
- 1995: Se modifica la ley de ordenación sanitaria de Cataluña, que regula la creación de entidades de base asociativa por parte de los profesionales
- 1997: Se amplía la Red Hospitalaria de utilización pública de Cataluña. (XHUP) y se hace realidad la reforma de la atención primaria
- 1997: Se crea el Consell Assessor d'Infermeria como órgano consultivo del Servei Català de la Salut, adscrito al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Los objetivos son: dar a

conocer los principios fundamentales de la profesión y proponer estrategias para desarrollarlos en las prácticas diarias.

- 1998: Desarrollo y ampliación de la Reforma en la Atención Primaria en Cataluña:
 - Previsión de reforma de 343 centros de salud (ambulatorios)
 - Existen 239 reformados (69,7%), con un porcentaje de población atendida del 67,3.
 - Diferencias entre el modelo tradicional y el modelo reformado referentes a la enfermería: se asigna un número de habitantes por profesional y se pasa de ser ayudante del médico a formar parte de un equipo con un espacio laboral propio.
- 1999: Se crean las redes de centros, servicios y establecimientos socio sanitarios y de salud mental de utilización pública en Cataluña.
- 1999: Plan Bolonia: Establecimiento del nuevo espacio universitario europeo.
- 2000: Reestructuración del Departament de Sanitat i Seguretat Social (responsable de establecer el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud) y el Cat Salut (asegura y garantiza a los ciudadanos las prestaciones del sistema sanitario público).
- 2001: Ley orgánica 6/2001 (estudios universitarios). Mejoras en el sistema de cuidados 104/3; Nosología 285/4; Estudios de postgrado 55/5; Doctorado 56/5.
- 2003: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 44/2003). Concretamente, en el artículo 33.1 se insiste en la importancia de la formación a lo largo de la vida profesional y de la formación continua; en el artículo 92/3 especifica sobre la delegación en las profesiones sanitarias.
- 2006: Ley del medicamento 29/2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Está hecha para médicos y odontólogos. En su disposición adicional 12, artículo 3 se indica que existiría intrusismo profesional en caso de prescripción por enfermería.
- 2007: Ley de prescripción de enfermería. Prescripción de medicamentos por la enfermería que no estén sometidos a prescripción médica y a productos sanitarios.
- 2008: Se establece la dirección por objetivos (DPO), como instrumento de incentivación y reconocimiento a los profesionales que trabajen mejor a través del complemento de retribución variable (CRV). Son dos conceptos diferentes pero complementarios. En su desarrollo teórico y su

aplicación pueden converger los intereses de los gestores y los profesionales.

2.2. Innovación

Innovación y modernización se han convertido en sinónimos funcionales en el discurso de la nueva economía. Ser innovador, sea lo que signifique, aparece como el requisito imprescindible para competir, crecer y, tal vez lo más importante, para sintonizar con el nuevo “espíritu del capitalismo”, que se proclama creativo, lúdico, horizontal, interactivo, y orientado a las personas. El riesgo, como se ve a diario en muchas empresas e instituciones, es que la innovación se convierta en una forma de traducir en lenguaje *cool* (‘guay’) la precariedad laboral, el fetichismo tecnológico, el culto a la juventud y la priorización de modelos de negocio tipo *hit-and-go* (‘toma el dinero y corre’).

Para ponerlo en negro sobre blanco: la innovación no es una idea prístina sino un concepto cargado de política, moral y simbolismo. Entonces, más allá de las definiciones expertas y de las frases para el bronce de los gurús del nuevo capitalismo, es importantísimo, para todo aquel que está involucrado en temas de innovación, reflexionar sobre qué visión valórica y ética se está movilizandoy, a veces, promocionando cuando se habla de innovación²³. La innovación es sencillamente el acto por el cual se crea o modifica algo (lo que sea) que cambia (de alguna manera) el estado de las cosas. O sea, innovación = creatividad + rupturismo que no se debe confundir con sólo ingenio o imaginación, ya que les falta la acción motora. Innovar es una idea con acción, es proponer otra forma (en ocasiones incómoda) de ver las cosas y de hacerlas.

La innovación es un concepto que tiene mucho de vanguardia en el sentido más artístico del término: romper el molde para abrir (o tallar a machetazos) una puerta que lleva hacia posibilidades antes inexploradas, ya sea por desconocimiento, temor, conformidad o conservadurismo.

Existen distintos tipos de innovación, y muchos de ellos son válidos, necesarios, y lo más importante, complementarios y co-evolutivos; la evolución siempre va

²³ Varios autores consultados vinculan ética e innovación. Entre ellos, Marriner (2005; 212) en su Guía de gestión y dirección de enfermería, señala que “la innovación constituye uno de los principales motores del cambio social, sin prejuizar ningún signo de valor asociado a éste”.

paralela a otras innovaciones. El punto de vista en esta tesis es que la innovación supone un proceso relativamente análogo a la teoría evolucionista²⁴.

En la sociedad del conocimiento, en la que se encuentra ya buena parte de la enfermería, rigen algunas reglas bien identificadas y definidas por Vilaseca y Torrent (2004):

- El proceso de globalización genera nuevas necesidades y formas de comunicación para los servicios, transformando el proceso a la transmisión del conocimiento para prestar el servicio.
- La tecnología transforma y aplica una nueva economía al conocimiento.

En el estudio sobre innovación en los cuidados de enfermería, el Consejo Internacional de Enfermería ya indica que la innovación ya subyace en la profesión de enfermería, y que ésta debe adelantarse a los avances sociales para sentirse una profesión innovadora²⁵. Existen muchas definiciones, tipos y maneras de innovar. Existen muchas posibilidades de que nuestra innovación sea exitosa, pero es más probable que no lo sea, puesto que éste es el riesgo de hacer algo nuevo. Dicho en palabras de Serradell y Ángel: 'hacer algo nuevo tiene mas riesgo de fracaso que hacer algo cuyo proceso ya se conoce'.²⁶

En la presente tesis se ha tratado la innovación en enfermería con la idea de desarrollarla y ampliarla, generando conocimiento, aprendizaje y actuación. Un aspecto fundamental para iniciar la innovación es detectar la necesidad y conocer los límites de esta necesidad así como las expectativas de cubrirla. Otro factor importante para desarrollarla es la creatividad, el interés por el cambio, y el intento en conseguirlo tanto con éxito como con fracaso.

Cualquier propuesta de innovación debería tener en cuenta cuatro factores decisivos: la oportunidad, la idea, la acción y la difusión.

²⁴ <http://www.enjambre.org/content/view/182> (20 mayo 2009)

²⁵ Consejo Internacional de Enfermería (CIE). 2009. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores. (CIE. Ginebra)

²⁶ Serradell, E y Angel, J. La gestión del conocimiento en la nueva economía. <http://uoc.edu/art?39293043> (7 junio 2007)

- La oportunidad es la idoneidad en un momento dado. Es la adecuación del escenario para un nuevo actor o factor.
- La idea es el concepto, la estructura mental y representacional del cambio; es el discurso profesional, en el caso estudiado aquí.
- La acción es el trabajo, es la ejecución de la idea a fin de realizarla.
- La difusión es la comunicación de los resultados de la innovación. Compartir conocimiento²⁷.

Hay aspectos que pueden devaluar o paralizar la innovación: No ser capaces de asumir el riesgo que la innovación supone. Hay que arriesgar contando con el éxito como objetivo; el miedo paraliza la acción.

Toda la complejidad que el mundo de la innovación lleva consigo está basada en unas premisas sencillas y claras: ¿Por qué deseamos innovar?, ¿qué objetivos claros y precisos fijamos?, ¿qué impacto esperamos? Aún así no es suficiente la propia experiencia. Debe complementarse con estrategias bien planificadas bajo un contexto lógico²⁸.

Para ver más claro el panorama sobre la innovación en la enfermería, es importante reflexionar sobre dos cosas: El aspecto cultural, es decir los códigos fundamentales de una cultura, los que rigen su lenguaje, sus esquemas perceptivos, sus cambios, sus valores, sus jerarquías y sus prácticas, y que fijan a las personas en los órdenes empíricos con los cuales tenían algo que ver, y dentro de los cuales se reconocerán. Por otra parte, hay que reflexionar sobre las teorías y las interpretaciones aclarativas de los conceptos que suelen basarse en un orden general: a que ley obedece. Qué principios pueden dar cuenta de él, y por qué razón se establece este orden y no aquel otro. En esta propuesta de innovación en la enfermería se propone cambiar de escenario, ya que el trabajo de campo desvela una inquietud por el cambio. La propuesta requiere una postura ideológica con un compromiso ético, político y legal. Sin estos factores la innovación queda condicionada al miedo al fracaso.

²⁷ “producen, distribuyen y aplican varios tipos de conocimiento”. Marriner Tomey, A. (2009; 193).

²⁸ <http://www.innovacionong.com/?tag=igualdad> (20 mayo 09)

2.2.1. La oportunidad

El marco de crecimiento en la innovación para la enfermería es universal, puesto que uno de los valores de la enfermería es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, naturalmente asociados a cualquier forma de vida. En éste contexto la enfermería no tiene competencia, sino sólo posibles colaboradores, ¿quién puede oponerse a una profesión cuyo objetivo es la promoción de la salud de la comunidad? Con estos criterios, la enfermería reúne los requisitos de una ocupación que asume una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra o debería lograr el control sobre sus competencias laborales y legales, sobre su propio trabajo o tareas y funciones. Para ello es necesario liberar la autonomía, tener poder de decisión; cambiar, romper o esquivar las barreras que se interponen en el camino de la innovación.

Un ejemplo evidente es el marco legal: se ha reclamado la actuación de la enfermería, por necesidades de organización, en colaborar tomando decisiones no contempladas por la ley. Una posibilidad es no cumplirla, y otra es cambiarla para tener más cobertura legal, y evitar el miedo al fracaso ante los nuevos cambios, tanto exógenos como endógenos. Otra posibilidad es esquivarla: actuar en sitios donde la ley no actúa, por ejemplo en la transmisión de conocimiento social o informal (enfermería comunitaria).

Muñoz y Cordón (2003; 43) indican la importancia del entorno como catalizador de la oportunidad. La capacidad de ilusionarse mutuamente e implicarse en una misión, compartiendo una visión y un objetivo a alcanzar produce un efecto multiplicador de los esfuerzos.

2.2.2. La idea

Una barrera detectada en el trabajo de campo se refiere a las actitudes personales y de género, consecuencia de la trayectoria histórica de la enfermería.

El cambio es absorber del entorno en donde pueden y han podido yuxtaponerse ideas con los otros para crear una nueva perspectiva. Si hablamos de los otros, hablamos de las fuentes de innovación generada externamente a la enfermería por la Iglesia, el Estado o el médico, todas ellas instituciones que han organizado la profesión enfermera, aunque no hay que olvidar otras fuentes de ideas como

los propios usuarios y la propia enfermería, que deberían ser las principales fuentes de ideas.

Siguiendo en el campo de las ideas, se considera que el altruismo de la enfermería no es perfecto porque se ha olvidado de sí misma, de su propio valor y su propia capacidad para construir y cambiar las cosas²⁹. Hay que observar que la vocación, históricamente, creó un orden sin precedentes, no tuvo en cuenta el modelo ideológico que representaba, y que ha hecho de la enfermería una profesión fundamentalmente servil y entregada, coartando de alguna manera su propia iniciativa.

Conviene descartar el prejuicio de la enfermería como profesión poco innovadora, ya que ha sido permeable a las influencias de muchos actores y factores, que le han proporcionado un amplio fondo de conocimiento tecnológico, social, y cultural, y ésta yuxtaposición de conocimientos permite hibridar nuevas ideas de posible transformación en innovación. La creatividad, en realidad, no es más que asociar ideas y conocimientos. Hay que constatar que la enfermería ha sabido guardar celosamente su parte más profesional, su creatividad personal, que le ha permitido crecer y reservar una parte de autoridad y autonomía de decisión en situaciones complejas del panorama sanitario, y también laboral, aunque esta siga mermada.

Muchas de las teorías sobre la creatividad indican que se basa, sobretodo, en la libertad de pensamiento basada en la pluralidad de conocimiento. Parece, pues, que absorber y comprender diversos puntos de vista permite obtener más y mejores ideas para innovar. Por otra parte, la visualización del proceso a seguir también se origina en esta fase. Los obstáculos imprevistos obligan a rehacer los planes en función del contexto y los recursos, y aunque esto ya forma parte de la acción en sí, también pertenece al área de la creatividad y las ideas.

²⁹ El caso maximal de sentimiento altruista a atender es aquel en el que la persona se considera a priori de la misma importancia general que los demás y actúa en consecuencia. El altruista perfecto de este modelo no es, por tanto, quien sacrifica sistemáticamente su bienestar en favor de los demás, sino el San Martín del santoral que, en vez de dar su abrigo al pobre que tiritaba de frío, lo divide en dos. M.Cruz; M.Delgado (2008; 175)

2.2.3. La acción

Una vez definida la meta, se visualiza el proceso para llegar a ella. La asunción explícita del riesgo de error es citada por la mayoría de autores de innovación como garantía de cambio. Es más fácil cometer errores nuevos, así que conviene evaluar continuamente el proceso, su desviación respecto a lo previsto, y recordar el destino final para reactuar (improvisando o no) si es necesario.

La enfermería es una profesión que piensa *en* los demás (pacientes), pero no *por* los demás. Es decir, no ha tenido que movilizar ni organizar personas ni recursos para llevar a cabo sus propias ideas: La innovación le ha venido dada por los poderes del momento: Iglesia, Estado, y la influencia de la clase médica, con quien colabora y comparte sus actividades en la actualidad. Esto es, y ha sido, innovación exógena, generada externamente a la enfermería.

La acción, como consecuencia de la idea, no es condición de barrera, pues la creatividad personal está latente en la propia enfermera. La posibilidad de una autoridad o autonomía en la enfermería (como se verá en el trabajo de campo), no se produce en el entorno de grupos, sino mediante las influencias e interacciones de todo el contexto institucional sanitario, como indica Forcadell (2003).

Se ha podido desvelar cómo ha evolucionado la enfermería a lo largo de su historia, pero las conclusiones sobre la organización profesional, como tal, también deberían ser cuestionadas y alteradas, en el caso de crear un nuevo orden de las cosas, modificando la relación entre información y formación, entre formación laboral y formación docente o académica, y sobretodo entre organización y entorno, ya que actualmente es una relación lábil.

Cuidar es una labor propia de la enfermería. Si entramos en ella podríamos exponer el entorno propio aunque se tratase de pequeños logros dentro de los grandes logros propuestos en el trabajo de campo: crear una red organizacional de la innovación proactiva y endógena de la propia profesión³⁰.

Se incluye un capítulo de este trabajo con un trayecto del orden establecido en la profesión de enfermería. Un orden que incluye evolución y progreso. Ha sido

³⁰ Perrow (1991; 217-223)

una innovación ideada desde fuera. Es evidente que en la enfermería se han producido cambios mejoras, y que estos cambios y mejoras han sido aceptados sanitaria, cultural, social, y profesionalmente.

Si pensamos en las reflexiones de la primera reunión de expertos en enfermería (1950),

En aquellos países donde sólo la medicina ha alcanzado un alto grado de desarrollo, y no así la enfermería, el estado de salud de la población no refleja el nivel de progreso logrado por la primera.

Estamos de acuerdo en que este trayecto ha sido innovador. Ha sido un trayecto ordenado con fines específicos y utilitarios, pero no ha sido generado por la enfermería. Parece que la enfermería no satisface sus propias necesidades de innovación. A pesar del cambio aparente, sus intentos de innovación no aumentan su valor, ya que está al servicio de otras disciplinas y autoridades políticas y legales. El valor nace donde hay consumo, y el tiempo profesional se utiliza poco para la propia enfermería. Así, para que el valor aparezca, se necesita que la enfermería saque a la luz su riqueza, y el fenómeno del desarrollo que se expone en la cita de Henderson se producirá en el momento en que se articule el valor y la riqueza profesional ideológica, innovadora, y autónoma de la enfermería.

Dejando aparte la oportunidad, recordemos que

Innovación = idea + ejecución³¹

Es decir, tener una idea, visualizarla, hacerla coherente y, finalmente, materializarla. Como hemos visto, para las ideas ya existe un caldo de cultivo por la yuxtaposición de conocimiento, lo que hace falta es hacerlo comprensible y medirse con él, llevando a término las acciones correspondientes. Por otro lado, la ejecución no presenta más que el problema organizativo. La enfermería ha sido siempre una profesión de ejecución (de 'hacer las cosas'). Únicamente falta saber coordinar recursos para llevar a cabo las ideas, coincidiendo con la oportunidad.

³¹ Escorsa, P y Valls, J. (2003; 182)

2.2.4. La difusión

Tras el proceso de generación de la idea y la visualización del proceso de implantación, se realiza la acción, con sus pertinentes resultados. Compartir el resultado (difundirlo) es la última parte crucial del proceso de innovación. Numerosos estudios sobre la sociedad del conocimiento vinculan el valor de la innovación al entorno en que se comparte. Así, Torrens (2008; 155) indica que el valor del conocimiento crece cuando se comparte en entornos cooperativos, y decrece cuando se comparte en entornos competitivos.

Teniendo en cuenta que uno de los pilares de la enfermería es su espíritu cooperativo y la búsqueda de la salud comunitaria, posiblemente el valor de las innovaciones en enfermería debería crecer visiblemente cuando se comparte. Es decir, observando un resultado favorable de una innovación y compartiéndolo con otras organizaciones formales o informales de enfermería debería proporcionar mejoras evidentes en la comunidad.

La sociedad del conocimiento ofrece una multitud de herramientas de comunicación que pueden ser utilizadas para la transmisión del conocimiento enfermero en aplicaciones prácticas de innovación, compartiendo los resultados globalmente, de forma que redunden en una mejora de la salud de la población. De esta forma, grupos de enfermería que realizan innovaciones pueden, aparte de compartir el proceso realizado y resultados, recibir realimentación por parte de los usuarios (pacientes, comunidad, etc.) o de otros grupos de innovación involucrados en objetivos similares.

La Agència Catalana de Salut Pública resalta la importancia de introducir correctamente a la enfermería en la sociedad del conocimiento³²:

“El interés creciente de los agentes e instituciones del sistema sanitario de todo el mundo para el uso de estas nuevas tecnologías para cuestiones relacionadas con la salud está enmarcado en el contexto de la sociedad red, la estructura social de nuestro tiempo, en la cual los procesos de producción, distribución y adquisición de la información, mediante las tecnologías de la información y la

³² Departament de Salut.

<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/mapapro2006.pdf> (05 Enero 2006)

comunicación se colocan en el centro de todas las interacciones de la vida diaria". World Health Organization (2006), citado en el mapa profesional de la enfermería de la Generalitat de Catalunya.³³

2.2.5. Organización profesional

Existe un conflicto en la evolución de los valores profesionales y burocráticos que suelen tener relación con dos cosas: la estructura y el funcionamiento de la organización. Los conflictos suelen referirse a también a dos cosas: a situaciones de la condición humana, como la incertidumbre, la falta de autoridad (autonomía), de decisión o de ambición, y en segundo lugar, a las aportaciones teóricas (formación y conocimiento) que refieren a un control en la ejecución de la acción. Solo hay que cuestionar dónde queda la experiencia³⁴.

Tetheri y Howells (2004) indican que una gran parte de la innovación en empresas de servicios es organizativa, aunque lastrada por el tamaño de la organización, citando como particularmente poco innovadoras las administraciones públicas, para las que se detecta mayor tasa de innovación informal que organizativa.

A modo perceptivo, en el inicio de la etapa laboral, en el inicio de un trabajo, el trabajador descubre que debería focalizar su propia autoridad y experiencia en dos sentidos: la que se basa en la competencia técnica, digamos más burocrática, y la autoridad, la decisión que se basa en la incumbencia sobre un puesto de trabajo legalmente definido que posiblemente se consiga a través de la experiencia, más autónomo (esta autoridad sería la que concierne a la enfermería)³⁵. El modelo organizativo burocrático no ha permitido, o quizás no ha comprendido, la probabilidad de que la enfermería, ante un posible cambio,

³³ L'Agència Catalana de Salut Pública. Mapa professional i cartera de serveis. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/docbase2007.pdf> (05 Enero 2006)

³⁴ Perrow (1991; 58)

³⁵ Al respecto de la libertad en la organización del propio trabajo se refieren Muñoz y Cerdón en *Innovación en la empresa española. Influencia de las características de entorno y de la estructura organizativa*. Fundación Eduardo Barreiros. (2003; 43).

sería mas rentable económicamente y más productiva a nivel creativo e innovador.

El sistema proteccionista del Estado ha protegido a la enfermería para mantener la disponibilidad y evitar la autoridad informal, sin tener en cuenta que existe una parte de la enfermería que no necesita paternalismo ni protección. Sólo necesita ampliar sus conocimientos (formación) en las necesidades y valores que la sociedad reclama y poner a su disposición los conocimientos, los aspectos clínicos de la enfermería y la disponibilidad profesional a medida que la sociedad avanza, y hasta incluso adelantándose a ella. La organización no es más que una herramienta, y la enfermería con intención innovadora debería ser dinámica y organizarse para conseguir pequeños logros, estrategias micropolíticas que negocien con las grandes ambiciones de las sociedades y de las propias empresas, dado que las organizaciones varían según su grado de rutina.

Es conveniente saber que aun estando jerarquizada en la organización, la enfermería también tiene relaciones informales entre sus miembros, constituyendo pequeños grupos³⁶. Aunque también los grupos informales tienen su lado negativo, por ejemplo los riesgos de saltarse las jerarquías, no poner en público lo que está en privado, o no romper los rumores que suelen ser muchas veces el origen de los conflictos.

La actuación profesional de la enfermería ante las normas legales³⁷ podría ser la clave de los pequeños logros de la organización profesional propia, dado que ante la responsabilidad del compromiso que la enfermería tiene consigo misma, le concierne la carga moral de la propia organización ante la sociedad y la propia empresa, a quien ofrece sus aportaciones profesionales³⁸.

³⁶ Barnard, Chester (1968; 115): Los grupos informales, según Barnard, son necesarios para engrasar la máquina de la organización formal, para proporcionar motivación en aquellas áreas en que la organización es deficitaria. Son necesarios para la cohesión, comunicación, creatividad y protección de la integridad individual.

³⁷ Anexo: Cronología legislativa.

³⁸ El proceso creativo e innovador no consiste en desvincularse y alejarse del sistema, sino en participar en equipo, sin presiones, pero manteniendo el liderazgo como un detonante imprescindible en el espíritu de cambio e innovación (Parsons, Talcott (1960; 259)

Una propuesta organizativa del cambio podría ser inestabilizar gran parte del contenido de algunos aspectos de la profesión en fragmentos mejor y más controlados por grupos de intereses en conflicto, cada uno con sus metas definidas. El estudio del cambio tiene una característica relacionada con el conflicto, pues cabe esperar que se produzcan cambios si el sistema social se fragmenta en valores divergentes y grupos de intereses en conflicto³⁹.

La organización en la enfermería innovadora debería contar con que los únicos requisitos que pide la organización mecanicista son los servicios ininterrumpidos, pero la organización mecanicista también debe considerar que existen organizaciones como las de la vida real, con sus conflictos, metas múltiples, camaradillas y ambigüedades de las que la enfermería, tanto personal, profesional, como socialmente, es actriz y a la vez espectadora de primera fila en el panorama sanitario, cultural y social (Perrow (1991; 93)). Estas situaciones y conflictos asociados al cambio hacen que la enfermería viva con un estrecho programa de compromiso en la organización propia⁴⁰.

Sin embargo, la especulación más interesante sobre el conflicto interno en las organizaciones se centra en torno a la cuestión del conflicto de metas, y a la vez en la falta de crítica sobre las metas en las organizaciones. En realidad, los objetivos en los que hay consenso son poco operativos, puesto que no indican los pasos u operaciones específicas a seguir: Quedan como están. Es más, nunca se sabe cuando se ha conseguido un nivel aceptable de la meta deseada (Perrow (1991; 161)). El caso práctico de innovación aplicada que se estudia en el

³⁹ "La existencia de conflictos no resueltos es un rasgo conspicuo de las organizaciones. Es sumamente difícil construir una teoría útil y eficaz de la toma de decisiones en la organización, y las organizaciones pueden ser contempladas como luchas por el poder en varias dimensiones. Solo dependerá de la disponibilidad y el intento de las personas implicadas. El conflicto entre grupos en las organizaciones no sólo es un hecho inevitable de la vida organizativa sino que puede ser juzgado como un proceso mediante el cual las organizaciones crecen y se desarrollan a lo largo del tiempo." Ball, Stephen J. (1989; 34-35).

⁴⁰ "El beneficio que supone permanecer, o la pérdida que significa marcharse, se reducen, en ocasiones, a un tosco cálculo financiero. Unas personas adoptarán una posición de no intervención, y otras apoyarán propuestas que les hagan la vida fácil." Ball, Stephen J. (1989; 75).

trabajo de campo, realizado durante los años 1992-1994, se desarrolló hasta la última fase: la difusión de un buen resultado, que no se completó.

Aquí hay una tensión, o quizás una contradicción, en el pensamiento enfermero, en su mismo núcleo, pero el conflicto debe aclararse: O se mantiene la idea de seguir como hasta ahora, siendo parte del sistema sanitario y de la medicina, pero intentando innovar desde la propia situación y contexto, o se rechaza. Si se mantiene, existe la posibilidad de revisar los prejuicios y la posibilidad de valorar las limitaciones en que se encuentra la enfermería. Si se rechaza, creo que una renuncia a la idea de resolución del conflicto sería fatal, porque no se podría aplicar la posibilidad de revisar los prejuicios ni de superar sus limitaciones.

Lo adecuado sería pensar la enfermería, pensarse a sí misma, posicionarse en un nuevo orden a través de otras disciplinas, escuelas e instituciones. Es decir, establecer relaciones neutras sin necesidad de un predominio que justifique la perspectiva ideológica. Para este supuesto se debe magnificar lo que ha sido inferiorizado. No se trata de substituir sino de construir un sistema de categorías conceptuales que han sido inferiorizadas, todo ello unido a la práctica cotidiana. Es cierto que ha sido un orden con cambios continuos y en ocasiones confusos, y que las profesionales se sienten unidas en la causa común de un inmenso vacío profesional: la enfermería ejecuta siempre ideales ajenos, pero tiene pocas posibilidades de desarrollar los propios. Moreno y Pérez (2004)⁴¹ estudian el caso de la cooperativa de trabajo como contexto de innovación que podría ser aplicado en la enfermería aunque de forma informal.

Marcarse una meta permite crear la visión, y también la limitación de la misma, pero hay metas que reducen la comprensión. Hay que buscar las que permitan relativizar las limitaciones, valorando las funciones y analizando las competencias. En lo que no coincidimos en una tercera opción con las organizaciones o con los compromisos de la enfermería es en que se recuperen valores y poderes anteriores para que todo siga igual⁴².

⁴¹ Moreno M. y Pérez, A. (2004).

⁴² <http://www.analitica.com/bitbliblioteca/juannuno/feminismo.asp> (19 enero 2009)

2.2.6. El papel de la formación

En el entorno de la organización es muy importante conocer que la formación juega un papel crucial para la circulación del conocimiento. Teniendo en cuenta que los profesionales de la organización ya han adquirido su formación previamente, conviene conocer algunos aspectos relativos a la formación en la organización, así como sus condiciones previas.

¿Cuál es la formación que reciben las estudiantes de enfermería? Y ¿cual es la que reciben las enfermeras que ya ocupan un espacio laboral? Los planes de estudios se suelen diseñar, entre otras cosas, hacia el empleo industrial y los profesionales de la docencia así como los formadores, suelen actuar como consultores (Perrow (1991; 50)).

Existe una discrepancia entre la formación reglada y la laboral. La formación es inherente a la persona y constituye parte de su capital intelectual, según la actitud o la aptitud. La actitud puede constituir un obstáculo o una puerta abierta a la formación. Es de sentido común que el éxito de una formación depende en gran parte del interés de formación de los participantes. Las actitudes son más personales y más sutiles, no pueden controlarse tan fácilmente, ni mucho menos imponerse, así que la adquisición de aptitudes está condicionada por la actitud inicial de los participantes en la formación, y éstas están condicionadas parcialmente por el entorno tanto interno como externo de la empresa (Torrens, Clara (2008; 19)).

Pero hay opiniones diversas sobre este tipo de formación, por ejemplo, formarse mediante la propia experiencia. Neil Clark (1991) se dio cuenta de que en el proceso formativo, y de una manera especial en la aplicación y transmisión del conocimiento, las emociones, los sentimientos y las actitudes dificultan o facilitan el proceso de aprendizaje. Esto forma parte de la "teoría de Gestalt"⁴³ que vincula la adquisición de conocimientos con la percepción y la gestión de las emociones.

Es importante que la empresa tenga una visión clara de los objetivos de la formación, y que a su vez, el formador pueda estar condicionado (o no) por la

⁴³ Gestalt es una palabra alemana de difícil traducción, significa integración, configuración, "un todo".

orientación formativa que la empresa solicite, ya sea de desarrollo, orientada a las tareas, o por último de abdicación, formación periférica subrogada a la responsabilidad de otras personas. (Teniendo en cuenta el objeto de este trabajo, aquí interesaría sólo la primera)

Ante la formación, la actitud de los participantes es crucial para su correcta transmisión, para ello es importante centrarse en los aspectos que presentan resistencia al cambio tales como la ansiedad, la culpabilidad, la vergüenza, o el miedo al error y al fracaso⁴⁴.

Conceptualmente, el conocimiento incluye la aptitud (el saber cómo hacer algo) y la actitud (la forma en que se hace). Hacer algo en forma negativa (con miedo, vergüenza, culpabilidad, etc) suele producir resultados peores que hacerlo en forma positiva (ilusión, motivación, etc). Las aptitudes se adquieren mediante formación, pero las actitudes se aprenden personalmente.

2.2.7. Percepción de la innovación

Estos aspectos, que son un avance innovador en la evolución de la enfermería, contrastan con la posterior lentitud en el progreso profesional, y se podría atribuir a la situación de subsunción al campo médico y administrativo. Esta doble autoridad⁴⁵ ha sido uno de los elementos que han dificultado en parte, la apertura a otras disciplinas no sanitarias y ha orientado las vías básicas de innovación, que la enfermería ha asimilado, ejecutado y asumido de forma sobrevenida.

Se percibe una evolución lenta y no correspondida con los programas que se presentan en la tipología general de la enfermería. Esto conduce a pensar que la

⁴⁴ Torrens, Clara. (2008; 25) citando a Sue Jones, 1998: Developing a Learning Culture.

⁴⁵ Amorós, C. (1985; 250). Todo ello se superpone "naturalmente"... la ideología de la mujer versus el mundo masculino de la producción, categoría que subsume a su vez toda una serie de categorías que se organizan como isomórficas (hacer, trascender, poder). En la sociedad capitalista, pues, para la mujer, su trabajo y su familia coinciden, y los mecanismos de la opresión se solapan, de manera tal que tan sólo analíticamente - y por comparación con aquello que ocurre en otros modos de producción- pueden ser distinguidos.

enfermería se ha centrado más en el tratamiento de la enfermedad que en los propios cuidados. En general, se percibe en enfermería una sensación de impotencia y desamparo legal, una ausencia de ideología profesional, y un sentido de profesión infrautilizada e infravalorada que desincentiva la innovación.

Medina (2005) lo ilustra con un comentario muy representativo de su estudio de campo: "el trabajo que tenemos no se ha enseñado, y muchas veces no se ve, no se conoce mucho ni está muy elaborado (...). Profesionalmente estamos escondidas".

Costumbre o ley son dos conceptos que se diferencian: la ley positiviza la obligación, y ante la ley no puede haber ignorancia. La ley del medicamento⁴⁶ y otros aspectos legales plantean problemas interprofesionales. Las enfermeras ven a los médicos y a la administración como bloques cerrados y esto complica la relación del trabajo en equipo por situaciones ambiguas como decisiones diagnósticas o la acción de prescribir medicamentos. La ley de prescripción todavía no tiene un marco legal adecuado: se percibe como una ley de mínimos⁴⁷.

La enfermería no puede trabajar con precariedad y actitud costumbrista dado que podría enfrentarse a faltas por lesiones, o podría entrar en imprudencia leve según la ley de enjuiciamiento civil (LEC, Artículo 621.3º)⁴⁸. En diversos foros y blogs de internet se puede percibir claramente la gran tensión existente en el colectivo de enfermería al respecto de este tema⁴⁹.

Se percibe una gran innovación técnica, tecnológica y organizativa del entorno laboral, pero poca innovación asistencial. Se percibe falta de motivación, poco apoyo, y falta de dedicación a los espacios propios, autónomos, en que la

⁴⁶ Anexo: Cronología legislativa

⁴⁷ <http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20080218/opinion/articulos/vueltas-prescripcion-enfermera-20080218.html> (1 nov 2009)

⁴⁸ El Sr A. Corpas, abogado y director de la asesoría jurídica del Consejo General de Enfermería presentó e informó de los aspectos legales en estos apartados en el Congreso de la Asociación Catalana de Enfermería Familiar y Comunitaria en Barcelona 2006

⁴⁹ej: <http://foros.elmundo.es/foros/viewtopic.php?p=805928#805928> (1 noviembre 2009)

enfermera es la autoridad profesional, ausencia de tiempo para valorar el compromiso, la disponibilidad ante la necesidad profesional y organizativa, áreas casi exclusivas de la enfermería, que deberían ser evaluadas, analizadas e innovadas por la propia enfermería.

2.3. Evolución de la profesión de enfermería

Revisando la historia de la enfermería se pudieron observar las diferentes etapas por las que ha pasado. El estudio de la evolución de la enfermería se enmarca en un análisis panorámico de la enfermería en Catalunya en los siglos XIX al XXI. El proceso evolutivo de la enfermería transcurre durante este espacio de tiempo en un orden iniciado por la Iglesia en el s/XIX, a partir del modelo vocacional religioso, cumplido por la religiosa sanitaria. La descripción de José Luís Medina del contexto en que se encontraba la enfermería es muy ilustrativa:

A finales del sXIX la enfermería era considerada como adjunta de la medicina, y las enfermeras se autopercibían como servidoras de la profesión médica. Eran los médicos quienes determinaban la estructura y el contenido de los currícula que se constituían de ese modo en cursos de medicina simplificada para enfermeras. El papel de la enfermera se igualaba con el de madre sumisa y obediente, y el del médico con el de cabeza de familia. En los primeros manuales (escritos por médicos) la sumisión es una cualidad que se exige de la enfermera. La sumisión es un valor importantísimo. De ese modo, como si fuese una esposa y una madre, la función de la enfermera fue relegada a la subordinación al saber médico y definida con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad, obediencia y pensamiento subteórico. Pensar y reflexionar era la responsabilidad del cabeza de familia.⁵⁰

Françoise Collière indica que esta etapa se fundamenta en la legitimidad del pensamiento agustiniano de subordinación y entrega desinteresada. Collière se ha estudiado por su utilidad para desvelar los fundamentos de la vocación, que junto a M. Douglas y su *aportación simbólica* ilustran parte de la historia.

En el siglo XIX se iniciaba el proceso de traspaso de poderes del sistema sanitario desde la Iglesia hacia el Estado. A lo largo del siglo XX, y por necesidades de profesionalización de los cuidados, ya se iba configurando lo que actualmente es la profesión de enfermería. Las tareas profesionales se iban desarrollando en el campo de la práctica médica, al menos como dominio explícitamente reconocido de práctica de cuidados, dado que la técnica en enfermería estaba regulada por la titulación de ayudante técnico sanitario (ATS),

⁵⁰ Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza en enfermería. José Luis Medina. Universitat de Barcelona. (2005; 32)

como profesión civil. Su tarea principal era la administración del tratamiento por orden médica y por las vías de aplicación correspondiente⁵¹.

Esta titulación protagonizó toda una época a través de la técnica en la enfermería y la ayuda al médico, dejando más de lado el cuidado de la persona, que en la etapa anterior realizaba la religiosa sanitaria a través de la vocación. Se percibe un movimiento de innovación técnica en detrimento del servicio asistencial.

Esta etapa duró casi dos décadas (1950-1970), y puede explicarse por dos motivos: la necesidad del Estado ante la carencia de mano de obra sanitaria civil, ya que el cuidado de la enfermedad seguía siendo considerado como objeto de vocación religiosa, y la colaboración de la enfermería en el campo médico, tanto en la aplicación de las técnicas terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad como posteriormente en la técnica diagnóstica de utilidad médica. Se aprecia ya claramente la innovación técnica y tecnológica sobrevenidas, exógenas, generadas externamente a la enfermería, pero de mucha utilidad para la medicina (curar).

En el s/XX se producen los traspasos de poderes de la Iglesia al Estado, consecuencia de la secularización, adoptando un modelo de cuidados más técnico. El orden establecido por la Iglesia se mantiene, dado que al igual que las prácticas de los cuidados de las mujeres *consagradas*, descansaban sobre un credo -el religioso-, la profesión de enfermera que les sucederá descansará aún durante mucho tiempo sobre un credo similar de grandes aspiraciones ideales, ahora laicalizadas. La enfermería queda ahora en manos de la medicina.

Este proceso expuesto prosigue hasta la década de 1970, en que los profesionales técnicos (ATS) mejoran sus estatus académico con la diplomatura universitaria de enfermería (DUI⁵²), en la que se incluyen nuevas competencias en las actuaciones a la persona sana y enferma, mejoradas y ampliadas por la

⁵¹ En los años 1950 se crea el título de ayudante técnico sanitario, coincidiendo con la apertura de grandes centros hospitalarios.

⁵² En 1970, la ley General de educación 418/70 contempla la creación de la diplomatura en enfermería.

reforma de la atención primaria la salud, realizada en la década de 1980⁵³. Es una etapa de innovación importante, pero parece que la enfermería permanecía algo ajena a ella, limitándose a su asimilación y cumplimiento.

Entre las décadas 1960-1970 se puso en marcha un nuevo orden provocado por los advenimientos ocurridos en el occidente capitalista, cambios que incidieron en torno a los modelos familiar, cultural y social, que parecían influir y modificar algunos aspectos del pensamiento de la enfermería, todavía protagonizada en su mayoría por la mujer. Los nuevos modelos de trabajo, a partir de la reforma sanitaria, influyeron las formas de pensar, posiblemente promovidos por las luchas reivindicativas femeninas y por la reclamación y parcial obtención de los derechos a reducir su dependencia familiar a costa de invertir en trabajo extradoméstico remunerado. En ésta época no se produjeron innovaciones aplicadas, pero el clima social, laboral y cultural permitía un caldo de cultivo para la reflexión de la profesión.

2.3.1. El discurso religioso

En los últimos siglos de la Edad Media (XIII-XIV) se instaura la sacralización, la purificación de la mujer por la negación y renuncia a su cuerpo, que significa, en primera instancia, la subordinación al hombre y a su orden social. Considerando el cuidado de enfermos como vía para tal purificación y elevación espiritual, aparece la figura de la mujer "consagrada" mediante la profesión de votos religiosos y el cuidado de los enfermos; es la redención de la mujer (hasta ahora ser impuro) por el cuidado a la enfermedad, consecuencia de la impureza, y en definitiva, por la atención hacia otros seres impuros: los enfermos. Se ha construido la "vocación".

En Catalunya, el cuidado de enfermos es ejercido por igual por órdenes masculinas y femeninas. Las primeras se ocupan tradicionalmente de los accidentes de guerra; son estos cuerpos de enfermeros ligados a los ejércitos,

⁵³ En el año 1985, el decreto 84/85 del DOGC sobre la reforma de la asistencia primaria de la Salud, el modelo asistencial delimita las áreas básicas de salud en unidades territoriales elementales para la prestación de atención sanitaria con acceso directo de la población y con la integración de actividades preventivas, curativas, y rehabilitadoras, constituidas desde un trabajo en equipo que tiene como unidad básica el equipo médico/enfermera.

órdenes guerreras hospitalarias, como los Templarios; otros cuerpos se encargarán de asegurar el orden en los asilos y manicomios: son los Caballeros de la Orden de San Lázaro o Lazaristas y los Hermanos de San Juan de Dios. Las órdenes religiosas femeninas tomarán preponderancia a partir del siglo XVII, a partir de la fundación en Francia de las Hijas de la Caridad por San Vicente de Paul, en 1633, que se convierten en modelo.

Los primeros contactos de órdenes religiosas con atención al enfermo se remontan en nuestro país al siglo IX, en el que se crea el Hospital de Masella, regentado por una comunidad semejante a la Orden Hospitalaria de San Lázaro, integrada por clérigos y laicos. En el siglo XII, la Orden de los Hospitalarios de San Juan establece su primer hospital en Cervera. En 1218 se establece la primera comunidad de Mercedarios, que en 1232 adquirieron los terrenos en los que actualmente se alza el templo de la Merced de Barcelona, para la edificación de un nuevo hospital. Durante este siglo XIII varias órdenes hospitalarias se establecen en esta ciudad. En estas fechas aparecen las figuras del "Hermano" y de la "Hermana" dedicados al cuidado de los enfermos. Sus deberes son definidos en el primer capítulo de *"Incipiunt Constitutiones Fratrum et Sororum Hospitalium Bernardi"*. Se conoce, asimismo, la existencia en la época de "donantes" y "sirvientes" para atender a los enfermos en los hospitales.

En 1401, coincidiendo con la fundación del Hospital de la Santa Creu en Barcelona, se observa la tendencia a hacer que las hermandades hospitalarias, que se habían ocupado de la mayoría de instituciones benéficas, dejen paso a personal seglar. Los hospitales serán entonces atendidos mediante las "Cofradías" y las limosnas, y los servicios personales por religiosos y seglares, hombres y mujeres.

Las Religiosas Dominicas, que residían desde 1490 en el Convento de la Mare de Deu dels Àngels, convierten su centro en hospital para la acogida de las víctimas de epidemias, tan frecuentes en la época.

En 1651, los Padres Capuchinos empezarán a ejercer este servicio. Durante los siglos XV y XVI, se inicia la extensión de la institución denominada de "Causas Pías", fundamentalmente destinadas a la atención a los enfermos (se acuña "el regal al malalt" expresión que significaba proporcionarle alguna golosina y consuelo.)

Muchas más órdenes tendrán presencia en Catalunya en este terreno: Los padres Camilos, en 1585, orden fundada por San Camilo de Lelis, quienes actuaron durante mucho tiempo en el hospital de la Santa Creu; en 1683, las religiosas del Tercer Orden de Penitencia del Patriarca San Francisco de Asís, dedicadas al cuidado y acompañamiento de enfermos; las Hermanas Carmelitas, orden fundada por Santa Joaquina Vedruna, y otra consagración también carmelita, fundada por Rosa Ojeda, dedicada al cuidado de los ancianos: Los Hermanos de San Juan de Dios, quienes crearon el Hospital pediátrico en Barcelona, así como los sanatorios de Calafell y de Manresa; las Hermanas de la Consolación, que durante mucho tiempo dedicaron sus cuidados a los enfermos afectados por enfermedades contagiosas.

En el 1683, se menciona por primera vez en Catalunya el término "enfermera", aunque ya en 1417 se redactaron, en el Hospital de la Santa Creu de Barcelona, las primeras funciones de la enfermería realizadas por personal femenino. Iniciado el siglo XVIII, la denominación de "enfermera" hará su aparición en los documentos.

En 1781, las reglas de las congregaciones serán modificadas: en el nuevo texto, que presenta cuarenta reglas, no se hace referencia a las mujeres de la comunidad seglar como a "enfermeras", sino como a "señoras". Probablemente, el primer término tenía una connotación negativa en Catalunya, de la misma manera que la tenía en otros países europeos por aquellos años; recordando a Sara Gamp, en la figura negativa de la enfermera, posteriormente retratada por Charles Dickens.

En Catalunya entre los siglos XVII y XVIII existirá una doble imagen de la enfermera: por una parte, las "enfermeras mercedarias" que cuidan del enfermo, descritas por un sector de la sociedad como gente grosera, prostituida y criminal, y, por otra, las "senyores infermeres", que eran escogidas por el personal considerado adecuado, según el artículo 7 del Convenio de la Causa Pía, firmado en el Hospital de la Santa Creu barcelonés.

2.3.2. La mujer consagrada: fundamento y símbolo

La vocación de la mujer "consagrada", halla su fundamento en las siguientes concepciones ideológicas (F. Collière, 1982), las cuales orientan también la práctica de los cuidados que desarrollan.

1) La prioridad de los cuidados espirituales; los cuidados del cuerpo (considerado despreciable, fuente de pecado y de corrupción) son posibles dentro de un margen, a saber, porque constituyen el soporte de los cuidados espirituales. Llevando este principio a su último extremo se llega a un cada vez mayor distanciamiento del cuerpo; como señala Collière, refiriéndose a los hospitales franceses de la segunda mitad del siglo XIX, el contacto directo con el cuerpo del enfermo será cada vez en mayor medida delegado al personal subalterno, y las prácticas de higiene, progresivamente abandonadas, casi proscritas. En cambio, gana terreno la inspiración en el segundo septenario de la obra de misericordia: "aconseja, corrige, enseña, consuela, perdona, apoya y reza". Gana terreno la palabra; los consejos basados en los valores morales y religiosos sustituyen a los cuidados que emplean las manos.

2) Tiene que haber una degradación, alteración o pérdida de integridad física y/o social para que los cuidados sean necesarios; los cuidados no se dirigen más que a los cuerpos sufrientes y miserables. El cuerpo que sufre es digno de atención en tanto constituye la imagen de Cristo sufriendo en la Pasión. Los cuidados adquieren sentido y utilidad centrándose sobre lo que mata y no sobre lo que mantiene la vida, proponiéndose aliviar el sufrimiento, que no evitarlo. Las mujeres "consagradas" participan en la redención del mal, interpretándolo como sanción del pecado, concepción que conduce a considerar el pecado como necesario. El sufrimiento corporal es medicina espiritual, y la enfermedad, una oportunidad única para enmendarse, como ponen de manifiesto patriarcas de la Iglesia como San Agustín: "Tu nos hieres, Señor, para salvarnos", o San Francisco de Asís: "Las enfermedades del cuerpo las da Dios para la salud del alma".

"Se hace preciso considerar el simbolismo que subyace en tales postulados, así como el modelo social que traduce, en tanto que las dimensiones de la vida social gobiernan las actitudes fundamentales con respecto al espíritu y la materia." (M Douglas, 1978; 19). "El cuerpo físico humano aparece como un microcosmos de la sociedad, constituye un símbolo de ésta; sobre el cuerpo son

reproducidos, a pequeña escala, los poderes y peligros atribuidos a la estructura social: El cuerpo es una estructura compleja; Las funciones de sus partes, diferentes, y sus relaciones ofrecen una fuente de símbolos a otras estructuras complejas." (Douglas M. 1973; 156). "El cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad. Existe pues un continuo intercambio entre los dos tipos de experiencia de modo que cada uno de ellos viene a reforzar la categoría del otro". (Douglas. M. 1978; 89)

El orden social sostenido y expresado por el catolicismo correspondería al tipo que Mary Douglas denomina de "clasificación alta"⁵⁴: aquella por la que las relaciones sociales están fuertemente diferenciadas por la cuadrícula y el grupo. Cuantos más fuertes son éstas y el control que ejercen sobre el individuo, más desarrollada está la idea de transgresión formal y de peligro y mayor es el grado de definición del pecado. En tales sociedades, el orden social ideal es custodiado por peligros que amenazan a los transgresores. El universo es considerado justo; el dolor y el sufrimiento son interpretados como adecuados castigos a las malas acciones del individuo⁵⁵.

José Luis Medina (2005) señala que el Hôpital Maison Blanche aplicaba cuidados de naturaleza relacional y se adoptaban actitudes de empatía⁵⁶. Por otra parte, la prioridad de los cuidados espirituales se fundamentaría en la negación de lo orgánico, en la tendencia a la descorporeización características de este tipo de

⁵⁴ Douglas denomina *cuadrícula* al ámbito y a la articulación coherentes de un sistema de clasificación tomado como una dimensión social en el que debe hallarse el individuo, y sometido a la presión que el grupo social ejerce sobre el individuo. (Douglas, M. (1978; 189)

⁵⁵ (aquellas) utilizan las calamidades y desgracias personales para mantener el orden moral. La enfermedad y los accidentes se atribuyen a los defectos morales del individuo o se incrustan en un esquema de tipo metafísico que explica el sufrimiento como parte del hecho de existir. (Douglas. M. 1978; 131)

⁵⁶ Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza en enfermería. José Luis Medina. Universitat de Barcelona. (2005; 42).

sociedades⁵⁷. En este sentido se habla de la mujer *consagrada* en términos de “Esposa de Cristo”, en contraposición a la “hija de Eva”. Volviendo al cuerpo como símbolo social, se hace imprescindible referirnos al estado de virginidad inherente (aunque no necesariamente) a la condición de mujer *consagrada*. A este respecto, se observa la existencia de creencias (las católicas encajan aquí) que simbolizan el cuerpo como un recipiente imperfecto que sólo puede perfeccionarse si se vuelve impermeable (Douglas M. 1973; 212).

3) Los cuidados se dirigen a los “pobres, humildes e indigentes”. El enfermo es en si mismo “señor”, pero un señor desheredado. Así como los pobres que cuidan, las mujeres “consagradas” permanecen en su papel de “humildes sirvientas”, sostenidas por el rezo. Su línea de conducta se proyecta en el eje de la obediencia y el servilismo. La sumisión permite el servicio legitimado en el pensamiento agustiniano asumido por la Iglesia: “es del orden natural entre los humanos, que las mujeres sirvan a los hombres, porque es justo que el inferior sirva al superior”. Su campo de acción se sitúa en una relación dominante-dominado con un imperativo de respeto absoluto a los que prescriben, dictan y (supuestamente) saben. Las mujeres “consagradas”, en su condición de mujeres, son subordinadas a los que detentan el saber -el poder-: la jerarquía masculina, en este caso eclesiástica, a la que deben obediencia; se les niega el derecho al conocimiento y a su cuestionamiento. Actúan “por la gracia de Dios, y por la gloria de Dios”. La santidad se ejemplifica por el cumplimiento; requiere que la mujer “consagrada” se conforme y se pliegue con sus deberes. Servir a los pobres significa ser pobre entre los pobres: se prescribe que el cuidar exige la abstracción de sí misma, la renuncia a ser una misma, lo que se traduce en pobreza de saber y de desarrollo personal.

⁵⁷ Cuanto más complejo es el sistema de clasificaciones y mayor el control que se ejerce para mantenerlo, más fuerte será la tendencia a que las relaciones se desarrollen entre espíritus desprovistos de cuerpo. Douglas, M. (1978; 96)

2.3.3. El vector ideológico de la enfermería

De la filiación conventual se pasa a la filiación médica, y servir al enfermo se convierte en el vector ideológico de la enfermería. Los cuidados se convierten en tareas domésticas rutinarias que no exigen espíritu crítico ni iniciativa alguna⁵⁸; no es por casualidad que, en el siglo XIX, las novicias menos dotadas sean destinadas al cuidado de enfermos. La rutina no es considerada como tal, siempre y cuando no se abandone la fundamental priorización de los cuidados espirituales. Si esto no se cumple, se contrae el riesgo (así es contemplado) de la "secularización" o "mundanización"⁵⁹.

Existe, asimismo, una necesidad de compensación afectiva y social a hallar cerca de los que se cuida: los sentimientos pueden ir desde la piedad, el amor o la necesidad de protección, a la agresividad y el odio, pero se les niega el derecho a ser reconocidos y exhibidos. Cuidar es ser neutro. La religiosa debe estar por encima de la simpatía o antipatía, debe tener para con el enfermo los mismos sentimientos para con Cristo, el Esposo de su alma⁶⁰. La compensación a semejante abnegación se encuentra en una valorización espiritual (interior) y social (exterior) de la imagen de la "hermanita", verdadero modelo moral positivo que permite encontrar la fuerza necesaria para asumir su papel: es la satisfacción de contribuir personalmente a la misión de la Iglesia, participando

⁵⁸ A este respecto, Collière destaca las actitudes a observar: ser agente de información y agente de ejecución desde la prescripción y el orden médico (Collière Marie Françoise. (1993; 71)

⁵⁹ Existe otro (...) camino por el que Satanás busca derribar a la Esposa de Cristo de su altura sobrenatural (...) la paulatina secularización de su actividad hasta que finalmente desaparezca por completo la Esposa de Cristo y quede sólo la hija de Eva. (...) Esa religiosa es ya sólo un instrumento, una máquina; el dictamen del médico, y el ambiente son los móviles que determinan su actividad. (Staudinger (1955; 231)

⁶⁰ (...) la Esposa de Cristo nunca deja de ser humana y pueden, por consiguiente, en ocasiones levantarse tormentas en su interior. Que sepa dónde acogerse: a Cristo, el Amado divino de su alma. Sus silenciosas lágrimas, sus calladas luchas, sus escondidas angustias nadie debe saberlas, sino es la temblorosa luz de la lámpara del Sagrario, donde ella renueva el holocausto de su amorosa entrega. Jamás debe mostrárselas al enfermo. Staudinger. (1955; 229-230).

en la obra de la redención y contribuyendo a la salud espiritual del mundo⁶¹. Por otra parte, es de este modo como puede ver "realizado" su sentimiento maternal, para el que la ha educado su cultura, sublimado en una maternidad espiritual de los enfermos que cuidar, de los pecadores por los que rezar⁶².

2.3.4. La dicotomía: la religiosa sanitaria

A partir del sXIX, el Estado se interesa por asumir el servicio sanitario, del que hasta entonces, y en el caso español, hasta la creación de la Seguridad Social (bien entrado el siglo XX) se ocupaba la Iglesia a través de las congregaciones religiosas hospitalarias. El relevo no se produce, sin embargo, cuando la relación gubernamental con la Iglesia es más dura. Las desamortizaciones de la segunda mitad del siglo XIX no afectan con igual virulencia a las órdenes sanitarias que a las congregaciones religiosas. Así, por ejemplo, las Hijas de la Caridad sufrirán dificultades, pero, no obstante, se verán exentas de las leyes de supresión que afectarán al resto de órdenes religiosas. La razón para ello es casi obvia: su acción resultaba imprescindible en los hospitales, sobretodo económicamente para el Estado, puesto que los cargos asistenciales corrían a cuenta de la beneficencia, y por la carencia de mano de obra sanitaria civil, ya que el cuidado de la enfermedad seguía siendo considerado como objeto de vocación religiosa.

A pesar de la desfavorable situación creada desde el Estado, el XIX verá numerosísimas fundaciones de nuevas órdenes que harán pronto su presencia en Catalunya algunas como:

- Siervas de María (1851)
- Hijas de San José (1875)
- Hermanas Carmelitas de la Caridad (1826)
- Hermanas del Santo Ángel Custodio (1887)
- Hermanas de la Compañía de la Cruz (1875)
- Hermanas Carmelitas Descalzas Misioneras (1860)

⁶¹ "El camino del sacrificio, del heroísmo en la vocación es, pues, el camino de Cristo". (Ibidem; 232)

⁶² "Se abren en los corazones de los hombres los caminos de la gracia, de la redención, de la salvación de las almas, cerradas acaso aun al sacerdote!. Es maternidad en el más bello sentido que conoce la tierra: la maternidad del amor virginal." (Ibidem; 227-228).

Actualmente, la Iglesia ha pasado a constituir simplemente una instancia más, aunque importante todavía, del ámbito sanitario en el Estado español, y la asistencia a los enfermos se ha transformado en profesión civil, a instancias del Estado y su proyección de control. La mujer *consagrada* post Concilio, ahora *religiosa sanitaria*, presenta una problemática muy distinta en lo que a la vocación se refiere. Para esta tesis se accedió a ella a través de diversas comunidades localizadas en la ciudad de Barcelona, un inmejorable observatorio, de especial efervescencia; No en vano la Secretaría General de la Federación Española de Religiosas Sanitarias (F. E. R. S.) tiene aquí su sede.

2.3.5. La secularización

La necesidad de la profesionalización impuesta por el Estado y su adopción desde la Iglesia para no verse desplazada de un ámbito de actuación llega a desvirtuarse hasta el extremo de amenazar con la desaparición del aspecto religioso, esto es, el sentido teológico vocacional de la misión sanitaria; es el riesgo del profesionalismo. Se acepta la realización humana y profesional de la religiosa, pero no que anteponga la profesionalidad al sentido apostólico ni que la viva desde la motivación meramente laboral. En definitiva, que no anteponga sus intereses personales a la subordinación y supeditación que le corresponde dentro de la comunidad religiosa en función de sus intereses. Las soluciones sugeridas van desde una dinámica de integración (tendría que haber una interacción y una necesaria integración entre la cualidad religiosa y la profesional) hasta contemplar la preparación técnica y la profesionalidad exigidas como mediación para ejercer la misión evangelizadora, asegurando así la continuidad de la misión de la Iglesia en este ámbito.

En cualquier caso, nos hallamos ante la reafirmación de la prioridad de los cuidados espirituales ante la enfermedad; su misión, lo que fundamentalmente la identifica, no se halla en el orden de lo profesional, de lo técnico y clínico, sino en el orden de lo antropológico - teológico, de la *mística evangélica*: la misión de *consagrar* y evangelizar "el mundo del dolor". Haciendo hincapié, pues, en la condición esencial, como miembros evangelizadores de la Iglesia, se propugna una formación de carácter totalizante, integral e integradora, que no sólo contenga y estimule los aspectos meramente técnicos profesionales, sino que forme fundamentalmente a la religiosa sanitaria como agente de evangelización.

En una coyuntura en la que la sociedad es plural y diversificada ideológicamente, en la que la Iglesia ha perdido poder e influencia, no se comprende (e incluso no se acepta) la presencia de las religiosas con motivaciones y finalidades evangelizadoras en el ámbito sanitario. Tal presencia busca su legitimación, y se justifica en un discurso en el más puro estilo del Concilio Vaticano II, en términos de amor y justicia. Frente a la burocratización, el anonimato, la despersonalización de la terapia, la cosificación del enfermo, la deshumanización de la técnica y del sistema sanitario en general, la religiosa sanitaria se propone servir de modelo de trato humano al enfermo, dándole prioridad y expresándose en términos de amor, de "atenta y cristiana solicitud amorosa frente al enfermo, prestando un servicio desinteresado en el que se perciba la gratuidad del amor al ser humano"⁶³. Junto a la humanización del cuidado del enfermo por el amor, la religiosa sanitaria incorpora a su discurso el requerimiento hacia su comunidad de una presencia activa y crítica, sensible a la injusticia, una presencia solidaria a partir del amor cristiano, defensora de los derechos del enfermo y proclamadores de la justicia.

Es complicado y complejo introducir conceptos innovadores en esta etapa secularizante, ya que la innovación se encuentra desvirtuada por la presión que las creencias ejercen sobre las religiosas sanitarias. Aunque son críticas ante la técnica, la utilizan. Hay que señalar otro fenómeno observable en la religiosa sanitaria: su tendencia a creer suficiente el testimonio de su presencia, sin más explicitación. Pone de manifiesto el proceso de interiorización que sufre la religión católica como señala Nicole Belmont (1989), especialmente acelerado desde los postulados particularmente antiritualistas del Concilio Vaticano II, del que tampoco escapan las propias religiosas. Asimismo, tampoco es ajena al contexto sociocultural que estimula la liberación de la mujer, como se ha dado en llamar. En este sentido se expresaban en las entrevistas algunas religiosas: "nosotras como todas las mujeres, también hemos cambiado". La percepción de que el cambio era un criterio implícito en la innovación era evidente.

Frente a la tendencia al individualismo y el alejamiento de la entrega incondicional a la comunidad, intrínsecamente unidos al profesionalismo y a la proletarización, y ante la amenaza de desestructuración de la unidad jerárquica de la Iglesia por insubordinación femenina, ésta emite un discurso (podríamos

⁶³ Es la "mística de la acción", "la fuerza dinámica del amor bajo la acción del Espíritu de Jesús" Aragon Donoso. (1982; 180).

llamarlo "masculino") que busca la recreación del modelo de subordinación; subrayando la imbricación entre vocación personal y "con-vocación" comunitaria, acercándose más a un "plan divino" que representa humildad y dependencia que a una autonomía. Es, en definitiva, el sometimiento a voluntades superiores más sabias: la subordinación a intereses superiores que orientan este proyecto en la tierra.

2.3.6. Los procesos de profesionalización

La profesionalización de los cuidados sanitarios, conocidos comúnmente como enfermería, se inicia en el siglo XX y se extiende hasta la década de 1960. En Catalunya, como en el resto del Estado Español, la enfermería es transformada en una profesión reglada⁶⁴. La profesionalización de los cuidados al enfermo hay que contemplarla dentro de la culminación de un proceso de "subsunción real", en términos de Maurice Godelier (1987): los cuidados, como el trabajo, ya no se basan en tradiciones y conocimientos acumulados colectivamente, sino en una tecnología externa, que debe ser aprendida por quien ha de aplicarla, y que procede de los centros distribuidores del saber. Así queda reflejado en el comentario de la enfermera analista Florence Nightingale: "Toda mujer no es por si misma una buena enfermera"⁶⁵, puesto que los cuidados ya no son transmitidos por herencia cultural, se precisa aprenderlos.

Tal proceso incidiría en dos aspectos:

1) la subordinación definitiva de la enfermera al médico, consecuencia de la medicalización.

En las entrevistas realizadas por José Luís Medina se reflejan varios comentarios al respecto: "Influye nuestra historia de sumisión, cuando tus decisiones han estado siempre bajo la responsabilidad de otra persona, que es el médico, que todo lo dicta. ¿Qué colectivo es el que está dirigiendo la enfermería?" (Medina, José Luís (2005; 193)). El campo de competencia de los cuidados de enfermería se ha dejado abordar y absorber por el campo de la práctica médica, al menos como dominio explícitamente reconocido de práctica de cuidados. A finales del siglo XIX, con el avance del imperio de lo científico, los cuidados médicos se

⁶⁴ Anexo: Cronología legislativa

⁶⁵ En Mataix, Susana (1999; 43)

orientan hacia la reparación; cuidar la enfermedad se transforma en tratar la enfermedad, lo que se convierte progresivamente en asunto de especialistas. Las enfermeras son relegadas a mano de obra, grupo subalterno subordinado a la clase médica a la que corresponde la tarea de prescribir el tratamiento y desarrollar la investigación de la enfermedad.

El modelo profesional tendrá como base la relación dominante - dominado sobre la que se desarrolla la función de la mujer "consagrada"; se percibe así la continuidad de un imperativo de respeto y obediencia hacia los poseedores del saber, ahora los médicos. Resulta sintomático que frecuentemente se oriente a las mujeres presuntamente incapaces de realizar otros estudios hacia la enfermería, considerando este hecho como algo positivo.

Por otra parte, el modelo moral de la mujer "consagrada" constituirá aún el punto de referencia para la enfermera: como la Hermana de la Caridad, se considera que la enfermera puede hallar con el cumplimiento de sus duros deberes profesionales satisfacciones morales compensatorias. Al igual que las prácticas de los cuidados de las mujeres "consagradas" descansaban sobre un credo (el religioso), la profesión de enfermera, que les sucederá y solapará, descansará aún durante mucho tiempo sobre un credo similar de grandes aspiraciones ideales, ahora laicalizadas.

2) La subordinación, procesada a través de la desvalorización: siendo la función de la enfermera, y en tanto que cuidar implica un componente emotivo en cuanto que exige poner en juego la capacidad de percibir y comprender, tanto como de actuar creativamente, es objeto de valorización negativa que la presenta como una actividad subdesarrollada, inferior, y la estigmatiza como actividad doméstica, compartiendo así la imagen del resto de actividades consideradas "no técnicas", desde el presupuesto que contempla la técnica como el único terreno que exige conocimientos científicos y que reserve el recurso al saber científico: únicamente al tratamiento. En palabras de Medina (2005; 48): La compasión y el altruismo no pueden ser equiparadas con el rigor y la objetividad del pensamiento científico. Sólo pueden ser un complemento subsidiario. Esta distorsión ideológica del papel de la enfermera es porque los médicos intentan mantener su estatus.

La crisis de enfermería a lo largo de su proceso histórico de definición surge de la contradicción que existiría, siempre desde la perspectiva médica, entre sus

dos características, paralelas de hecho: el componente emotivo y la destreza técnica. La técnica en la enfermería constituye en este momento de la historia profesional el gran interrogante aún sin explorar. Si, desde arriba, se recomienda la sustitución del rol moral por el rol técnico, desde dentro, desde el colectivo de enfermería, la reflexión se dirige a la reivindicación de la condición profesional de enfermería, pasando por el reconocimiento de la necesidad de la capacidad y la imaginación personal traducidas en nuestros días en "empatía" para el cuidado de la enfermedad. Esta es una etapa de reflexión sobre la innovación en la enfermería asistencial.

Se argumenta lo imprescindible de un amplio y riguroso conocimiento de los principios esenciales de tratamiento de la enfermedad, pero al mismo tiempo se subraya el carácter complementario de éstos en el cuidado de la misma: no puede haber un programa técnico que por si mismo baste para el cuidado de la enfermedad. El conocimiento de las técnicas no es estimado como suficiente; en el enfrentamiento con la enfermedad, el uso de la técnica sería indisoluble a la puesta en marcha de la imaginación personal. Esta sería una etapa de creación de ideas para innovar, aunque, como indica André Gorz: "la gente es incitada a ponerse en manos de 'los que saben'"; la curación, el equilibrio psíquico y físico ya no se obtienen por el arte de vivir, la "virtud" y la "higiene" (*hygieia*) en el sentido clásico, sino por constantes intervenciones técnicas".

El campo de competencia de enfermería se sitúa en interrelación con el campo de los, a partir de ahora, "consumidores" o "usuarios" y el de los médicos, compartiendo con ambos zonas comunes. A partir de ahora, ante la enfermedad, se hace necesario determinar cuál es la franja en que la persona enferma puede bastarse a si misma y cuál es la que necesita suplencia. Esta suplencia concierne directamente a los cuidados de la enfermería, sin que necesariamente haya una enfermedad, pero la confusión entre cuidar y tratar, la medicalización, en definitiva, inutiliza la acción de la enfermera y la vuelve dependiente de la prescripción y delegación médica.

A este respecto, el discurso de la enfermera reafirma el "factor humano": aboga por una enfermería humanizada basada en una relación constructiva entre el "usuario y el "cuidador" construida sobre el diálogo: la atención tanto a la palabra como al silencio, puesto que ambos constituyen medios de expresión del enfermo, y a partir del conocimiento del contexto cultural y social del paciente situando las capacidades profesionales en función de su razón y su producto.

Junto al énfasis que hace sobre el componente emotivo, el discurso autolegitimador de la enfermería como profesión no deja de hacer hincapié en su fundamentación científica. Lo que la convierte en profesión es tanto lo uno como lo otro, a partir de una concepción de la profesión entendida como ocupación con componentes éticos y base científica, dirigida a incrementar el bienestar humano individual y social, contrapuesta a un concepto de oficio, entendido como una ocupación basada en actividades rutinarias, modificada por los ensayos y errores experimentados en la práctica individual.

El discurso al que nos referimos como “del cuidador” no es sino el discurso de la vocación. La reivindicación del componente emotivo y de la humanización para el cuidado de la enfermedad expresa la priorización del factor humano -ético- por el que el cuidador vocacional define su vocación profesional; la frontera entre vocación - profesión y la mera ocupación vuelve a ubicarse en la rutina: la presencia del componente ético complementando ahora el factor técnico identifica la enfermería como profesión.

El actual debate que finaliza en este apartado, en torno al estatus de la enfermería, estaría pues, a la luz de lo considerado, polarizado en las siguientes posturas: la vocación frente a la de la definitiva profesionalización técnica.

2.3.7. Del s/XX a la actualidad

En la década de 1910, se crean la Escuela de la Cruz Roja y la de Santa Madrona en Barcelona, fundada esta última por la Mancomunitat Catalana. La primera titulación data de 1915 y está respaldada por la Cruz Roja y otras organizaciones benéficas, laicas o religiosas, las cuales se encargarán de desarrollar los programas de formación.

En el año 1957 se crea el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Esta titulación representaba para la enfermería la incorporación profesional en el primer y segundo nivel asistencial. Se diferenciaba entre el médico de medicina general en que la enfermera desarrollaba sus funciones de auxiliar o asistente de médico, y la asistencia pública domiciliaria o la práctica técnica (en la mayoría de los casos, inyectables, curas, sondajes vesicales o toma de tensión arterial). En la consulta del médico especialista la enfermera colaboraba con el cumplimiento técnico y las curas o atenciones propias de la medicina especializada. En este

caso no se realizaba la atención domiciliaria. En el tercer nivel asistencial, el hospital, la profesional técnica sanitaria ATS ocupó un espacio importante, coincidiendo con la apertura de grandes centros hospitalarios en la década de 1960.

Las tareas técnicas fueron poco a poco ampliándose en funciones de más responsabilidad, como la utilización de técnicas más sofisticadas que las vías parenterales (inyectables). La repercusión de la innovación en este caso fue positiva, ya que la técnica facilitaba la relación asistencial con el usuario. Estos tres niveles de asistencia sanitaria se constituyeron como centros de la Seguridad Social⁶⁶. En Catalunya, como en el resto del Estado Español, la enfermería es transformada en una profesión reglada y este orden se extiende hasta la década de 1970, en que la Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería en el que se perfila la enfermería como profesión, una ocupación que asume una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra el control sobre sus propias competencias: la organización de su propio trabajo, tareas y funciones. Este título académico contempla el término cuidar, concepto asociado a la profesión de enfermería, con unas características específicas, como:

- El bienestar
- La promoción de la salud
- El carácter vocacional de la profesión
- La experiencia en el trabajo interprofesional
- La continuidad y el mantenimiento de la vida
- La calidad de vida en los entornos familiar y comunitario.

Finalmente, la proyección profesional se produce en ámbitos como el paciente con patologías crónicas (diabetes, colesterol, hipertensión, obesidad...), la hospitalización, la atención domiciliaria, o la atención a grupos especiales en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, dando respuesta a los cambios ocurridos en la sociedad, en paralelo con ella. Toda esta innovación asistencial también es exógena. Sin embargo, es evidente que mejora la actividad y el estatus profesionales.

⁶⁶ Anexo: cronología legislativa.

Ya en la década 1980, la Reforma de la Asistencia Primaria de la Salud⁶⁷ establece las bases para que se produzcan una serie de cambios estructurales en la enfermería. A partir de 1985 se inicia la puesta en marcha de la Reforma Sanitaria. En la organización de los centros reformados y no reformados (primer y segundo nivel nombrados anteriormente) se elabora el manual para el procedimiento de recogida de datos, con las definiciones y variables correspondientes, para la enfermería de medicina general y pediátrica. Entre los años 1987 y 1990, en algunos centros, la reforma inicia sus actividades. A principios de la década de 1990 se establecen las características y diferencias entre el modelo tradicional y el modelo reformado. En enfermería se asigna un número de habitantes por profesional, y pasa de ser ayudante del médico a formar parte de un equipo interprofesional con un espacio propio.

Entre algunos cambios de los centros reformados aparecen elementos nuevos, que diferencian los antiguos y viejos modelos de gestión:

- Se incluye la formación y la docencia
- Desaparición de la figura de enfermera de zona
- Se establece un nuevo horario laboral más homogéneo
- Se amplía el rol profesional estableciendo la consulta de enfermería

A lo largo de esta década (1990) se organizan y se van configurando los criterios y características tanto para los profesionales como para los usuarios.

Características de las profesionales de enfermería:

- Dedicación y servicios a los intereses del paciente.
- Capacidad para liderar la gestión clínica y post clínica.
- Capacidad de trabajo y actitud positiva en el seno de un equipo interdisciplinar y multiprofesional.
- Compromiso con aprendizaje permanente para conseguir la excelencia.
- Tener conciencia del alcance de sus decisiones en lo que respecta a la distribución y el uso de los recursos.
- Necesidades y futuro de la población: Este apartado se menciona especialmente por la implicación de la sociedad (población) y de la enfermería en el uso racional del sistema sanitario, dado que la

⁶⁷ Anexo: cronología legislativa

enfermería debería ser quien conozca mejor y más de cerca el estado de salud de la población, siempre y cuando consiga que el usuario disponga de los siguientes criterios:

- Capacidad de participación relacionada con el sistema de salud, tanto en la etapa en que la persona se encuentre con una salud estable, buena, o crítica, en la consulta de su centro médico de referencia, en el centro hospitalario, o en su domicilio.
- Disponibilidad de información (preventiva, diagnóstica, y terapéutica, así como de cuidados).
- Educar en la responsabilidad en el cuidado de su propia salud.

Conviene recordar que en la década de 1990 ya existían documentos elaborados por enfermeras, asociaciones profesionales, del Colegio de Enfermería, y hasta de la propia administración pública de la Sanidad Catalana (ICS) que definían y avalaban estos los niveles de intervención y las competencias de enfermería.

En este nivel asistencial de la asistencia primaria reformada tienen especial incidencia la calidad de atención de enfermería a la población, que deriva de las funciones denominadas independientes, provenientes de las situaciones clínicas o problemas de responsabilidad directa de la enfermera, en las cuales:

- Valora, con un modelo de trabajo: modelo Henderson
- Diagnostica, con unos diagnósticos propios de la enfermería NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association)
- Planifica, mediante un proceso de atención en enfermería (PAE). Es decir: previene, reduce o aleja cualquier situación que se presente a toda persona incapacitada para realizar algo individualmente, siempre que afecte a la salud y además solicite este servicio (Decreto 84.8 Artículo 71).

Con estos criterios, la enfermería reúne los requisitos de una ocupación que asume una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo, que logra, o debería lograr, el control sobre sus competencias laborales y legales, sobre su propio trabajo, tareas y funciones.

En el año 1999 se crean las redes de centros de servicios y establecimientos socio sanitarios y de salud mental de utilización pública en Catalunya. Este servicio será de gran ayuda para la enfermera, para el establecimiento de la

calidad de la atención en situaciones de riesgo, soledad o deterioro de la actividad mental en las personas afectadas. En este dominio se contempla la figura de la enfermera en salud mental, una de las pocas especialidades que se contemplan. Se forma un equipo interdisciplinar con el psiquiatra, el psicólogo, y el trabajador social. La relación de la enfermera asistencial con este equipo es interdisciplinar, aunque solo a título de recibir información y conocimientos, puesto que las decisiones y derivaciones a esta especialidad se ejecutan a través del médico de medicina general que corresponda al usuario.

La enfermera de enlace constituye un nuevo programa para las derivaciones del enfermo hospitalario al centro asistencial de primaria. Esta enfermera colabora en el enlace entre el alta hospitalaria y el seguimiento por su equipo interprofesional: la diada médico/enfermera, y la asistente social (no es profesional de enfermería), que resuelve los problemas de carácter social. Hay que destacar que posteriormente se puso en marcha el equipo de atención domiciliaria compuesto por un equipo interdisciplinar (médico enfermera y asistente social), cuyo objetivo es la atención domiciliaria como soporte al equipo asistencial básico (médico/enfermera). Todas estas aportaciones en que la enfermería está implicada se verán potenciadas por el plan Bolonia (1999). Todo con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios asistenciales y sanitarios.

Situados ya en el siglo XXI, a lo largo de la década de 2000, la vida profesional de la enfermería modifica y dinamiza la forma asistencial del cuidar sanitario a través de la enfermería comunitaria, definiendo y mejorando modelos organizados de trabajo en función de las necesidades de la población, mediante la elaboración de programas enfermeros, y aparecen los primeros documentos sobre innovación en enfermería. Todo ello sucede a la vez que se realizan adaptaciones, actualizaciones y mejoras en los modelos de enfermería, normalizando diagnósticos y facilitando lo que tipifica la actuación profesional, todo ello realizado por enfermeras, grupos y asociaciones de enfermería, tomando referentes de otros países como Alemania, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos e Inglaterra.

En la enfermería comunitaria, la información y la educación sanitaria sobre la salud y la enfermedad, así como la autonomía o la autoridad profesional son aspectos conceptuales que introducen en la profesión elementos innovadores, puesto que la enfermera comunitaria entra virtualmente en un nuevo escenario: el equipo multidisciplinar. La enfermería se extiende a través de la red, donde

inicia una relación multidisciplinar, amplia, dinámica e interactiva. La formación en la red proporciona diversidad de ideas y posibilidades y provee a la innovación de información específica. El cambio del papel de la enfermera comunitaria no se produjo por casualidad: ya era un fenómeno desarrollado y promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Alma Ata 1978). En 1985, su director general, el Dr. Mahler, identificó a las enfermeras como líderes en las estrategias para conseguir la meta: Salud para todos en el año 2000, ya que es un colectivo numeroso y el mas cercano a la población⁶⁸.

En este punto, el modelo de trabajo encuentra y pone en común el pensamiento enfermero. Es como una puerta abierta a la autonomía, la innovación y el cambio, debido a que la enfermería comunitaria encuentra su espacio propio en la atención a la comunidad a la cual atiende, ello implica un compromiso con la propia profesión, las personas, los grupos, la familia, y supone una ampliación de los conocimientos en ciencias de la salud en lo que a prevención de la enfermedad y promoción de la salud refiere.

Cuando se ha mencionado que la enfermería entra virtualmente en un equipo multidisciplinar, significa que, en este contexto, la innovación, el cambio, y la mejora se hacen presentes, aunque siempre desde un esfuerzo y una ambición investigadora personal o grupal, dado que la profesión de enfermería sigue bajo la presión del modelo doméstico, realizando demasiadas tareas como si constituyeran una sola, y esto crea una situación de ajenidad frente a muchas ambiciones no realizadas. Las actividades comunitarias no son una actividad exclusiva en la vida diaria laboral, sino que son parte de la organización laboral. Esto hace pensar que el escenario de trabajo cambia con frecuencia, y que estas situaciones no permiten darle toda la calidad asistencial a la población, puesto que resulta complejo realizar tantas actividades y tareas como si constituyeran una sola.

Por otra parte, aunque, como constata López Izuel, cada vez hay mas enfermeras que optan por realizar carreras de titulación superior⁶⁹, el

⁶⁸ C. Caja (2003; 13).

⁶⁹ "Se ha incrementado el número de enfermeras que ha optado por estudiar otras carreras de titulación superior, como antropología, sociología, pedagogía, etc, y que están en disposición de liderar proyectos de investigación". Cuidados enfermeros. López Izuel, C. Ed Masson, Barcelona. (2005; 67).

conocimiento, la información y la formación resultan insuficientes para actuar de forma coherente ante situaciones tan diversas como la consulta de enfermería con el equipo interprofesional, las actividades técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas, las campañas de vacunaciones, la visita y técnicas a domicilio, la atención al cuidador y su posible claudicación, y la atención en la consulta pediátrica, que requiere unos saberes populares o socioculturales por la implicación de la madre o el padre en la posible patología de riesgo o no del hijo/a.

Todas estas actividades tienen al final o al principio de la jornada laboral reuniones informativas de docencia e investigación.

Así transcurre la vida cotidiana de la enfermería mantenida por el saber, el poder y el talento, con escasas competencias vinculadas donde poder aplicar estas características profesionales. Hay mucha creatividad y poca innovación aplicada.

2.4. Perspectiva socio-antropológica de la enfermería

La posibilidad de pensar la enfermería en otros términos es, actualmente, una realidad, aunque hay quien sostiene que no es así, que es difícil escapar al sello cultural que ha marcado la ideología de la enfermería durante mucho tiempo. Se intenta, a través de la observación participante, desvelar el equilibrio dinámico en cambios de poca magnitud, mostrar nuevas formas de pensamiento, así como valorar métodos y dimensiones sociales y organizativas que fueron ignoradas anteriormente.

El estudio y tratamiento de las aportaciones técnicas y la capacidad personal en el cuidado de la enfermedad sirven para poner de relieve las profundas tensiones micropolíticas que existen entre una y otra actividad en el ámbito laboral, que, con relativa frecuencia, tienden a desfavorecer los procesos evolutivos y de innovación profesional, aunque esto no sea reconocido en muchos sectores, incluso en los ámbitos jerárquicos más cercanos al campo de la enfermería. Se han podido constatar diversas formas de subordinación en el capítulo histórico. La subordinación del hombre a su orden social, la de la religiosa a su comunidad, que implica más dependencia que autonomía por estar subordinadas las religiosas sanitarias a intereses superiores, y la subordinación, ya en los procesos de profesionalización en pleno siglo XX, de la enfermera al médico, consecuencia de la medicalización (forma de alienación de la enfermería a los criterios de la medicina).

José Luís Medina enmarca la opresión y sus consecuencias de una forma muy clara: "Podemos comprender la opresión como un sistema de vectores de fuerzas y barreras interrelacionadas que inmovilizan, reducen y moldean a personas (el contenido de su conciencia) pertenecientes a un grupo determinado generando su subordinación a otro grupo. Una ideología opresora consiste en un conjunto integrado de ideas o sistema de creencias que caracteriza relaciones desiguales en un sistema social e implican relaciones de poder. Esta marginalidad convierte a la persona en una suerte de huérfana cultural, pero, por otra parte, el oprimido descubre que sin libertad no puede existir auténticamente.⁷⁰"

⁷⁰ Medina, José Luís. (2005; 53).

Se trata, en este capítulo, de expresar una visión específica, de cómo percibir la libertad humana, de pensar sobre las condiciones laborales y académicas, que en el orden descrito en el apartado histórico parece se le negaba, al tiempo que este orden creaba las condiciones básicas de su organización profesional. Este supuesto es más una preocupación práctica que académica, aunque sea complejo en este caso entender los dos aspectos separadamente. Es decir, se comprende el orden legítimo de la iglesia, pero no se concibe la ajenidad en etapas de cambios profesionales ni la poca implicación en los mismos, y esta separación real de los productores de la innovación y el cambio con las propias enfermeras las apartaba también de lo que habían sido sus raíces (los cuidados).

Como se explica en la etapa de la religiosa sanitaria, ellas mismas manifestaban su desacuerdo con los cambios que se operaban en el sistema sanitario (tal como lo explican las diferentes religiosas entrevistadas⁷¹) incluso teniendo el apoyo del Concilio Vaticano II. (Necesidad para la Iglesia de la permanente puesta al día de las estructuras eclesíásticas como una exigencia de nuestro tiempo y también del propio mensaje evangélico). Esta explicación materialista podría ser el motivo del potencial individualista que persiste en la enfermería, dado que el control y el orden profesional creaban un sistema de alienación que las separaba de su trabajo, del conocimiento de sus actividades productivas y de innovación, de sus propias compañeras, e incluso de su propia iniciativa.

Se observa que todo esto ocurre en el transcurso del proceso y cambio en las tareas de enfermería a lo largo del siglo XX, y se podría atribuir, con éxito o sin él, a una innovación, a una propuesta evolutiva sobrevenida que la enfermería asimila y cumple, y se sospecha que el problema es que en este trayecto surgen barreras culturales que interfieren la participación proactiva, la aportación desde los intereses propios. La idea de orientar objetivamente el pensamiento consiste en identificar y definir los posibles conceptos que intervienen en la propia objetividad, y explicarlos a través de la percepción y la imaginación. Se ha procedido a exponer las supuestas barreras que influyen en la profesión de enfermería, en su expresión y su lenguaje, no tanto por el concepto implícito en

⁷¹ El acercamiento al Vaticano, siguiendo la invitación del Papa Juan Pablo II — quien dejó una impresión perdurable en ellas — y las numerosísimas tomas de posición, intervención en debates y entrevistas concedidas, muchas de ellas sobre temas de la actualidad más urgente, dan claro testimonio del modo, a la vez, sereno y tenaz de su voluntad participativa.

ellas, sino por la percepción del concepto mismo y su interpretación a través del proceso evolutivo profesional.

2.4.1. Observaciones respecto el concepto cuidar

Los valores de la categoría cuidar son equiparables a cualquier otra disciplina, siempre y cuando los valores profesionales no se jerarquicen ni se traten con inferioridad. Entre criterios y opiniones, Griffin⁷² propone el concepto *cuidar* como concepto fundamental de la filosofía de la naturaleza humana y las relaciones personales. Griffin argumenta que el concepto cuidar forma parte del concepto persona, y no cuidar sería extender o prolongar la incapacidad. Dos variaciones esenciales deben tenerse en cuenta: cuidar un cuerpo joven o en crecimiento, o cuidar un cuerpo enfermo.

Otra cosa sería lo que el diccionario dice, pero el diccionario también refleja ideología, mayormente conservadora. Entre otros significados aparecen localizados términos como atención o interés, contruidos sobre consideración y guía de lo que significa cuidado. Nuevos aspectos surgen cuando cuidar se refiere a una inclinación o tendencia que permite a la persona acercarse a algo más. Es decir, la búsqueda de nuevas formas de pensar distintos significados.

Por otra parte, Carper⁷³ argumenta que, en realidad, lo que interesa es conocer lo que ocurre en la relación enfermera-paciente, y observa que el reconocimiento está en el corazón de la enfermería y cuidar significa lo mismo que el término *to nourish* (nutrir, alimentar, sustentar), como algo que entra en el terreno de la percepción. Carper remarca también que todavía existe una tendencia en enfermería a no acercarse a la literatura, y que si no se investiga, siempre se tendrá la idea de compasión y humanidad que afecta a la enfermería y los cuidados.

⁷² Griffin A.P. (1983; 289-294). Journal of Advanced Nursing #8, en Domínguez Alcón, C. (1992).

⁷³ Carper, B. (1979): The ethics of caring. Advances in nursing science (3): 11-19, en Domínguez Alcón, C. (1992).

Forrest⁷⁴ apela a la experiencia como elemento de apoyo; esta experiencia todavía tiene aspectos subjetivos en muchas profesionales de enfermería, que ya en tiempo de F. Nightingale promulgaban los problemas de concepto y forma en la actividad cuidadora. Actualmente aún se percibe en algunos sectores la historia tal como corresponde a este pensamiento obligado y subjetivo.

Roach⁷⁵ cree que se puede abordar un trabajo interdisciplinario, aglutinando experiencia y teoría, para un planteamiento psicosocial antropológico, como complemento al conocimiento existente. Cuidar es una forma humana de la existencia y esto propugna una cuestión ontológica sobre cual es la naturaleza de los cuidados. Esto ocasiona lo siguiente: la acarreada capacidad de si mismo y los otros, la responsabilidad de actualización permanente y el deseo de mejorar y actualizar la capacidad profesional como otras capacidades humanas.

Esto ha supuesto la expropiación de parcelas profesionales por otras disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, antropología, y la propia medicina) que propugnan un posible abandono de espacios profesionales, por la falta de un cuidado al cuidador. Dunlop⁷⁶ también plantea cambios de concepción en los cuidados de enfermería, para el reconocimiento del papel de la mujer en la sociedad a través de la inteligencia, en sus actuaciones frente a manifestaciones de sentimiento, pensamiento y el hacer cuidar, para que los conocimientos y los estudios sobre estos temas sean tomados seriamente como los de los hombres. Este autor expone un estudio profundo a partir de la poesía de Byron, representativa de las formas de vida del S XIX, sobre la eterna verdad de la naturaleza femenina, y la denuncia de la existencia del hombre en la separación del amor desde la vida, así como las formas de mercancía productiva y división racional del trabajo, relegando el amor y el tiempo libre como equivalencias en forma de actividad. Estas ideas se constatan en tiempos en que la familia victoriana era omnipresente, potenciando el desconocimiento de la situación y corroborando el significado de seguridad y sustento.

⁷⁴ Forrest D. (1989): The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing* (#14; 815-823), en Domínguez Alcón, C. (1992).

⁷⁵ Roach Sr.S. (1984) *Caring: The Human Mode of Being. Implications of Nursing. Monograph 1. Perspectives in caring series.* Univ. Toronto. En Domínguez Alcón, C. (1992).

⁷⁶ Dunlop, MJ. (1986; 661-670) Is a science of caring possible? In *Journal advanced Nursing*, en Domínguez Alcón, C. (1992).

Trabajos recientes que hablan de la posibilidad de consideraciones acerca de la cientificidad en la enfermería están ganando popularidad. La idea de adaptar una literatura a esta propuesta no es tarea fácil: o se concibe desde un feminismo radical, o se traduce tímidamente en un proceso de desarrollo ante la evidencia científica. Esto sería como separar *amor* de *cuidar*, idea que ya permanecía en el pensamiento de Nightingale, cuando incitaba a echarle imaginación a la cuestión sustituyendo *feeling* por *empathy*⁷⁷. El entendimiento desarrollado en empatía hace que la vida de la enfermera no sea una carga en el tratamiento y cuidados a las personas, puesto que las profesionales que gozan de empatía están cargadas de cualidades deseables, como la expresión, el tacto o el calor, pero no lo pueden dar todo. Sin embargo, en el trato con las personas a cuidar, la enfermera puede ser receptora de los elementos que completen estas cualidades, que también tienen su posible expresión desde las competencias transversales, entre la actitud y la aptitud.

Benner⁷⁸ objeta que la situación de separación en la persona afectada se declina hacia el poder de la enfermera como de dominio de lo público, aunque tenga presente la privacidad de la conexión entre cuidados y amor. Sitúa a los actores sociales en un espectáculo repetido, interpretando el "*as if*" ("como si fuera") distorsionando de alguna manera un posible avance de una ciencia de los cuidados, reclamando avivar el curso de la lucha, contra todos los elementos que frenan el proceso, tales como las presiones psicológicas que envuelven el proceso maternal, comparando al otro con una madre y su hijo, en lugar de considerarlo un extraño, a efectos de objetivar la situación en términos profesionales y desechar esta postura ateórica. Mientras se siga implantando el modelo psico maternalista se continuará aplicando el "*as if*" citado por Benner. En esta cita sobre *motherhood* ("maternidad"), la tentación está servida y se presenta como un error de la comunidad de enfermería.

Hay aspectos del cuidar para la educación de la enfermera, sobre el seguimiento y cuidado del cuerpo o la atención psicosocial para las necesidades fisiológicas

⁷⁷ Feeling es la mera sensación, mientras que empatía conlleva una identificación con el interlocutor.

⁷⁸ Benner P. (1984) De la novicia al experto. Excelencia y poder en la práctica clínica de la enfermería. Addison Wesley; California, EEUU. En Domínguez Alcón, C. (1992).

básicas, que han alejado y denigrado las prácticas ideológicas de la enfermería, y no es posible aislar completamente estas creencias de los juicios de valor, porque son parte del pensamiento más profundo del mundo de la enfermería. La idea de reflejar en este trabajo aportaciones y reflexiones tiene que ver con la poca aportación de trabajos en lo que a aspectos ideológicos sobre enfermería se refiere, y las creencias arraigadas son demasiado asumidas para desvincularlas de la propia historia.

Ya se ha indicado anteriormente la importancia que para Medina (2005; 53) tiene la naturaleza relacional de los cuidados: desarrollar y adoptar una actitud de empatía. Sin embargo, esto puede presentar grandes problemas, como indican Mingote Adán y Pérez García (2003; 117) en su estudio sobre el estrés en la enfermería como cuidado del cuidador: alteraciones emocionales como sentimientos de impotencia, fracaso y desvalorización personal. Afectan también otras características del trabajo relacionadas con la salud mental del trabajador: autonomía, uso de capacidades, objetivos externos, variedad de la tarea, claridad ambiental, salario, seguridad física, relaciones interpersonales y posición social.

En las épocas históricas que se han señalado en este trabajo, y que marcan algún cambio, como la secularización de los cuidados sanitarios de la religiosa sanitaria a la enfermera, o los procesos de profesionalización, la producción del pensamiento ha ido marcada por algún tipo de crisis. Las expresiones aquí expuestas corresponden la mayoría a los años 1970/1980, años en que se proclama que la subordinación de la mujer es más social que natural.

2.4.2. Reflexiones sobre enfermería y género

Tanto el género como el determinismo, la familia, lo privado y lo público, o el uso y lo útil son conceptos susceptibles de largas controversias y se agotan las categorías de análisis y argumentos dominantes que rompan sus principios teóricos. No obstante, se ha creído oportuno aportarlos en este apartado.

En este trabajo de investigación, los cuidados de enfermería en sí mismos ni se cuestionan. Las intervenciones profesionales en la enfermería los ponen de manifiesto sobretodo, porque a pesar de los cambios en las sociedades contemporáneas, los movimientos sociales y culturales, las dinámicas sanitarias

y la subordinación, se insiste en pensar que la enfermería, por su valor social y sanitario, sigue en las redes sociales y profesionales sin demasiados obstáculos.

En esta profesión, la educación y la costumbre han enseñado, a quien ha accedido a ella, más de lo que realmente le ha dado en lo que atañe a estatus y perspectivas profesionales, dado que todavía podemos pensar que las mujeres, y su gran incidencia en los estudios de enfermería, han sido y son socializadas con una presión no menor a aceptar la existente división de sexos en el mundo laboral.

Lèvi-Strauss destaca que la división conceptual de las cosas varía con la lengua, y que el uso de términos más o menos abstractos no está en función de la capacidad intelectual, sino de los intereses desigualmente marcados y detallados en el seno de cada sociedad particular. Asimismo, Strauss señala que el análisis sobre determinismo y familia como marco de la categoría género empieza en los años 60 y 70 (Lèvi Strauss (1998; 20)). Y que con la categoría de análisis, la idea de decadencia no corresponde exactamente a la palabra familia, en el sentido que la conocemos: estructura, orden, control, sino al hogar como expresión más propicia para comprender que los hechos en sí no tienen interés, sino el fenómeno que se produce en torno a ellos.

La analogía patriarcal (médico-enfermera-enfermo), casi proscrita actualmente en algunos ambientes profesionales, dejó algunas influencias proteccionistas, y permitió a la enfermera, en las décadas citadas 60, 70 y 80, la posibilidad de vivir en armonía con su entorno y discernir acerca de los valores profesionales que le fueron dados, participando la enfermería en la superestructura de las relaciones sanitarias y sociales.

La perspectiva socio antropológica permite observar la historia de los cuidados desde dos ángulos: El primero en el sentido histórico, a través del desarrollo evolutivo, los medios para conseguirlo, y la visión cultural. Un segundo aspecto permite observar la dinámica propia de la historia de la enfermería, relacionada con la política, económica, sanitaria y social, es decir no sólo se observa la perspectiva dinámica externa sino también la interna.

Pero... ¿cómo asumir o desvelar responsabilidades que no nos corresponden? El caso de la enfermería, representada en mayoría por la mujer, y sin ánimo de justificar la propia realidad intangible, ha creado en esta profesión situaciones

ilimitadas, mezcladas, aleatorias y difusas en el campo de actuación, porque el intento de configurar la ideología profesional de la enfermería a través del análisis histórico es complejo de realizar, y es difícil acogerse a conceptos emancipadores, dado que muchas palabras y conceptos hablan por sí solos.

2.4.3. Tratar y cuidar: disociación.

Es importante determinar los conceptos y valoraciones acerca del significado como explicación teórica de la situación de la subordinación de la mujer, sus analogías y malentendidos, y la correlación de este supuesto en la actualidad, desde la Antropología de la mujer. Amorós (1991) insiste sobre la clarificación de conceptos, porque sino no se sabe de lo que hablamos. Cuando se tratan de temas complejos, la *inexactitud* es una norma. Se comprende por esto que los escritores contemporáneos que tratan temas como el matriarcado, el género, la subordinación o el poder maticen las inexactitudes que hacen de las teorías una norma⁷⁹. ¿Deberíamos relacionar tolerancia y costumbre? ¿Se desea o no se desea conocer las cosas?

Un ejemplo que permite reflexionar: El derecho a la propiedad privada convierte el trabajo de la mujer en servicio doméstico, que a su vez se inscribe en la esfera privada, y no es la privacidad que tendrá luego laboralmente en el capitalismo. Esta es una diferenciación importante. La selección natural y las influencias sociales en el orden familiar, sobretodo reproductivo, obvian distintos niveles lógicos, sus formas de análisis desde otras analogías para el tratamiento de la producción y la reproducción, y los planteamientos jurídicos de igualdad en las condiciones de contrato de trabajo entre el capitalista y el proletario, y así, de la dependencia económica de la mujer al cabeza de familia⁸⁰.

Amorós analiza estos planteamientos utilizando razonamientos que, por pura analogía, son sólo una inversión. Términos como producción y reproducción configuran, según su interpretación teórica, una forma de determinismo biológico que la dialéctica histórica interpreta a través de la relación entre producción en sentido marxista, y reproducción en sentido biológico⁸¹. Pongamos que esta reflexión induce a visionar los cuidados sanitarios en el plano de la unidad básica: la familia⁸². La realidad de la enfermería, desde su posición y

⁷⁹ Amorós, C. (1991; 274)

⁸⁰ Amorós, C. (1991; 253)

⁸¹ Amorós, C. (1991; 258)

⁸² La familia, como alternativa, podría considerarse como el modelo más arraigado a la tradición cristiana y como soporte mayor a esta parte de la desigualdad social que es la enfermedad para quien la padece.

mantenimiento en las redes sociales, como una posible analogía sobre la familia como elemento activo, no es estacionaria, siempre evoluciona. Sin embargo, la evolución del parentesco es pasiva, y sólo se modifica cuando la familia se modifica radicalmente⁸³. ¿Podría este supuesto servir para interpretar la trayectoria de los cuidados a través de la historia?

Las reflexiones de Amorós sirven para cuestionar qué es en realidad la familia y su relación con la enfermería: ¿qué entendemos por ella?, ¿de qué se habla cuando hablamos de familia? ... ¿de matrimonio? ¿Unidad doméstica? ¿Parentesco? Esta posible confusión incita a pensar que, entre estos términos o conceptos, la familia es la que ha conseguido sobrevivir con una cierta fortaleza, a pesar de los cambios y situaciones que podríamos percibir desde diferentes puntos de vista. Dado que ha conseguido, debido a su astucia venciendo obstáculos, adaptarse a todo, colocándose en el futuro.

Como apuntaba Collière (1993; 75), en el trayecto de la mujer consagrada a la auxiliar médico se establecía un nuevo modelo de dependencia, y el riesgo de la dependencia está en los límites de competencia interprofesional, reconociendo como superior o jefe al médico: doble dependencia heredada del modelo religioso, sometido ahora al modelo médico. Esta categoría se ve modificada en la actualidad por los cambios instaurados alrededor de las funciones, composición y estructura de la familia, cambios en los que todavía en la mayoría de ocasiones y transportado al ámbito laboral, la mujer se constituye como vehículo y organizador de los cuidados sanitarios en diferentes ámbitos en que esta actividad se requiera.

La explicación podría hallarse en que la enfermería, por sus características de cuidadora, está involucrada en intereses políticos, económicos, culturales y sociales, que hacen pensar en un posible progreso. Desde la profesión no se duda de la existencia de un progreso, lo que impide verlo es la inercia histórica del problema, traducida en este caso por tratar muchas cuestiones distintas como si constituyeran una sola. Esta reflexión tiene que ver con la responsabilidad de proyectarse política, cultural y socialmente, aunque esto

⁸³ Engels apoya este supuesto, y cree aún más que el parentesco se osifica por la fuerza de la costumbre, mientras que la familia sigue su evolución independiente de él (Engels, F. (1970; 43)).

comprometa hasta una comprensión de la realidad que se resiste a desaparecer, evidenciando el alto coste de la responsabilidad.

El problema sigue siendo la distinción entre cuidar (referente a la enfermería en su carácter asistencial) curar (referente al médico; la medicina), y tratar, (referente a la técnica terapéutica o administración del tratamiento prescrito por el médico⁸⁴). Esta última actividad, *tratar*, se ha desarrollado y se desarrolla en el mundo contemporáneo de la enfermería, y se ejecuta libremente, previa autorización médica. Parece obvio pensar que la actividad técnica de la enfermería, *tratar*, esté determinada al cuidado y seguimiento de este tratamiento y la curación de la enfermedad que trata.

La constitución del *tratar/cuidar* en una sola actividad, bajo la jerarquía médica, determina el problema de la libertad, que es un problema para la enfermería, puesto que, cuando se ejecuta una técnica, tanto diagnóstica como terapéutica, la responsabilidad profesional es de la enfermera, ya que es la responsable autorizada profesional y legalmente para ello. El problema de la determinación es un problema de actos, de acción y de resolutiveidad. El tratamiento de la enfermedad sigue siendo el componente que vincula la profesión médica a la profesión enfermera, y no podemos aislarnos de ciertas formas de determinismo doméstico que han condicionado el producto enfermero hacia tareas dedicadas al campo médico. Esto no significa que la enfermería escape de la responsabilidad

⁸⁴ Curar, cuidar y tratar, tres conceptos muy diferentes entre sí pero también vinculados y separados a la vez, según su utilización:

- Curar; corresponde al campo de la medicina; curar, sanar la enfermedad, a partir de diagnósticos científicos y empíricos, basados en la mirada clínica, y proponiendo un tratamiento adecuado.
- Tratar, técnica de aplicación diagnóstica y terapéutica. Esta actividad relaciona la enfermería y la medicina.
- Cuidar, tratamiento preventivo, paliativo de la enfermedad y promoción de la salud, que corresponde a la enfermería. Su acción corresponde a la actuación interdisciplinar o autónoma. Interdisciplinar con la medicina y otras disciplinas, y autónoma por la autonomía propia de la enfermería, en las situaciones que corresponda por la relación con la persona, tanto en la salud como en la enfermedad, en el entorno cultural y social en que se encuentre.

profesional, pero no es una responsabilidad política ni social, sino cultural⁸⁵. Éste podría ser uno de los motivos de la necesidad de innovación organizativa y relacional (innovación asistencial, endógena, propia de la enfermería).

Existen muchas contradicciones en momentos decisivos que tienen que ver con la ambigüedad entre el espacio que media entre ambas actuaciones: cuidar (asistencial) y tratar (técnica). La enfermería lleva implícita esta ambigüedad, pero la medicina también: los médicos no cuidan. Aunque la medicina tenga un estatus político de apoyo, cuidar y tratar son dos acciones complementarias que determinan la necesidad de actuar en sus diferentes niveles: asistencial y técnico, campos vulnerables y estratégicos para un compromiso de innovación, dado que las actuaciones técnica y asistencial, practicadas conjuntamente, permiten utilizar los avances técnicos y la vez los avances y mejoras de relación con el usuario, con las capacidades profesionales y la actitud personal. Todos estos elementos tienen una relación estricta con la actuación profesional.

Así, podríamos percibir, según Celia Amorós, cómo sucede el encadenamiento de hechos, determinados por sus antecedentes. El determinismo enseña que partes del Universo arraigadas culturalmente han determinado lo que otras partes han de ser, y que el futuro no guarda posibilidades ambiguas ante situaciones universales o universalizadas como las que tratamos de explicar.

Ahora bien, convendría reflexionar ante los cambios en la trayectoria profesional de la enfermería en lo que respecta a cuidar, es decir en la parte más asistencial que técnica, y valorar si los modelos de actuación de la enfermería en sus diferentes aspectos tales como la enfermería comunitaria, la salud mental, la atención geriátrica, la docente y la formativa, es decir, situaciones en que la autoridad sanitaria es la enfermera, se han convertido en mejoras. Muchas de estas actuaciones se mezclan con aportaciones técnicas y se podría entender que están involucradas en la innovación sobrevenida, exógena, que la enfermería ha asimilado, cumplido u obedecido.

⁸⁵ "Con esto no se pretende despachar de un plumazo programático un asunto sumamente complejo, que involucra discusiones que están lejos de haberse cerrado (como por ejemplo, la validez teórica del determinismo o la de como se cumple el requisito de ser persona, que algunos exigen para predicar autoría respecto a una acción, pero, sí dejar claro cuáles son los caminos que sabemos que no llevan a ninguna parte." (Arendt, Hannah, 1995; 14)

En esta innovación podríamos decir que muchas de estas mejoras han sido aceptadas sanitaria y socialmente, observando que parte del progreso se podría atribuir a la parte más asistencial de la enfermería, que con innovación (exógena o no), ha convertido en mejoras en la calidad asistencial y profesional, aunque fuera siguiendo la forma de actuación de asimilar y cumplir instrucciones, como en anteriores etapas.

Ésta podría ser la gran diferencia que todavía permanece invisible, y lo que podría confirmar la hipótesis y dar respuesta a la cita que mostramos en la introducción de este trabajo, sobre la no correspondencia entre el progreso de la medicina con el progreso de la enfermería relacionadas con la salud de la sociedad. ¿Tiene esto que ver con las formulaciones y supuestos que ya en su tiempo proponían pensadores como Engels sobre instituciones como la familia y su evolución⁸⁶? Esta posible confusión en el desarrollo profesional se explica desde el abandono del cuidar sanitario, cultural y social, por el auge tecnológico, tanto por la influencia de la medicina desde el tratamiento, como de los criterios de cambios e innovaciones propuestas desde la propia administración sanitaria, por las necesidades que correspondan en el momento de los cambios, a menudo sobrevenidos, tanto sanitarios como culturales y sociales.

Faltaría resolver si la enfermería sigue en solitario toda la evolución o acepta esta fragmentación que permitiría la posibilidad de indisolubilidad de las dos actuaciones profesionales en momentos que la profesión lo requiera. Intentar disociar los conceptos *tratar* y *cuidar* en situaciones de necesidad parece incómodo para el *statu quo*, pero el ingente cambio femenino experimentado en el occidente capitalista hace pensar a la enfermería en la dificultad de superar ciertas formas de subordinación posiblemente derivadas del proteccionismo, en detrimento de la autoridad profesional en situaciones propias de la profesión.

No existe interés en volver a cuestionar el viejo problema determinista, pero se agotan las categorías de análisis y argumentos dominantes que rompan las

⁸⁶ “Engels tiene un poder sistematizador: dota a la teoría de un poder de totalización,... si ve un vacío teórico lo llena y redondea la visión del mundo.” Amorós, C. (1991; 225)

barreras culturales que interfieren en la identidad y la ideología profesional⁸⁷, para abrir muchas incógnitas que desvelan ciertas críticas sobre la ausencia de la condición profesional como carácter complementario en las aplicaciones técnicas propias de la enfermería. Este debate que ya propugnaron expertos en enfermería⁸⁸, es hoy una categoría de análisis.

2.4.4. Doméstico vs familia/hogar⁸⁹ y la sombra de lo político.

Por mucho que la política se quiera liberar de la necesidad, es imposible, pues la más libre de las formas de vida está relacionada con ella⁹⁰.

El concepto *política* se propone, en este trabajo, como una forma de reflexión, puesto que, como profesión, la enfermería está involucrada en intereses políticos

⁸⁷ Hasta bien entrados los setenta, la identidad y la ideología fueron fraguando en un único concepto: era un solo pensamiento. La ampliación de los estudios de grado medio Universitario de Enfermería a una Licenciatura superior por la especialidad en Antropología Cultural, cambió la forma de ver las cosas, y desarrollé expectativas ante posibles cambios en el conocimiento sobre la evolución y el desarrollo profesional: la profesionalidad sin influencias ideológicas. La identidad profesional.

⁸⁸ Primera reunión de expertos en enfermería, Suiza, 1950: *En aquellos países donde solo la medicina ha alcanzado un alto grado de desarrollo, y no así la enfermería, el estado de salud de la población no refleja el nivel de progreso logrado por la primera.*

⁸⁹ Lo doméstico es un término que se utiliza de forma peyorativa. Familia y hogar son términos relacionados comúnmente con lo doméstico, y no debería entenderse así; la familia es independiente de los otros dos conceptos, porque ya es por sí misma una institución que evoluciona a través de los tiempos. No así el hogar, que se relaciona mas cerca con el entorno doméstico. Ambos son aliados incondicionales de la institución familiar.

⁹⁰ "La verdadera experiencia política, al menos en Platón y Aristóteles. Permaneció tan sólida que nunca se puso en duda la distinción entre la esfera doméstica y la vida política. Sin dominar las necesidades vitales en la casa, no es posible la vida ni "la buena vida", aunque la política nunca se realiza por amor a la vida. En cuanto miembros de la polis, la vida doméstica existe en beneficio de la "gran vida", de la polis." Hannah Arendt (1996; 48)

y económicos a los que se debe dar respuesta. Esta reflexión tiene que ver con la responsabilidad de proyectarse política y socialmente.

Arendt (1996) considera que la vida política del hombre está entre dos facultades: el discurso y la acción⁹¹. Ambas son coexistentes e iguales. Originalmente, la mayor parte de la política se realizaba con la palabra, pero había algo más fundamental que encontrar palabras oportunas: la acción oportuna. Según la misma autora, la sensación de realidad de la persona depende en gran parte de la esfera pública, en donde el orden social domina las cosas comunicables, y por tanto adscritas a la historia oficial, y no así la esfera privada, en que mucha de la historia escrita sobre los cuidados ha tenido un punto de vista moral.

Las profesiones sanitarias, y especialmente la profesión enfermera, tienen su estructura modelada a partir de las relaciones entre los miembros de las familias a quien el cuidador cuida. Éste es el motivo fundamental de su carácter privado. Pongamos por ejemplo la inmersión de la enfermera en las nuevas perspectivas profesionales de la asistencia primaria, en el entorno doméstico (domiciliario) o las conocidas situaciones de entorno familiar que rodean al enfermo hospitalizado: la espera ante la puerta de un quirófano, de la relación usuario-enfermera, así como de todo el entorno familiar del paciente, etc. Todo ello es una esfera privada⁹² en que la enfermería actúa, con una cultura difícil de reconocer y utilizar políticamente.

⁹¹ "Según el pensamiento griego, la capacidad del hombre para la organización política no es sólo diferente, sino que se halla en directa oposición a la asociación natural cuyo centro es el hogar (*oikia*) y la familia. El nacimiento de la ciudad-estado significó que el hombre recibía "además de su vida privada, una especie de segunda vida, su bios políticos". Hannah Arendt (1996; 39)

⁹² "El significado más elemental de las dos esferas indica que hay cosas que requieren ocultarse y otras que necesitan exhibirse públicamente para que puedan existir. Si consideramos estas cosas, sin tener en cuenta el lugar en que las encontramos en cualquier civilización determinada, veremos que cada una de las actividades humanas señala su propio lugar en el mundo. Esto es cierto para las principales actividades de la vida activa: labor, trabajo y acción; pero hay un ejemplo, si bien extremo, de este fenómeno, cuya ventaja, como botón de muestra, radica en que desempeñó un considerable papel en la teoría política." H.Arendt (1996; 78).

La enfermería ha superado los límites de estas situaciones adaptándose a todo lo que le ha sobrevenido. La propia vida profesional le ha enseñado que, además de convivir con la salud y la enfermedad, también debe hacerlo con todo el entorno cultural y social que rodea a las personas, sólo que la inercia de muchos años sin historia reconocida ha hecho a la enfermería creer sin pensar, asumir que esta profesión era y es parte del cuerpo social que le toca vivir.

La interpretación de la necesidad del cuidado de la salud como requisito de la condición humana sitúa a la persona en su estatus de igualdad, ya que los estados patológicos limitan las actuaciones públicas, quedando las personas condicionadas por la necesidad de cubrir su autonomía funcional. No hay mayor desigualdad que enfermar. Éste sería el rasgo distintivo de la esfera doméstica, donde la desigualdad somete a la persona a la necesidad de poner su vida bajo el control de otra persona. En el momento en que desaparece la causa de esta privacidad (la desaparición de la enfermedad), la persona, libre otra vez, ingresa de nuevo con el estatus de igualdad en el mundo común de la esfera pública, donde todas las personas son iguales (en términos de salud y enfermedad).

Esta condición de libertad de la persona para su incorporación a la vida pública se percibe en el momento en que ésta no es dependiente de ser gobernada por otra persona, sino que está en un mundo relativamente libre y común para todos. El proceso patológico del hombre ha estado durante mucho tiempo desvinculado de la esfera política, pese a que tener cubiertas las necesidades sanitarias está implícito en los quehaceres públicos, puesto que una buena salud es necesaria para decisiones fundamentales que afectan a las sociedades en general.

Este planteamiento situacional en el que transcurre la vida humana ya tenía su interés en el mundo griego, con la organización de los quehaceres políticos, en oposición a la asociación, cuyo centro era el hogar. Con el nacimiento de la ciudad-estado, el hombre entró en una doble existencia, en la que se evidenciaba una importante distinción entre lo que es suyo y lo que es comunal. La distinción entre el terreno público y el terreno privado corresponde a la distinción entre político/público y lo privado/ familiar.

Aunque históricamente exista una relación entre el nacimiento de la ciudad-estado y la familia, en el contexto de lo privado prevalecía y prevalece la sombra del hogar, que no ha llegado a desaparecer.

Este hogar es la esfera doméstica, donde los hombres viven sujetos a las necesidades biológicas, instaurándose éstas en la familia, tanto en las formas tradicionales como en la actualidad en sus diferentes modalidades, como un ente más formal en el entendimiento del término. En este entorno (la esfera doméstica, y, por analogía, el entorno hospitalario o la atención domiciliaria), la condición de libertad esta supeditada al control de las necesidades vitales, desempeñadas en esta unidad básica. Entre ellas, la de librar al cuerpo de lo patológico. Hay que destacar que se puede vivir la vida sin tratarla, pero no se puede vivir la vida sin cuidarla⁹³.

Lo doméstico, reconocido por muchas profesionales como algo implícito en el ambiente profesional, se tratará de explicar a través del discurso autolegitimador del cuidador, que se percibe desde el concepto generalizado de la medicalización⁹⁴ propia de la enfermería. La condición profesional, somatizada en la unidad doméstica, no parece estar en disposición de aceptar el discurso del hogar, discurso político que no es más que un discurso liberalizador del propio capitalismo, un sistema que concibe la plena dedicación del hombre a la producción y la familia como un aliado precario.

Aunque este sistema patriarcal, capitalista y proteccionista exista, parece obvio que los cuidados deberían seguir independientemente de él. Este supuesto permite manejar ciertas ideas sobre la actividad de la familia a través de los tiempos, y cómo se puede equiparar su evolución con pasajes de la actividad profesional de la enfermería. La profesión enfermera no está obligada a abandonar el legado histórico, puesto que la estructura y funcionamiento de la familia se modifican por los cambios acaecidos en las sociedades

⁹³ Collière, M. F., (1988) Une histoire usurpée: l'histoire des femmes soignantes. (Cahier Amiec, #10, pp 23-45)

⁹⁴ "Formada de esta manera, la enfermera desarrolla una práctica de cuidados totalmente tributaria de la práctica médica, facilitando considerablemente el ejercicio de ésta. De esta forma se convierte en agente de información y agente de ejecución del diagnóstico y el tratamiento." Joanon Dr. P; Les infirmières "polivalentes", Infirmière Française. (1930; 67)

contemporáneas, en composiciones complejas que se adaptan a nuevas formas de vida, y la influencia que esta unidad básica ejerce en los cuidados modifica el tratamiento de estos, pero no los abandona.

2.4.5. Medios y fines

La valoración y el juicio de lo que se debe hacer o seguir en un nuevo proyecto lo clasificaremos como medio para conseguir un fin⁹⁵. La ética de la responsabilidad sobre la relación entre medios y fines pone en cuestión el viejo problema del utilitarismo⁹⁶, dado que las consecuencias de la acción de un plan deseado suelen ser, a menudo, diferentes de las intenciones que se tenían⁹⁷. Los objetivos planteados en el trabajo de campo tienen la intención de aproximar la enfermería a la innovación, a través de la clarificación de la identidad profesional⁹⁸.

⁹⁵ "Los útiles instrumentos del *homo faber*, de los que surge la más fundamental experiencia de instrumentalidad, determinan todo el trabajo y la fabricación. Aquí sí que es cierto que el fin justifica los medios; más aún, los produce y los organiza.... La madera justifica la muerte del árbol, y la mesa la utilización de la madera. Debido al producto final, se diseñan los útiles y se inventan los instrumentos, y el mismo producto final organiza el propio proceso de trabajo, decide los especialistas que necesita, la medida de cooperación y el número de ayudantes. Durante el proceso de trabajo, todo se juzga en términos de conveniencia y utilidad para el fin deseado y para nada más." Arendt, Hannah. (1996; 173)

⁹⁶ "Esto explicaría el punto de vista de J. Bentham y su panóptico circular sobre el poder y el punto de vigilancia y control desde un lugar singular. La imagen del panóptico impregna todas las discusiones contemporáneas sobre la vigilancia. Tanto el término como la idea fueron introducidos por Jeremy Bentham y posteriormente retomado por el filósofo francés Michel Foucault en su obra tardía, hacia 1970: *Vigilar y castigar*." (Whitaker, R., 1999; 46).

⁹⁷ En el caso estudiado de innovación aplicada, establecer los objetivos deseados contribuye a disminuir la presión asistencial no rentable administrativa ni burocráticamente, en beneficio de un tiempo de evaluación e investigación más participativo en situaciones de necesidad y mejora de las relaciones interprofesionales en los espacios sanitarios.

⁹⁸ Los objetivos de mejora se observan en el gráfico (ver el *Caso práctico de innovación aplicada* en el trabajo de campo). La dirección de los objetivos hacia

Muchas actividades profesionales en el campo de la enfermería pueden estar sujetas al fenómeno utilitarista, por su relación con la medicina, con otras disciplinas, y, a la vez, con el propio usuario sanitario, constituyéndose la enfermería, en el ámbito de los cuidados, como árbitro entre ellos, creándose un abismo entre la verdad fáctica y la verdad ética. Comprender este supuesto debería acrecentar la cultura estimulante como un variable más de los valores profesionales: ¿dónde estamos exactamente?

Los valores propios de la enfermería no se registran como tales, y se deberían considerar como elementos de cambio y de innovación permanente, por la continua variación de los modelos sociales y culturales, así como en las variaciones y apariciones de nuevas patologías de la persona. Es obvio que se refuerzan los programas enfermeros en situaciones cruciales y estratégicas, pero en menor cuantía se refuerza la identidad profesional⁹⁹, y menos aún la profesionalidad.

En la enfermería, la instrumentalidad de los útiles está muy relacionada con el objeto: su valor humano, por el uso que hace de ellos en lo que se refiere al seguimiento del curso biológico de la persona. Podríamos poner en cuestión que la técnica en enfermería difícilmente remplazará lo que garantiza la mente y las

una mejora distributiva de las cargas de trabajo del paciente crónico crearon desacuerdos con el propio usuario, pero no en la relación interdisciplinar médico/enfermera ni con la organización del centro ni con los protocolos pautados. Las visitas mensuales del frecuentador y del usuario dependiente se condujeron según el protocolo pautado en visitas periódicas cuatrimestrales en todos los pacientes por igual. La línea de separación delimita el uso de las horas disponibles de la enfermería, que la propia enfermería debía vigilar y cuidar.

⁹⁹ Hasta bien entrados los setenta, la identidad y la ideología fueron fraguando en un único concepto, era un solo pensamiento; hasta entonces era posible conformarse con una explicación sencilla: las cosas se creen, se asumen y se hacen propias, pero algún día sucede que se empieza con pensamientos e intuiciones y el entendimiento extrae de lo múltiple una universalidad, un algo abstracto: posibles cambios en el conocimiento sobre la evolución y el desarrollo profesional: la profesionalidad sin influencias ideológicas.

manos humanas guiadas por la razón, aunque para muchas personas de las sociedades actuales, la técnica y los avances tecnológicos son como caparazones pertenecientes al cuerpo humano, como el caparazón pertenece al cuerpo de la tortuga, como una estructura innata al organismo humano y en medida siempre creciente en el medio ambiente de las personas¹⁰⁰. Pero no se debe olvidar que la técnica aplicada en el entorno sanitario se valora también por la persona que la aplica.

Los futuros posibles en el desarrollo profesional tienen mucho que ver con los útiles, pero la escasa visibilidad en las actividades, y la apreciación sobre lo útil y lo necesario en el campo de la enfermedad, presentan posibles riesgos y dificultades en el modelo utilitario que se ha constituido durante mucho tiempo en el propio ideal de utilidad. El desafío a este supuesto está en cuestionar la realidad de su propio uso, cuando todavía, en muchas áreas de actuación, la enfermería se encuentra atrapada en una interminable cadena de medios y fines, sin llegar a ningún principio que pueda justificar la categoría de medios y fines, esto es la propia utilidad de la participación profesional.

El utilitarismo, como concepto, se ha estudiado como una barrera cultural, por estar implícita en el contexto de la propia actividad enfermera, de cuidar la enfermedad en un contexto doméstico, sin pretensiones objetivas. La presión sistemática en los centros de trabajo convierte las cosas valiosas del área doméstica en simples medios carentes de valor, dado que, la utilidad no crea, no inventa, simplemente aprovecha y estabiliza lo que sin ella fue creado.

¹⁰⁰ La liberación de la mano de obra que se asignó a la máquina. Arendt, Hannah. (1996; 171)

3.1. Metodología de investigación

El trabajo de campo se ha realizado usando diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas, como entrevistas a enfermeras, talleres foro delphi, y entrevistas personales, así como el análisis de un caso de innovación aplicada y un cuestionario amplio por Internet basado en los resultados previos. El objetivo del trabajo de campo es determinar la validez de las hipótesis mediante métodos equilibrados cuantitativa y cualitativamente, ligando los resultados de las diferentes técnicas.

Siendo el concepto de innovación muy relativo y difícilmente cuantificable, se ha optado por un sistema autorreferencial, es decir, considerar innovación lo que todas las personas han considerado innovador individualmente.

Merece especial indicación la alta participación e implicación de todas las enfermeras y enfermeros en los diversos trabajos de campo, lo que refleja un claro espíritu positivo de cooperación frente a la innovación. Este optimismo contrasta con la percepción de la historia de la enfermería, que la mayoría de literatura se presenta como una historia de servilismo sin iniciativa. A lo largo de 2 décadas se ha recopilado suficiente información útil mediante varios estudios de focalización que han permitido orientar cualitativa y cuantitativamente la relación entre enfermería e innovación.

El primer estudio del trabajo de campo consistió en entrevistas personales a diversas religiosas sanitarias de diversas congregaciones a fin de comprender el cambio que supuso para ellas la profesionalización de los servicios sanitarios, para comprender el efecto de la evolución sobre las profesiones.

El segundo estudio consistió en realizar entrevistas a colectivos de enfermería de carácter cultural e ideológico en momentos diferentes y compararlas a fin de evidenciar tendencias. La primera se realizó en 1989 y la segunda en 2000, con el mismo cuestionario. Los principales resultados se indican más adelante, aunque conviene adelantar que la percepción de la capacidad innovadora de la profesión evolucionó a positivo.

Para comprender correctamente los mecanismos de la innovación propia de la enfermería, se realizó una prueba piloto de discurso profesional aplicado a la mejora asistencial de pacientes crónicos en el área asistencial, como modelo de adaptación de un discurso profesional en la práctica enfermera. Experimentar el proceso de innovación en toda su extensión presentó la sorpresa de la gran implicación del colectivo en la construcción de una ideología profesional aplicada al ámbito asistencial: 20000 datos recopilados manualmente por las voluntarias del proyecto. El proyecto consiguió el objetivo: reducción de visitas de pacientes crónicos, mejora del autocuidado, disminución de claudicación de cuidadores de enfermos crónicos, etc. Sin embargo, el proyecto fracasó en la última fase: la difusión. La comunicación de resultados exitosos a otros colectivos de enfermería asistencial, posiblemente, consecuencia del agotamiento habitual en el fin de proyectos innovadores. Tras el diseño, la ejecución y la evaluación satisfactorias, no se compartieron los resultados. Se analiza como caso práctico de innovación aplicada en el tercer estudio del trabajo de campo.

Para finalizar el proyecto se han podido realizar nuevas aproximaciones a la relación entre enfermería e innovación usando nuevas tecnologías: El cuarto estudio es una aproximación cualitativa mediante un taller-foro delphi. El taller delphi¹⁰¹ permitió obtener respuestas consensuadas, descubrir hilos comunes, o, en el caso que nos ocupa, facilitar el diseño de una consulta final para ser aplicada por internet, de la que también se presentan los principales resultados.

En la presente tesis se realizaron dos talleres a dos paneles de 10 expertas, con circulación de dos cuestionarios, que se encuentran completos, junto con las respuestas y su análisis en el CDROM adjunto. A fin de asegurar que el proceso fuera correcto, se realizó también un estudio de validación con 10 enfermeras/os diferentes para revisar la adecuación de los conceptos asociados y agrupados durante el proceso. Se incluyen también todos los datos relativos a la validación. En total participaron 30 personas en los 2 talleres delphi.

¹⁰¹ Un taller delphi es un sistema de discusión iterativa y anónima entre expertos hasta alcanzar convergencia de opiniones. Su funcionamiento es muy sencillo: se elabora un primer cuestionario, se envía por correo electrónico a las personas participantes, se recopilan los datos, se analizan, y se diseña un segundo cuestionario para ampliar o focalizar los resultados, que se vuelve a enviar al panel de expertos/as.

Los datos obtenidos en los talleres permitieron cuantificar, ordenar, e interpretar las respuestas de una forma analítica cuantitativa. A pesar de realizarse con un número relativamente reducido de participantes en comparación con técnicas claramente cuantitativas, el sistema delphi presenta la gran ventaja de que se lleva a cabo con expertos reconocidos en la materia de estudio, lo que confiere un gran peso significativo a la cuantificación. Su principal fuerza, de todos modos, es dimensionar un consenso, un mínimo común múltiplo.

A partir de los resultados del taller delphi, se diseñó un estudio final: una consulta cuantitativamente amplia por internet. Éste estudio incluye varias de las preguntas mas relevantes obtenidas del taller delphi, y también se encuentra analizado en el trabajo de campo, y los datos anexos en CDROM adjunto.

3.2. Entrevistas a religiosas sanitarias

Comprender los efectos del cambio es difícil sin la perspectiva de quien ha sido afectado por él. El contenido ideológico que ha desarrollado el cuidar sanitario a través del proceso histórico permitió la construcción de la vocación, término ambiguo y polisémico que creó un orden sin precedentes en el que no se tuvo en cuenta el modelo ideológico que representaba. El supuesto planteaba la duda de si iniciar el estudio a partir de entrevistas, escuchando las experiencias, o indagar la historia. Para la resolución del problema se inició la búsqueda de fuentes que permitieran realizar una aproximación a la enfermería desde la vocación, así como fuentes complementarias para el trabajo de campo. Se optó por reconstruir etapas de la historia de la enfermería y utilizarla como una estrategia para comprender cómo había sucedido todo, para despejar ciertas incógnitas sobre términos indecibles¹⁰² que pueden hacerse comprensibles en un momento dado. La entrevista a las religiosas sanitarias en sus propias comunidades evidenció el impacto que ejercía en ellas el paso de la vocación a la profesión.

En general, el discurso de las religiosas sanitarias presenta un espíritu de servicio, cooperación y obediencia, renunciando incluso a su propia felicidad. Ésta es una de las principales diferencias en la profesionalización de la enfermería. La pérdida de la abnegación que ya no está presente en la enfermera tal y como la conocemos actualmente.

Lista de comunidades visitadas:

- Carmelitas Descalzas
Inmaculada, 45
- Carmelitas de la Caridad
P. dels Angels, 3
- Hermanas Josefinas de la Caridad
Av Príncipe de Asturias, 42

¹⁰² "Indecibilidad: ley del texto que la filosofía intenta disimular y apropiarse bajo la forma de la verdad a fin de sentirse más segura. Hay textos cuyo porvenir está lejos de ser agotado. Derrida piensa que la lectura deconstructiva no es una crítica negativa". Peretti, C. (1989; 150).

- Siervas de María
Enrique Granados, 16
- Hermanas del Santo Angel Custodio
San Eudaldo, 22
- Hijas de la Caridad
Padre Claret, 272
- Hospitalarias de la Santa Cruz
Elisa, 22

3.3. Entrevistas a enfermeras/os

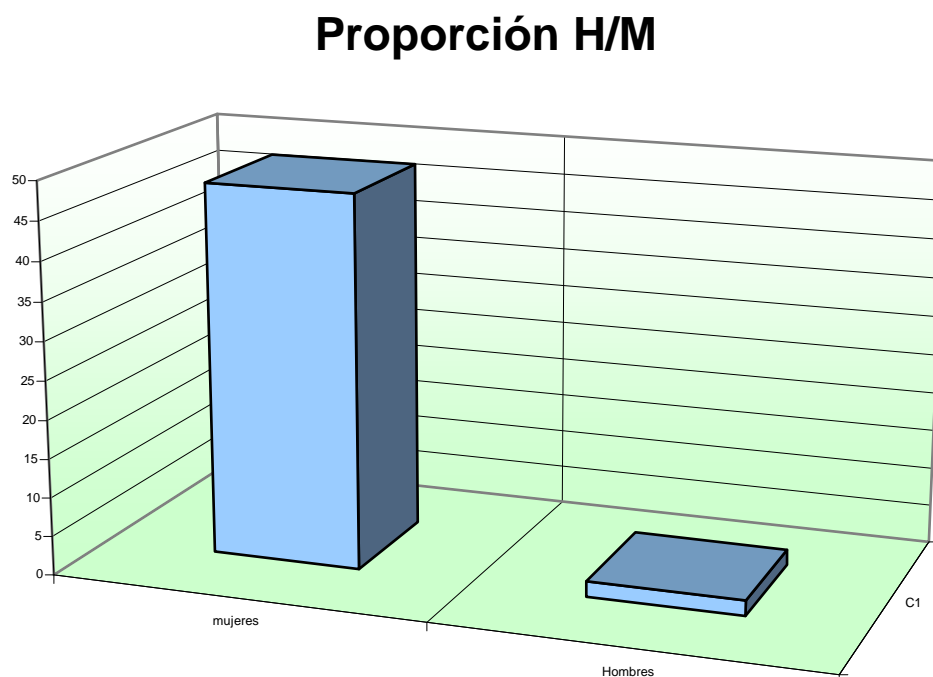
Se realizó un estudio en dos momentos diferentes (1989-2000) a fin de comparar la evolución de la ideología y evidenciar las tendencias. En cada caso se realizó una encuesta a 50 enfermeras de instituciones abiertas y cerradas del ámbito sanitario público catalán, para analizar los cambios de tendencia. Estas entrevistas realizadas en dos momentos diferentes permitieron observar la evolución de la identidad profesional. Las entrevistas constaban de 30 preguntas, aunque las que despertaron mayor interés tenían que ver con la ampliación de estudios superiores, la formación profesional, la opinión sobre la percepción de la autoridad médica, y la posibilidad de desarrollo de nuevas ideas en su centro de trabajo. Estos datos fueron los que se tomaron en cuenta para la interpretación gráfica, y se ha creído oportuno reflejados en este trabajo.

En el análisis se han identificado cuatro aspectos relevantes:

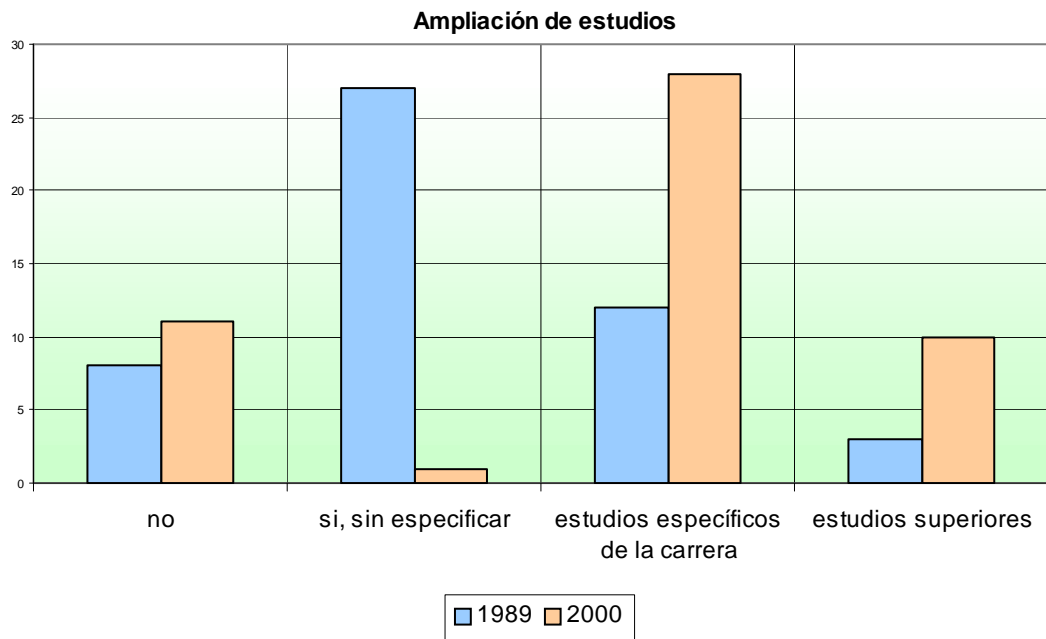
- La situación género, que verifica la presencia del género femenino en la profesión enfermera. ¿cómo afecta?
- La ampliación de estudios en su carácter de grado medio y superior. ¿en qué proporción amplían conocimientos y de que tipo?
- La percepción de desarrollo y progreso profesional. ¿se progresa individualmente? ¿y como colectivo?
- La percepción de la autoridad médica en el ambiente cotidiano de la enfermedad humana. ¿existe subordinación?
- La percepción de la barreras relacionadas con la iniciativa o el error en el desarrollo de nuevas ideas.

3.3.1. Principales resultados de las entrevistas a enfermeras/os

Distribución por género

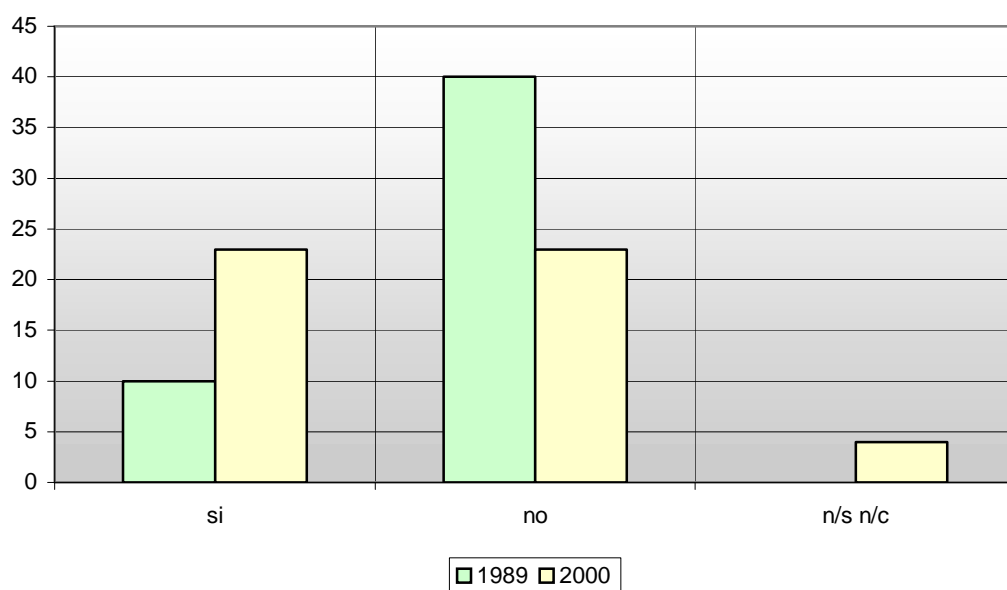


En ambas encuestas, el porcentaje de varones en la profesión enfermera se mantiene alrededor del 5%, de forma regular, aunque el estudio de éste fenómeno no está analizado en profundidad, la presencia masculina en la profesión se mantiene en el 5% citado. Asimismo, los valores se mantuvieron en la encuesta del 2000, diez años después. Sin embargo, en el estudio por Internet, diez años más tarde (2010) se verá que la proporción de hombres aumenta hasta el 33%.



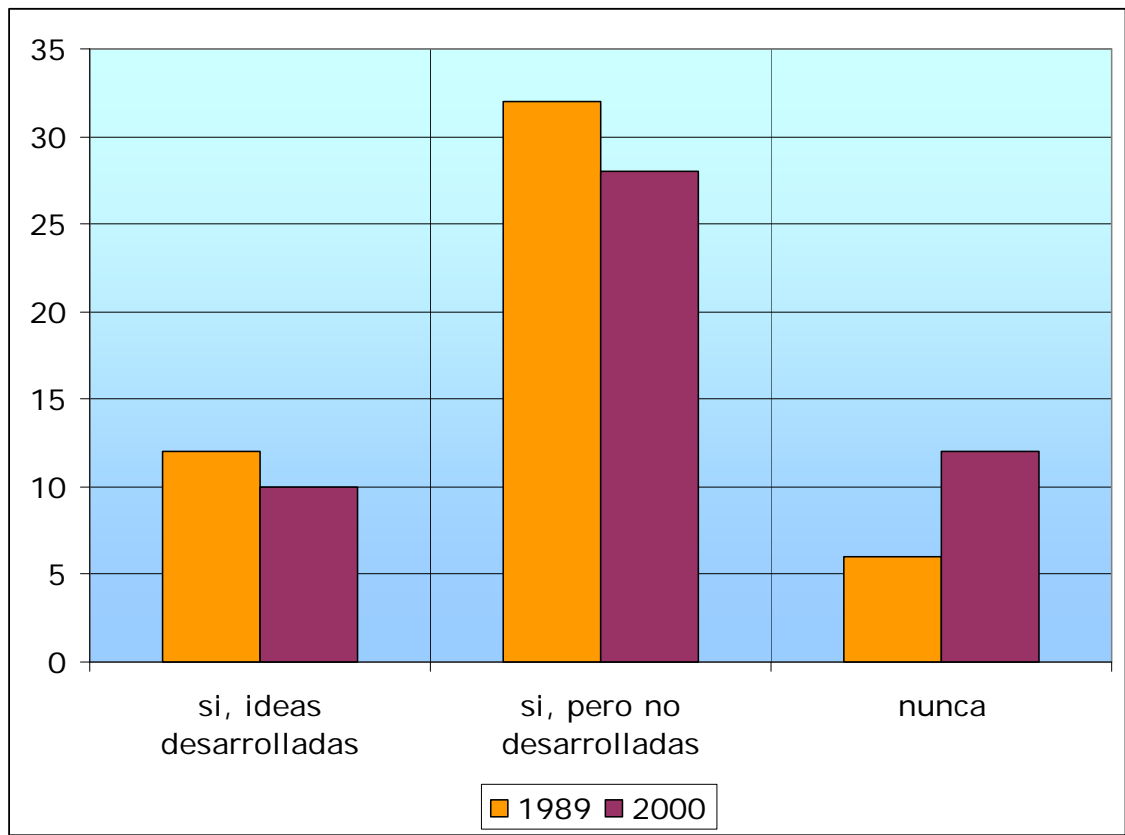
Se observa un claro aumento de los estudios específicos de la carrera y de los estudios superiores en el período 1989-2000, que puede estar vinculado con la percepción de mejora de la innovación reflejado en el gráfico siguiente. Algunas personas entrevistadas indicaron que disponer de estudios superiores facilitaba el acceso a puestos de dirección.

Percepción de innovación profesional



Conviene destacar que la percepción de que la enfermería es innovadora aumenta con el tiempo, y el efecto contrario: la percepción de que no es innovadora disminuye. Es decir, en 1989 la mayoría de enfermeras consideraban que la enfermería no era una profesión innovadora, pero en 2000 las que consideraban que sí era una profesión innovadora eran una proporción similar a las que consideraban que no lo es. Se intuye, pues, un cambio de mentalidad en que la enfermería se autopercibe como más innovadora.

Posibilidad y desarrollo de ideas innovadoras en el centro de trabajo



Se puede observar que la innovación está presente en la enfermería, aunque existe una tendencia en aumento de las enfermeras que no innovan nunca. Posiblemente, debido a la falta de iniciativa o miedo al error. Se sugiere como estudio futuro como barrera a la innovación.

Se observa también un descenso en la innovación, tanto en las ideas desarrolladas como no desarrolladas, en el período 1989-2000. Sin embargo, en el estudio por Internet se puede constatar un crecimiento de las ideas desarrolladas, que pasan del 64% al 69%, como se verá más adelante.

3.4. Caso práctico de innovación aplicada

3.4.1. Introducción

Parte del trabajo de campo consistió en el estudio de un caso práctico de innovación aplicada. De entre diferentes opciones, se eligió éste por ser ilustrativo ya que perseguía la implantación de un modelo de enfermería y la adaptación de un discurso profesional a una mejora específica y medible. En particular, se pretendía paralelizar las necesidades sobre el modelo de la curva de la vida según F. Collière (1993) en pacientes frequentadores, disminuyendo la carga sobre el sistema asistencial mediante la educación sanitaria personalizada. El caso se adapta muy bien al modelo de innovación no tecnológica descrita en la parte teórica, permitiendo distinguir la idea, la oportunidad, la acción y la difusión como fases del proceso.

Uno de los factores que se han considerado relevantes en la tesis es la identidad profesional en la enfermería. El sentido de colectivo, la convergencia de ideales, la dirección del esfuerzo común, en resumen, dirigen la innovación hacia la consecución de los objetivos profesionales de una forma natural. Así pues, pareció adecuado realizar un proyecto de innovación profesional propia y exclusiva de la enfermería, aislada de efectos e interacciones con la medicina, la organización u otros factores, para comprender la dinámica de la innovación aplicada.

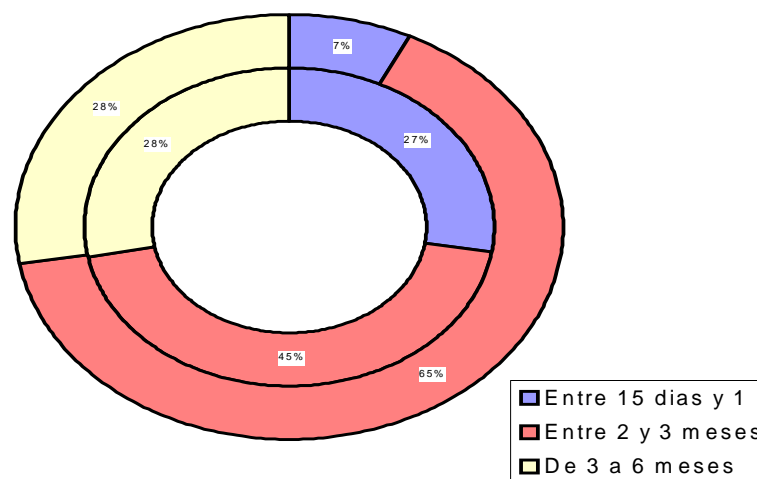
El objetivo tangencial del proyecto era comprender qué hacía la enfermería y cómo lo hacía, mediante el estudio de la direccionalización del esfuerzo. Siguiendo el patrón detallado en el apartado teórico de la innovación, se detalla el proyecto en los siguientes puntos:

- La oportunidad: Desarrollar un proyecto innovador de aplicación de la identidad profesional en el área de la asistencia sanitaria que redundase en una mejora global para la población afectada, la enfermería y la organización sanitaria.
- La idea: Disminuir la frecuencia de visitas de pacientes crónicos que pudieran realizar autocuidados mediante la correcta educación sanitaria. Distribuir las visitas de una forma más racional.

- La acción: Recopilación de datos. Diseño de un programa de atención personalizado de educación sanitaria. Aplicación práctica de un discurso profesional (modelo Collière) para las enfermeras participantes en el proyecto. Evaluación de resultados.
- La comunicación: Difusión de los resultados.

El resultado práctico del proyecto a fines de ésta tesis fue comprender la utilidad de los datos, la observación participativa, la comunicación y articulación de ideas entre enfermeras y su difusión, consiguiendo así la posibilidad de explicar, interpretar y representar posteriormente la propuesta de un discurso profesional siguiendo a autores como Françoise Collière (1993), a partir de su curva biológica de la vida y su relación con los cuidados. También fueron usadas las referencias de Michel Foucault (1983) sobre cómo dar vida al discurso y de Hannah Arendt (1996) como una acción de este discurso.

El proyecto se desarrolló satisfactoriamente: las participantes recopilaron manualmente 20000 registros, que fueron analizados posteriormente. Se estudió la situación de las consultas de crónicos antes y después del proyecto, que se refleja en el siguiente gráfico:



Se observa que al finalizar el proyecto, las visitas de pacientes frecuentadores se redujo de forma absoluta un 20%, liberando tiempo de enfermería para otras tareas sin perder calidad asistencial. (Anillo externo: antes del proyecto. Anillo interno: tras el proyecto).

El proyecto, a pesar de los resultados claramente positivos, quedó olvidado una vez concluido, posiblemente debido al agotamiento, con lo que los resultados no se compartieron con otros colectivos de enfermería asistencial que hubieran podido aprovechar la mejora, convirtiendo la innovación local en innovación global. Afortunadamente, en la actualidad existen diversos proyectos ya concluidos con resultados compartidos.

3.4.2. Proceso de desarrollo del caso práctico

El trabajo que se presenta fue fruto de una iniciativa promovida para comenzar algo en enfermería: poner en marcha una realidad una identidad profesional: quién es y qué hace exactamente en un momento dado (en este caso, en la actuación profesional *cuidar*). Es decir, identificar cualidades, dotes, talentos y defectos, con el objetivo de llegar a conocer *qué hace y cómo hace ese quien*¹⁰³, sobre la realidad de la enfermería como profesión.

En la iniciativa se percibía que la enfermería estaba carente de discurso profesional, de una constatación de aquellos ideales por los que lucha, aquello que, una vez elaborado, permite apoyarse en una identidad. Ni tan solo existía el riesgo de que un discurso ideológico pusiera en cuestión la propia situación de la enfermería. Parecía que las influencias proteccionistas¹⁰⁴ hacia la profesión impedían una acción institucional representativa de las actuaciones profesionales.

La situación fue debatida por enfermeras del entorno profesional propio, quienes, conscientes de la situación, colaboraron en buscar una respuesta, en tomar la iniciativa para poner en movimiento un discurso ideológico profesional¹⁰⁵.

¹⁰³ Arendt, Hannah. (1996; 205)

¹⁰⁴ El proteccionismo se percibe como una posible barrera a las intervenciones innovadoras de la enfermería, dada la consecución intervencionista del estado en el desarrollo profesional, que promulga una aceptación consciente del desarrollo profesional, un estado de bienestar generalizado y de aceptación la evolución y el progreso de la misma.

¹⁰⁵ "Actuar, en su sentido más general, significa tomar una iniciativa, comenzar, conducir, y finalmente gobernar, poner algo en movimiento". Arendt, Hannah. (1996; 201)

El trabajo de campo se desarrolló en un Sector Sanitario en Cataluña en plena reforma¹⁰⁶, dentro del contexto de la Asistencia Primaria a la Salud en la década 1990/2000 con 3 referentes clave.

- 1) Ubicar el panorama sanitario en una comarca sanitaria (primer referente)
- 2) La propuesta de un discurso profesional adaptado a curva biológica de la vida modelo Collière¹⁰⁷.

La idea del discurso indujo mejoras: un cambio en el pensamiento sobre el desarrollo profesional, diversificando la responsabilidad profesional en tantos discursos como la profesión enfermera contenga, puesto que el discurso en esta tarea cuidadora, según Collière, no es único, sino que transcurre a través del proceso biológico de la persona desde el nacimiento hasta la muerte. Así que hablamos de discursos que se pueden equiparar a la propia especialización y actuación clínica de la enfermera sobre el cuidado en las diferentes etapas de la vida humana, sus proyectos de salud, el cuidado de la enfermedad, la atención hospitalaria, el seguimiento domiciliario, y la atención comunitaria con la mejora en la calidad de vida a través de la prevención primaria y secundaria en la salud y la enfermedad,

- 3) La manifestación real del discurso, a través de la acción.

La acción se explica a través de estudios de caso, como la manifestación de lo real en este discurso y la incursión en una realidad sujeta a interpretación sobre la pluralidad de la necesidad humana y la posible disponibilidad profesional para resolver situaciones tanto en las actuaciones asistenciales como técnicas. Asimismo se pudo definir la función cuidadora y su posible acción como: *la capacidad profesional para el cuidado de la salud y la enfermedad, que se podría definir casi como el valor supremo en enfermería: actuar en las situaciones en que la naturaleza de las personas, tanto física como psíquica, no alcanza a una autonomía suficiente.* (E. Aparicio). El trabajo culminó con una propuesta teórica del discurso para complementar la acción descrita.

¹⁰⁶ Anexo: Cronología legislativa general

¹⁰⁷ La propuesta del discurso se inició con la adaptación al modelo de F. Collière sobre la curva biológica de la vida (expuesta en el anexo 2). La propuesta de Collière sirvió de referente por ser una enfermera relevante en sus propuestas innovadoras en el mundo de la enfermería. Ver Collière, F. (1993; 234).

3.4.3. Estado de la cuestión.

Al inicio de los 90, los primeros datos recogidos no pudieron ser tratados por la técnica informática estadística actual, aunque la fidelidad de los mismos, a través de la observación participante concedía garantía a un trabajo de campo correcto. Los datos sirvieron para analizar la información específica de forma detallada y de interés, dado que era la propia información de las actividades que las propias participantes en el trabajo habían recopilado.

En primer lugar se recogieron datos de las actividades en un sector sanitario (la comarca de l'Anoia), tanto de centros reformados como no reformados, con dos variables en las funciones profesionales: la actividad técnica, que se desglosa en técnicas diagnósticas y técnicas terapéuticas, y la actividad cuidadora propia de la profesión, que en el inicio de este trabajo empieza a ser realidad a partir de la propia consulta de enfermería, tanto de los centros reformados como de los que no lo estaban. Hay que constatar que el interés en el trabajo era que el área de estudio estaba en plena reforma sanitaria¹⁰⁸. Esto permitió elaborar el trabajo a partir de información referente a las actuaciones técnicas pero también a las actuaciones asistenciales.

En una representación orientativa, la primera información (que provenía del centro de datos propios del sector y era lo que oficialmente se remitía a los centros de datos oficiales) reflejaba una incidencia mayor en la aplicación de la técnica sobre la actuación cuidadora propia de la profesión, que se calculó en una proporción de 94% frente a un 6% respectivamente.

La situación no impidió que se iniciase el diálogo con las 5 enfermeras del sector de estudio implicadas en los procesos de atención en enfermería¹⁰⁹, quienes, además, ejercían cargos de responsabilidad, ampliando y procesando los datos sobre la actuación cuidadora, aunque solo constituyera un 6% de las tareas.

En segundo lugar, y con esta información ya recopilada, se pudo iniciar la visión de un panorama general, organizando e interpretando esta información, y formalizando y canalizando el resto de datos recogidos de los distintos centros, que completaban el 6% obtenido en el centro de recogida de datos. Con el apoyo de la dirección de enfermería y las 5 enfermeras responsables, los datos sobre las actividades asistenciales en el último año, el trabajo tomo cuerpo y se expone en el gráfico de la 1ª referencia (1992)

¹⁰⁸ Anexo: Cronología legislativa general

¹⁰⁹ PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

1º referencia Datos de actividades, 1992

		Centros reformados				Centros no reformados		
		Área						
		Montbui	Vilanova	rural	Piera*	Igualada	Capellades*	Calaf*
T diagnósticas	Tensión arterial	299	820	920	1413	2050		
	Electrocardiograma	Dependen especialidades						
	Radiografía	Dependen especialidades						
	Espirometrías	Dependen especialidades						
	Gasometrías	Dependen especialidades						
	React orina	50	46	62	37	38		
	Extracciones	2741	2057	1589	605	25279		
	Glicemias	103	611	1460	480	1299		
T terapéuticas	Inyectables	3335	11090	7296	5225	22709		
	Sondajes	82	81	68	14	160		
	Curas	1123	620	1897	1123	15850		
	Extr tapones cera	30	26	22	10	no procede		
	Vacunas	1117	475	1237	817	1800		
	Control oxigenoterapia					147		
	Domicilio	690	870	1600	354	1578		
Asistencial	Consulta enfermería							
	CE pediatría	3298	1084	2090	920	no procede		
	CE medicina general	3900	3013	3140	1277	2900		

	Reformados	No reformados	%R	%NR	tecn especialidad	diag
Diagnósticas	13293	28666	18,7%	38,8%	1771	
Terapéuticas	35688	40666	50,1%	55,1%	15306	
Asistencial	22236	4478	31,2%	6,1%	608	
	71217	73810			83	

Reformados	
Domicilio	3514
Pediatría	7392
Medicina general	11330

*Piera : Centro Reformado en Junio 1992

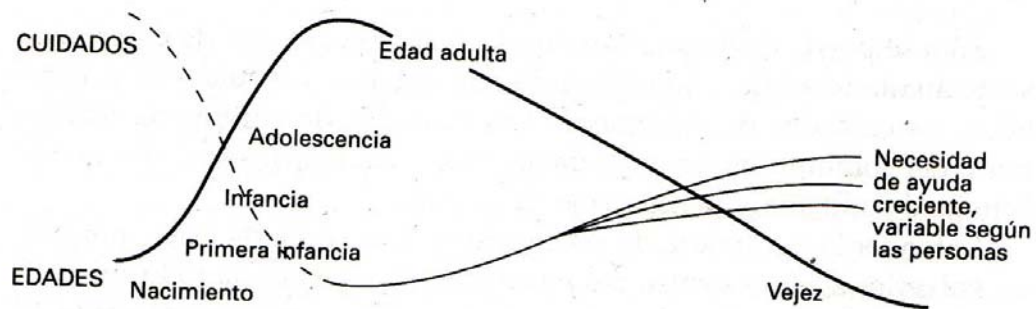
*Calaf y Capellades: Consultorios municipales. Actividades no registradas

3.4.4. la curva Collière

La información recogida desde los centros asistenciales sobre todas las actividades que se realizaban en el sector de estudio permitió representar una aproximación del estado de la cuestión al modelo Collière (1993;234), es decir, relacionando las actividades cotidianas de la enfermería con la curva de evolución de la necesidad de cuidados en función del proceso biológico de la persona, pues el objetivo es adaptar, a modo conceptual, la disponibilidad profesional a las necesidades de la población según los datos recogidos.

Se puede observar como en la curva biológica de la vida se modifican las funciones vitales de la persona. La curva complementaria refleja la necesidad de cuidados para cubrir la autonomía. Collière señala en su modelo conceptual y a trazos las posibilidades de actuación frente a la demanda y necesidad de la población, en este caso la necesidad de cuidar la propia vida en su proceso normal.

Curva de evolución de la necesidad de cuidados en función de la edad según Françoise Collière.



Curva de evolución de la necesidad de cuidados en función de la edad.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volverlos a situar dentro del contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida, o más exactamente: "el contexto del proceso de vida y de muerte al que las personas y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia." (Collière, 1993; 233).

La interpretación de Collière refiere a que cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Al cuidar no se puede eludir la pregunta: "¿pero que vida se continúa y a qué precio? ¿Porqué existir?" (Collière, 1993; 234).

Collière refiere, según la curva de evolución de la necesidad de cuidados en función de la edad, que cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a la persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

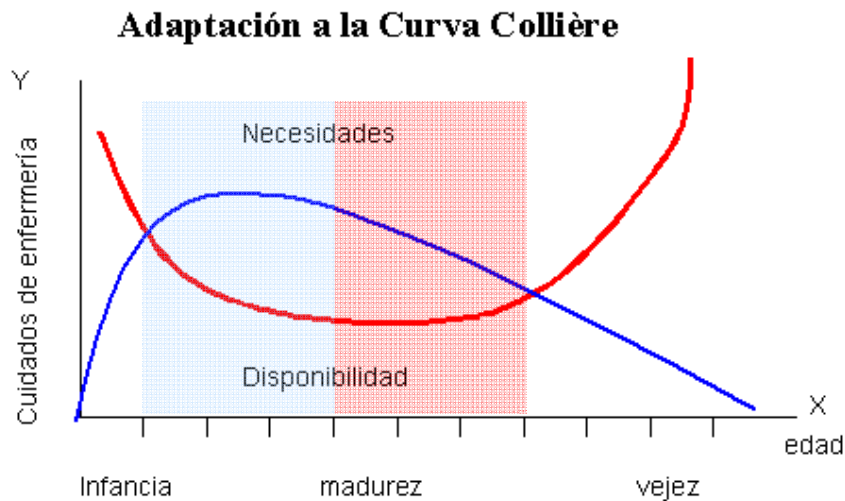
La representación de la curva Collière varía según las personas y los medios, siendo los cuidados en la enfermería, una contribución en el momento que un acontecimiento repercute en la persona, modificando su autonomía y dependencia.

Para la adaptación al modelo expuesto, los datos recogidos durante la 1ª referencia se adaptaron a un plano gráfico, con dos coordenadas como indicadores:

Rojo: Diferentes etapas de la vida del ser humano y sus necesidades

Azul: Intervenciones de los cuidados de enfermería según los datos recogidos

Plan de actuación de cuidados de enfermería (gráfico conceptual)



La atención a la población adulta y la coincidencia de las dos curvas en el gráfico tiene dos explicaciones:

1) Existe una franja de edad entre los 18 y los 40 años que acude poco a los centros sanitarios porque las necesidades vitales son en general buenas; es la etapa joven de la vida (franja azul)

2) Existe otra franja de edad entre 40 y 60 años, (franja roja) en que se inician algunas situaciones patológicas propias de la edad (hipertensión arterial, colesterol, diabetes, obesidad,) y que por diferentes manifestaciones originan la visita al centro asistencial, iniciándose en este momento el seguimiento de la patología existente.

Este fue el motivo sobre el diálogo discursivo. Si la realidad dice que la franja de juventud no acude a la consulta de enfermería, ¿qué hacía y cómo se desarrollaba la actuación de la enfermería en la edad adulta, es decir, en la franja que media entre la juventud y la vejez de los usuarios?.

La duda fue pensar qué ocurría ante el espacio que media en el cruce de la línea roja y azul, si la realidad natural de la vida dice que en la juventud las patologías

no son tan frecuentes. Esta observación permitió indagar dónde estaba la necesidad para una posible actuación, centrando la tercera referencia a través de un diálogo discursivo con los paciente afectados de enfermedades crónicas, dado que uno de los objetivos de la Reforma Sanitaria es el seguimiento de las patologías crónicas en la consulta de enfermería colaborando con el médico a través del equipo interprofesional.

3.4.5. Proyecto de autoorganización

En el año 1994 se propuso a 5 enfermeras en servicio asistencial confeccionar un estado de la cuestión sobre las tareas que realizaban en aquel momento y cómo las realizaban. Se propugnó el estudio de un grupo de población de edad adulta, entre 40 y 60 años, con dos características: padecer enfermedades crónicas, y ser derivados directamente de la consulta médica a la consulta de enfermería, tal como se establecía en el modelo organizativo de la Reforma Sanitaria y a través de la consulta de enfermería. Se eligió así porque en ese horario laboral la enfermería realizaba las actividades asistenciales conjuntamente con las técnicas (diagnósticas y terapéuticas).

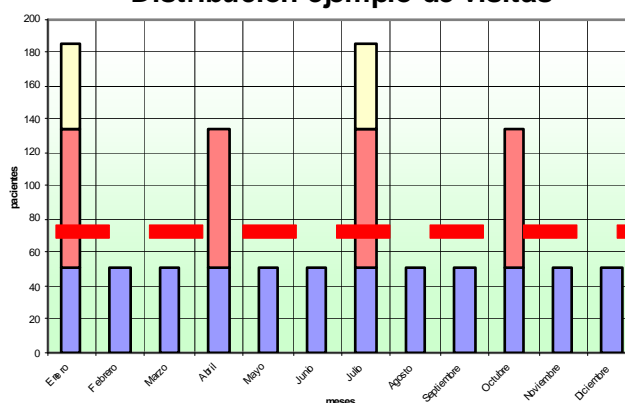
El estudio, sobre una muestra de 300 personas atendidas en la consulta de enfermería en el periodo de un año, seleccionó a 180 pacientes afectados de enfermedad crónica.

Los datos de los pacientes con atención personalizada por la enfermera de referencia se clasificaron según variables de necesidades de atención como patología, edad y sexo (el 90 % entre los 40 y 60 años de edad), frecuencia de visitas en el último año, actitud y respuesta del usuario frente a su enfermedad (positiva o negativa), etc. El trabajo se representa en tres gráficos, el primero trata la información real sobre la situación en aquel momento dado y los dos siguientes son los objetivos de mejora y los objetivos conseguidos.

Esta primera fuente de información representa la distribución según los resultados de los controles de la patología en la consulta de enfermería.

distribución inadecuada

Distribución ejemplo de visitas



En color azul se representan los pacientes que llevan un mal control de su salud, en naranja, los que llevan un control adecuado, y en amarillo los que demuestran autonomía necesaria para el control de su enfermedad.

Se observa que en color azul aparece distribución inadecuada que representa una carga laboral innecesaria: la aparición mensual de pacientes frequentadores y dependientes¹¹⁰. Pacientes que deberían acudir con menor frecuencia colapsan la consulta de enfermería. En vez de acudir cada 3-6 meses, acuden cada mes. La solución para corregirlo debería ser la educación sanitaria.

En naranja se muestra una distribución aceptada por paciente según la propuesta protocolaria: visitas adecuadamente espaciadas en el tiempo que permiten un buen control de la evolución de la situación.

En amarillo aparece la distribución deseada de los pacientes con posibilidades de autonomía por diversos motivos de edad o nivel y control patológico. Esta sería la situación ideal para la mayoría de pacientes.

¹¹⁰ Existe una percepción confusa en estos términos: El usuario frequentador, como el mismo término indica, acude frecuentemente a la consulta, aunque no siempre por dependencia de la enfermera, sino también porque en ocasiones, la misma enfermedad le genera inseguridad y dudas. No es así con el dependiente, quien en ocasiones, supone (o así se percibe) que es la enfermera la principal responsable de la ejecución de la solución. Aprender estas situaciones supone un aprendizaje en la carrera profesional, porque también en la actualidad se han dado nuevos términos que tienen su interés en el proceso asistencial, como por ejemplo el usuario experto o el usuario exigente, de los que se habla en el apartado de la innovación.

El problema reside principalmente en la forma de acogida. No se educa a los pacientes en el número adecuado de visitas a realizar anualmente, lo que provoca la alta dependencia del usuario con el equipo sanitario de referencia, depositando las expectativas de mejora en la actuación de la enfermera. Esto frena la posibilidad de que sea el mismo paciente quien priorice el cuidado de sus problemas y necesidades en función de la etapa de desarrollo de la enfermedad.

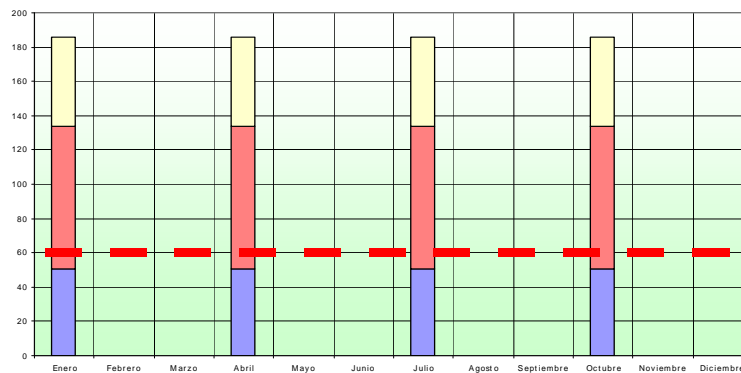
Este modelo de distribución supone plantear de nuevo las contradicciones en el pensamiento único del equipo de referencia (posiblemente poco acuerdo con el médico, dado que algunos usuarios, en desacuerdo o con poca confianza en la enfermera de referencia, vuelven a la consulta médica). El pensamiento crítico obliga a cuestionar sistemática y rigurosamente los conceptos que conciernen al problema, tanto del usuario como de la profesional que le atiende, ya que el inicio de este proceso es, en la mayoría de los casos, un seguimiento alternativo al tratamiento médico. La atención en la consulta de enfermería requiere de unos conocimientos culturales, psicológicos y científicos continuamente necesitados de realimentación para utilizarlos de manera exitosa, es decir mejorando la posibilidad de mejoría de la enfermedad.

3.4.6. Objetivos de Mejora

Una vez identificado el problema que obliga al paciente a acudir a la consulta, y una vez diseñado su proceso de atención, la variable se sitúa en la forma de actuación respecto a la educación sanitaria, según el protocolo establecido o el criterio profesional. Entre los objetivos de mejora, el prioritario es la valoración y el consenso de las actuaciones profesionales tanto sanitarias como organizativas. En este caso se deja notar el uso del tiempo laboral y profesional muy mal organizado, realizando tareas mezcladas, y con una distribución del tiempo que no deja espacio para la organización y resolución de los problemas.

Se procedió a organizar una distribución deseada de las visitas desde una visión de propuesta de mejora: Reeducando se obtiene una mejora con una reducción de visitas de pacientes frecuentadores en un 29% $((1048-744)/1048= 29\%)$. El hecho de que los frecuentadores acudieran con la periodicidad adecuada a la consulta produciría una distribución anual de visitas con un formato similar al siguiente:

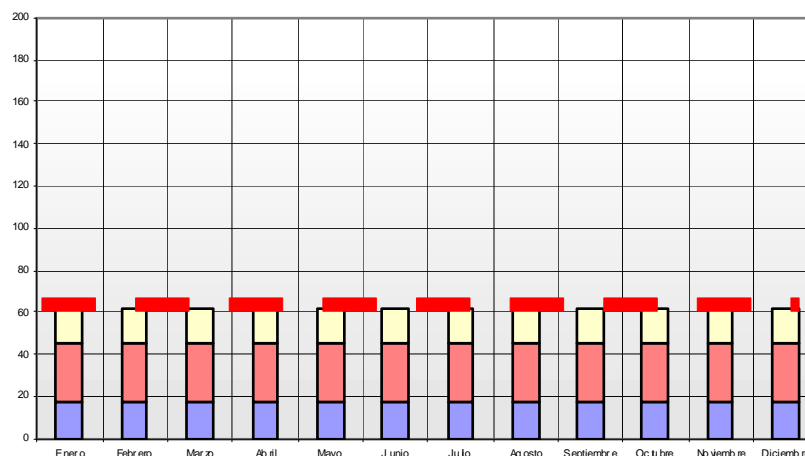
Objetivos de mejora



Si estas visitas se distribuyen equitativamente a lo largo del año se obtendría el promedio marcado en línea roja discontinua. El reequilibrio de cargas laborales reeducando a los pacientes frequentadores permitiría disponer de más tiempo para la organización profesional de la enfermería.

Esta disponibilidad es un elemento práctico, es una estrategia de organización, sobretodo, porque la necesidad es un elemento abstracto y aparentemente avalorativo, y en esta compleja unión está la intervención profesional tanto sanitaria como psicológica, cultural y social. Es decir, disponer de mayor tiempo propio para pensar la enfermería resultaría en una mejora de las atenciones asistenciales, y, posiblemente, en una mayor y mejor salud poblacional, siendo éste uno de los principales objetivos de la enfermería. Disponibilidad de tiempo propio para autoorganizarse, para intercambiar conocimiento, para separar tareas según criterios propios, o para proporcionar la atención en función de criterios propios. Tiempo para pensar en sí misma como organización profesional. No se trata de magnificar la profesión, sino que en muchas ocasiones el mundo patológico que rodea al paciente crónico tiene que ver más con situaciones referentes a aspectos psicológicos culturales o sociales que con aspectos sanitarios. Si se consiguiese el objetivo, las visitas equilibradas quedarían según el gráfico siguiente.

Distribución deseada de visitas



Se puede observar que para la mejora en la atención asistencial se han liberado espacios marcados en azul a través de la mejora del paciente frecuentador o dependiente, dejando dichos espacios disponibles para nuevas necesidades, en este caso en lo que a enfermedad crónica y duradera concierne. En este caso, existiría más disponibilidad de tiempo de enfermería.

La distribución del trabajo deseada¹¹¹ se marca bajo la línea de actuación (roja y a trazos), quedando por encima la disponibilidad profesional para tantas tareas como la profesión realice. Debería ser una distribución coherente para toda necesidad de la población. Organizar significa poder de decisión para crear espacios y ubicarlos según los avances sociales, o, mejor aún, antes de que estos ocurran.

- Se crea un espacio para atender a todo frecuentador y dependiente, ya que todo usuario tiene etapas vitales en que es frecuentador o dependiente.

¹¹¹ Lo que valora los objetos del deseo no son ya solamente los otros objetos en que el deseo puede representarse, sino un elemento irreductible a esta representación: el trabajo; lo que permite caracterizar un ser natural no son ya los elementos que pueden analizarse sobre las representaciones que uno hace sobre él y sobre otros, sino una cierta relación interior de este ser a la que se llama su organización. Lo que permite definir una lengua es el modo de modificar y relacionar las palabras entre ellas: su sistema flexional. Michel Foucault (1983; 62)

- Se crea un espacio para atender a toda persona con interés de mejora de salud y cuidados, de forma que se adapte al protocolo establecido. Todo usuario tiene derecho a reiniciar la mejora en su patología crónica.
- Se crea un espacio para atender a toda persona que aún estando sana, consciente y cuidando su vida quiera acudir a la consulta de enfermería.
- Se crea un espacio en la propia enfermera para cuidar su propia organización.

El diálogo discursivo permite activar estrategias para definir mejor el concepto acción y su significado, trabajando con un método concreto, riguroso y científico, basado en el trabajo entre enfermeras, en el del equipo interprofesional médico-enfermera, en la coordinación de enfermería, y en la relación con los mandos, tanto intermedios como superiores, con el objetivo final de hacer de la enfermería una profesión coherente y resolutive.

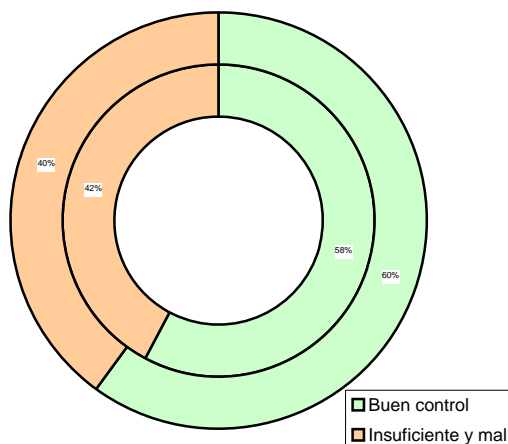
Por último se exponen dos gráficos comparativos que muestran el resultado del proyecto:

1) Sobre las reflexiones personales de las enfermeras que realizaron el trabajo: se trata del resultado de sus actuaciones en el período del año en que se recogieron los datos y la comparación sobre la percepción de los objetivos de mejora y distribución deseada:

Se puede apreciar en el gráfico una disminución del porcentaje de pacientes bien controlados, lo que produjo pesimismo en el equipo del proyecto.

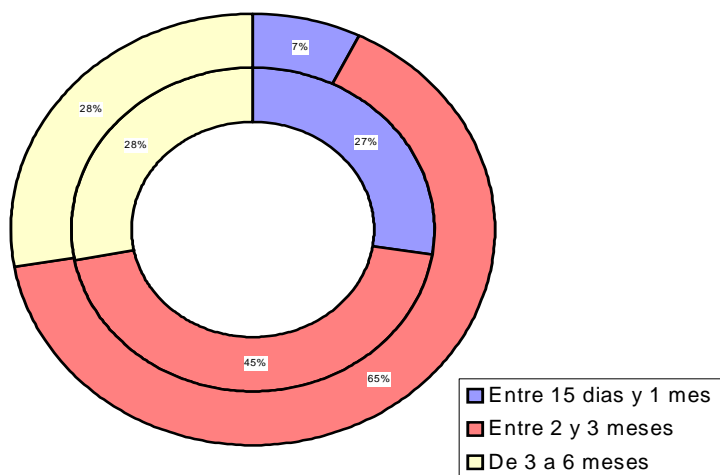
El método se basa en la percepción de los resultados sobre un buen o mal control en el espacio de un año en que se procedió a la recogida de datos (exterior 1994) (interior 1995), que confirme el cumplimiento terapéutico médico y enfermero y el conocimiento del usuario sobre el seguimiento y control metabólico de su patología.

Valoración



2) El siguiente gráfico representa un estudio comparativo sobre la frecuencia de visitas en un estudio posterior realizado seis años después. Se observan algunas mejoras: en los años 1994 (interior) y 2000 (exterior).

Frecuencia de visitas 1994/2000



Valores comparativos de la frecuentación de la visita del paciente crónico en la consulta de enfermería:

- Variación de la frecuencia de entre 2 y 3 meses
- Disminución de la frecuencia máxima
- Mantenimiento de la frecuencia deseada

Se puede observar una clara disminución de los pacientes frecuentadores (azul). La disminución de los recursos materiales crea la necesidad de debatir el coste

económico de la consulta del paciente crónico, así como el papel funcional y esencial que juega en el entramado sanitario en las horas profesionales de enfermería dedicadas a la contención de problemas de enfermedad y de salud.

3.4.7. Adaptación del discurso profesional

Propuesta sobre una aportación teórica del discurso profesional como principio organizador de las competencias profesionales en enfermería.

Las redes sociales en las que la enfermería actúa son múltiples y extensas. A través de la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria a la salud proporciona una atención activa, integral e integradora, accesible, comunitaria y participativa. Asimismo, interviene en los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, atendiendo, a través de la enfermería comunitaria y domiciliaria, los problemas de salud y su posible prevención y rehabilitación. Muchas de estas actividades escapan al control directo del poder, y la medicina no alcanza, a través de la aplicación técnica y diagnóstica, a controlar espacios de los cuidados sanitarios que refieren a la profesión enfermera; cuidar no es una función de la medicina.

El discurso como organización convoca una inversión del poder, de un poder en que no sólo lo doméstico domina a la enfermería, sino que la propia enfermería es doméstica. Esto coincidiría con el punto de vista de Bentham y su panóptico circular como metáfora del poder y el punto de vigilancia y control desde un lugar singular (Whitaker.R, 1999; 46).

Aunque la representación profesional, por su extensión en tantas redes sociales, interfiera en muchas áreas con ésta, la unidad básica de lo doméstico y del paciente -la familia-, la postura en la actualidad es, en general, que la enfermería es ajena a la misma, y que no está tan cerca del contexto familiar como la historia relata, sino que se mueve, o debería moverse, en este contexto, de forma paralela, adaptando sus formas y necesidades en un plano puramente profesional.

Las participantes en éste proyecto coincidieron en que convendría organizar el discurso a través de las siguientes características:

3.4.8. Características del discurso

1) Cuerpo del discurso: La unidad del discurso está en la curva biológica de la persona. Esta correlación natural entre las necesidades de las personas a lo largo de su vida y las atenciones que puede prestar la disponibilidad de la enfermería para restablecer la salud y reintegrar a la persona hacen que el discurso sea autónomo: Cualquier enfermera debería poder aplicarlo. El discurso a partir del cual se elabora la consecuente acción contiene el soporte institucional, puesto que los casos de estudio son, en este trabajo de investigación o cualquier trabajo similar, realidades atendidas por enfermeras en los propios centros sanitarios, en la realidad cotidiana doméstica del domicilio y en la realidad social a través de la enfermería comunitaria. Es decir, profesión, cultura y sociedad se reúnen en un solo concepto: cuidar.

2) La totalidad del discurso envuelve el proceso por partes que corresponden a las diferentes etapas de la vida de la persona y permiten ser aisladas para la evaluación, consenso e investigación de otros profesionales sanitarios.

3) No existe un discurso dominante. La competencia profesional, el curriculum laboral y la especialización delimitarán el dominio en cada parcela, ya sea asistencial, organizativa o de relación. La enfermería no debería tener competentes externos, y los internos solo se corresponden a actuaciones que obtienen mejores resultados.

Para llevar a la práctica el discurso se requieren tres cosas, según Foucault¹¹²:

a) Decibilidad: La enfermería debe comunicarse externamente con un lenguaje común, e internamente con sus bases y características específicas (por ejemplo, el modelo Henderson, los diagnósticos NANDA o el proceso de atención PAE)

b) Apropiación: Según Foucault, el poder no se posee, sino que se utiliza. El discurso es una estrategia validada por la acción.

c) Subordinación: abandono del espacio piramidal por un espacio segmentado, disociación profesional medicina/enfermería en el campo de los cuidados sanitarios en todos sus contextos: prevención y promoción

¹¹² Foucault, Michel. Un diálogo sobre el poder. (1995; 9).

de la salud, enfermería comunitaria, enfermería hospitalaria, y área de las especialidades.

3.4.9. Acción del discurso

El discurso permite actuar y tiene un carácter innovador siempre y cuando se pueda adaptar a los siguientes criterios:

- Innovar: Plantear una idea, difundirla y adaptarla a un modelo y un método científico. Identificar situaciones con posibilidades de cambio o mejora y mejorarlas.
- Demostrar la mejora de la idea innovadora, adaptándose a las necesidades de la población según la disponibilidad profesional.
- Difusión: Exponer o poner en común ideas, experiencias y resultados.
- Poder de decisión para la ejecución, consecución y seguimiento de la mejora. Análisis organizativo de los procesos de toma de decisión.

Como referente teórico para la representación gráfica se utiliza la curva de evolución de la necesidad de los cuidados en función de la edad (Collière M.F. 1993;234), desde la perspectiva de que cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando tiene autonomía suficiente, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales, organizando los cuidados a partir de circunstancias donde la falta de información, la disminución o la pérdida de autonomía están ligadas al proceso vital, a la vida misma, a la edad, a patologías crónicas, o a los cambios culturales y sociales.

La curva Collière une dos parámetros: el curso biológico de la persona y sus necesidades de ayuda desde el nacimiento hasta la muerte. La atención de los cuidados es función de la disponibilidad profesional de enfermería. La disponibilidad es un elemento práctico y de organización. Sin disponibilidad no hay estrategia, y este es el gran reto de la enfermería. Desde la profesión no se duda de la existencia de un progreso; lo que impide verlo es la inercia histórica del problema, traducida en este caso por tratar muchas cuestiones distintas como si constituyeran una sola.

El discurso que se propone como útil de trabajo contempla, ya en sí mismo, la jerarquía de necesidades, desde las primarias, como nutrirse, beber y descansar,

hasta las necesidades de relación social y cultural satisfactorias. Todas ellas son de interés en el campo de actuación de la enfermería, ya que permiten a ésta crear sistemas de comunicación y relación social mediante la relación profesional, así como la creación de mecanismos integradores más complejos para mejorar las necesidades autónomas que toda persona pierde en algún momento de la vida.

3.5. Taller delphi

3.5.1. Introducción

El trabajo de campo que se expone en este capítulo se elaboró con un grupo de enfermeras con el objetivo de desvelar la situación de la innovación en la enfermería actual. Se ha intentado, a través del análisis grupal, exponer cómo se piensa la enfermería y cuáles son las inquietudes para proponer posibles cambios y mejoras en esta profesión sanitaria. Los resultados del taller se aplicaron para el diseño de la consulta por Internet.

Para la elaboración de taller se eligió un panel de enfermeras de diferentes áreas del sector público catalán, como atención primaria, hospitalaria, docencia, investigación, salud mental, salud pública y comunitaria, pediatría y atención geriátrica. Se organizó en tres grupos de 10 enfermeras cada uno. El primero estaba constituido básicamente por enfermeras de atención primaria y comunitaria. En el segundo predominaban enfermeras de coordinación de enfermería, de docencia y formación continua y de investigación. El tercer grupo estaba constituido por enfermeras de todas las áreas referidas, y su objetivo era la validación de procesos. Una vez informadas del proyecto, se creó espontáneamente un clima favorable a la creatividad y la comunicación, con una gran implicación de las participantes, ya que el intercambio de opiniones y la diversidad de las mismas fomentó la inspiración cruzada. Además, una de las ventajas del sistema delphi es que permite valorar alternativas emergentes.

El taller delphi se organizó de forma iterativa, interactiva, y anónima, y se remitió a los dos primeros grupos de enfermeras a través de email. Se eligió el taller delphi porque tiene la ventaja de que no hay privilegios para ninguno de los participantes, que, a la vez que pueden responder cómo y cuándo les convenga. La principal desventaja está relacionada con la información sobre el procedimiento, que no especifica muchos detalles, puesto que se trabaja sobre el curso de las respuestas. Otro de los motivos de la elección del foro delphi fue la confiabilidad de los resultados, que, por sus características de realimentación controlada, evita desvíos del tema y permite al moderador mantener el contexto bien delimitado. Además permite llegar a un rápido consenso. Esta herramienta está basada en la transmisión del conocimiento, ideas y experiencias. El anonimato y la circulación por email permiten la ubicuidad en tiempo y lugar,

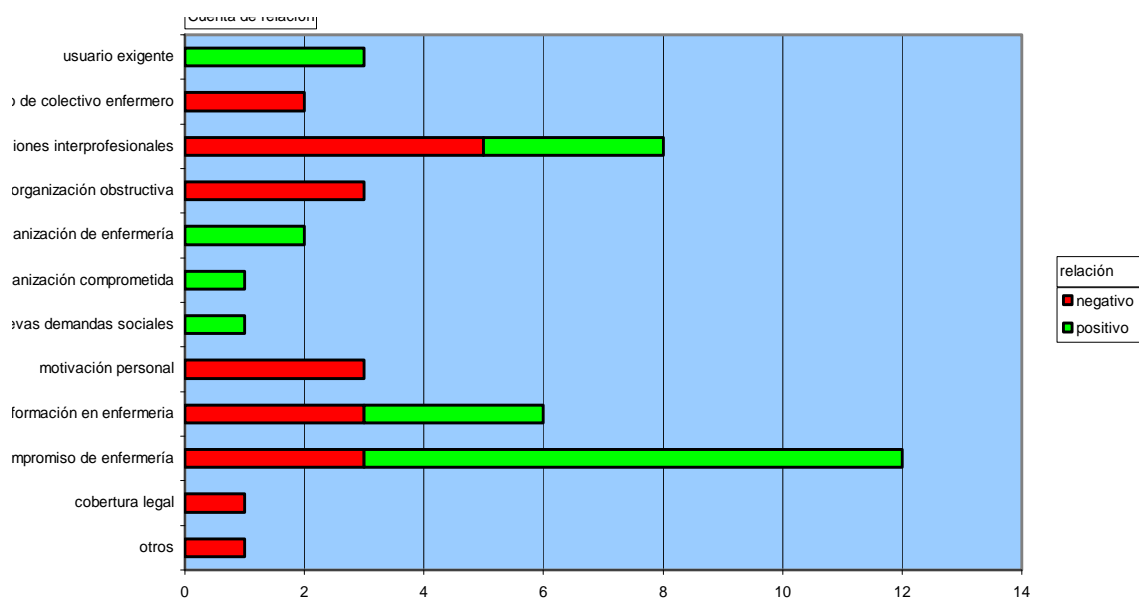
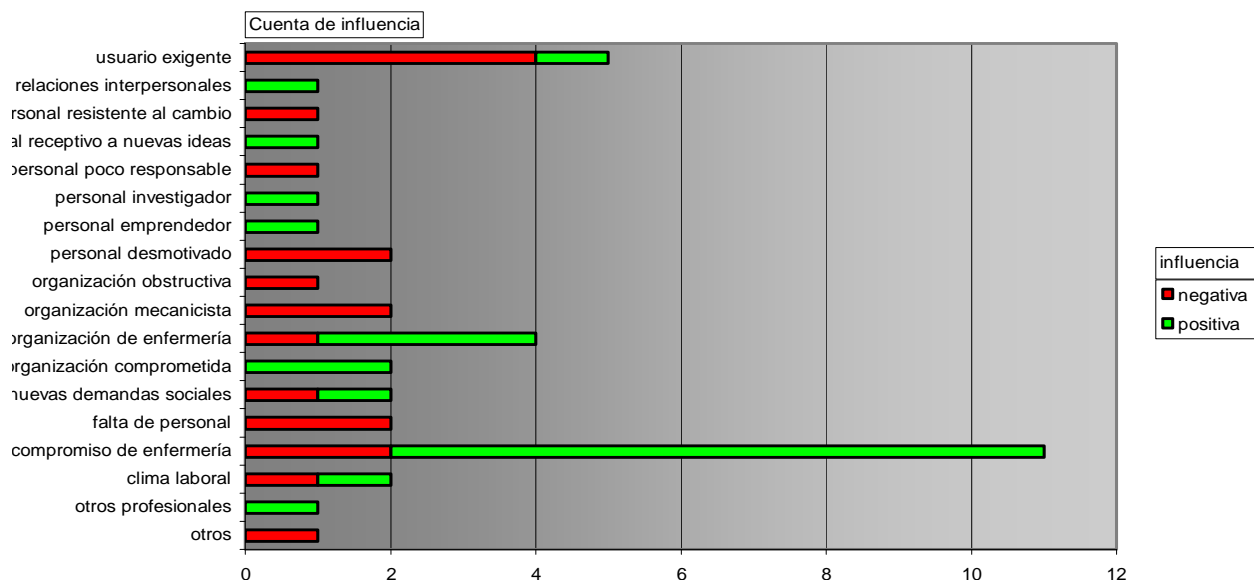
evitan conflictos de jerarquías o apasionamiento, ya que, al realizarse por escrito, las respuestas son más reflexionadas. Permite identificar los criterios con mucha objetividad en pocas iteraciones. Cuando los participantes reciben la información agrupada, pueden contrastar con sus opiniones e intercambiar conocimiento.

Se realizaron dos talleres simultáneos (denominados D1 y D2) con los dos primeros grupos, de 10 enfermeras/os cada uno. El primer cuestionario (Q1) fue común para ambos grupos. A la recepción de las respuestas al primer cuestionario de los dos grupos se asociaron las respuestas abiertas a conceptos cerrados, proceso validado por el tercer grupo de enfermeras. En función de las respuestas de cada grupo, se diseñó un segundo cuestionario (Q2) diferente para cada grupo, como método de control de diferencias de criterio. Finalmente, se evaluaron estadísticamente los datos obtenidos. Los cuestionarios, así como la asociación de conceptos y su validación se encuentran en el anexo.

Se direccionó el esfuerzo hacia un diseño consensuado de un cuestionario final por internet, para validar cuantitativamente la hipótesis. Para ello se incidió en la identificación de las principales áreas de autonomía e innovación en la enfermería así como en la identificación de las barreras.

3.5.2. Principales resultados del estudio

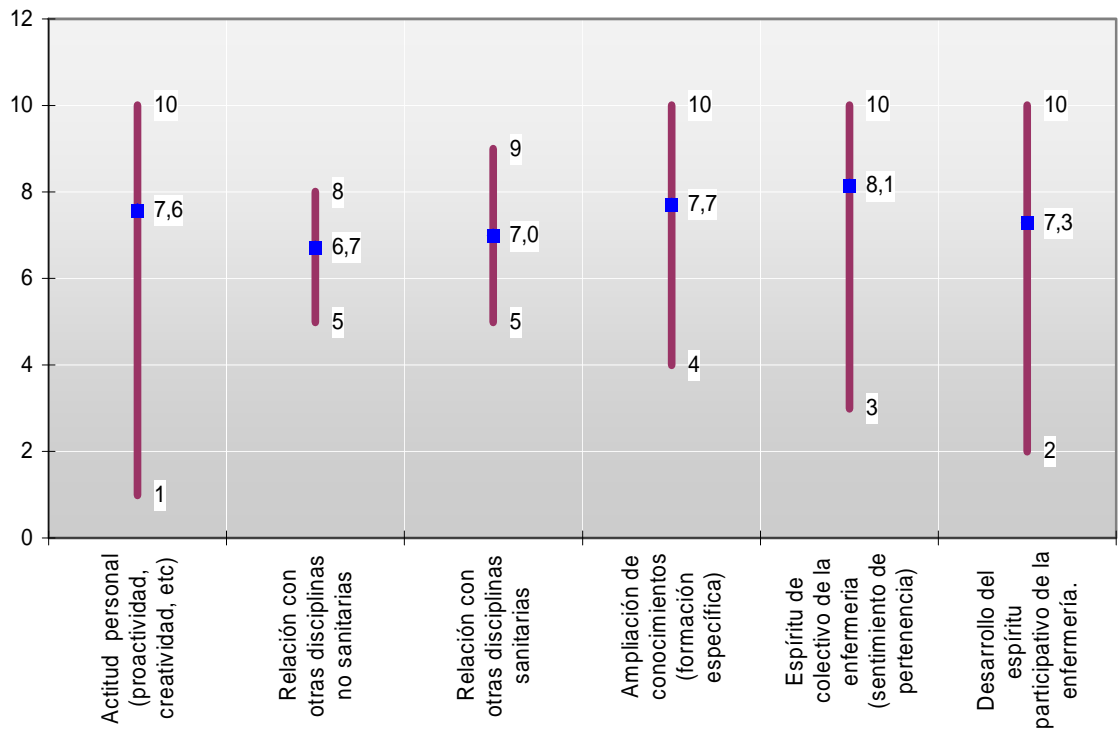
actores y factores en la innovación en enfermería



En ambos grupos destacan el compromiso de enfermería (la ideología profesional) y las relaciones interprofesionales como factores más relevantes en la innovación. Las características cooperativas u obstructivas de la organización presentan también una gran relevancia, así como la organización de enfermería y la formación. Se observa una polarización opuesta en los dos grupos respecto al usuario exigente asociado también al paciente experto.

Factores más relevantes en la innovación en enfermería

Según los resultados previos se agruparon los conceptos en el segundo cuestionario, obteniéndose la siguiente distribución:

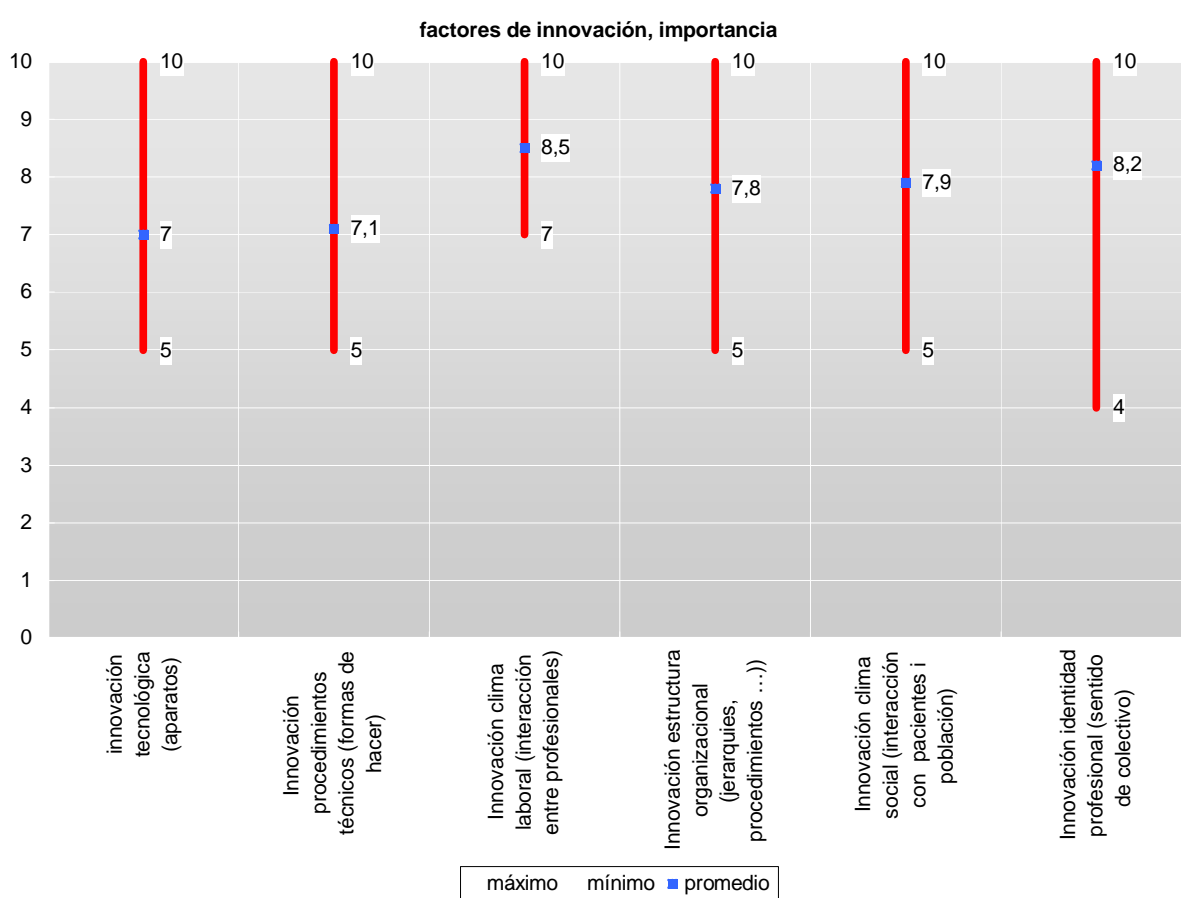


El factor que presenta una más clara convergencia de opinión es la relación con otras disciplinas no sanitarias. Coinciden en puntuarla como la menos relevante, con un estrecho recorrido. El factor más valorado es el espíritu de colectivo de la enfermería. Analizando en más detalle, se observa un gran recorrido (de 3 a 10). Sin embargo, el promedio es alto, lo que indica que algunas de las participantes lo han valorado bajo, aunque la mayoría lo ha valorado alto. Es el principal factor, seguido de la ampliación de conocimientos y de la actitud personal, que presenta el recorrido mayor, pero muy descentrado hacia el máximo, lo que indica una mayoritaria coincidencia. Aunque no se desarrolló la cuestión, parece probable que el desarrollo del espíritu participativo de la enfermería esté vinculado con el espíritu de colectivo, por la similitud de valores promedio, máximo y mínimo de ambas representaciones gráficas (a la derecha del cuadro).

Áreas de innovación más relevantes para la enfermería

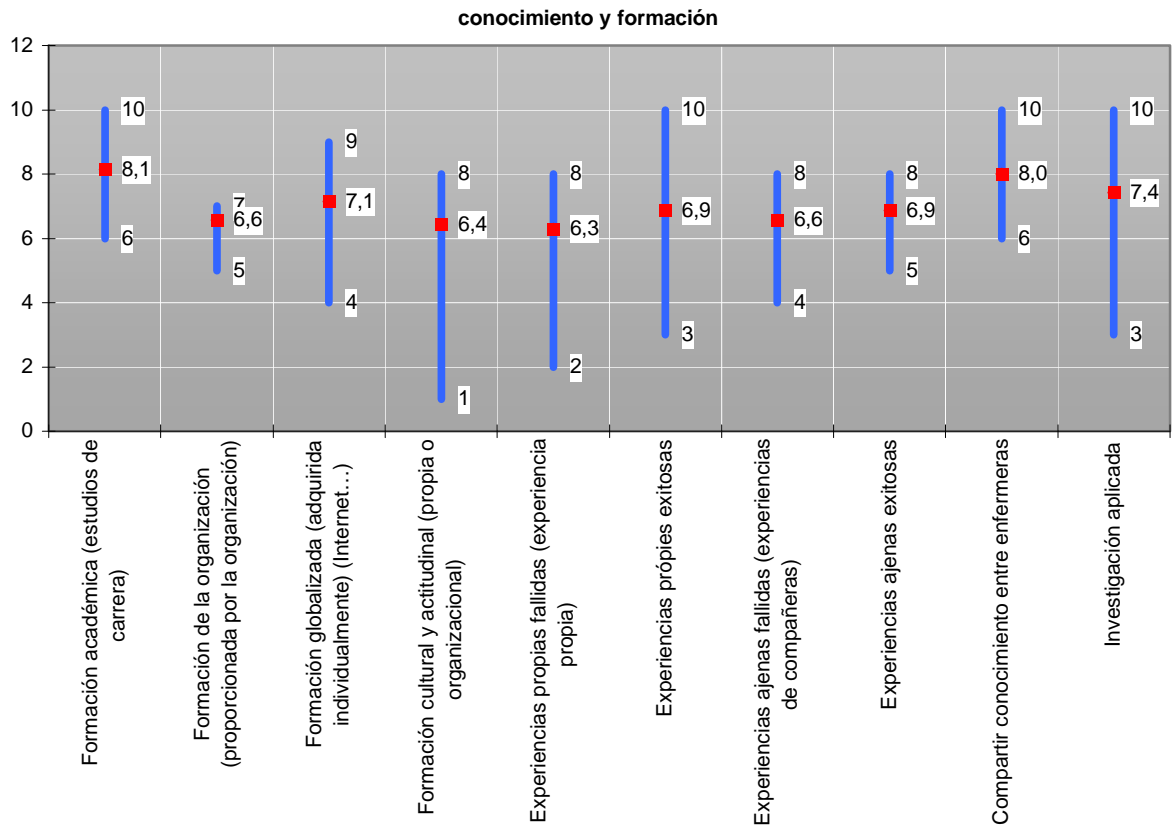
A fin de contrastar la sensibilidad del taller, se procedió a determinar las áreas en las que las enfermeras presentan mayor interés por innovar. La innovación técnica y tecnológica está a la orden del día en la profesión. Continuamente aparecen mejoras en ambos aspectos (nuevos aparatos o técnicas, que suelen venir sobrevenidos a la enfermería. Es innovación exógena a la enfermería).

El gráfico revela que estas innovaciones son las menos valoradas, posiblemente por ser las más cotidianas:



El área más interesante para innovar, a criterio del panel de enfermeras, es el clima laboral, claramente con la mejor coherencia, seguido de la innovación en identidad profesional (nuevas formas de representarse como colectivo). Con un consenso e importancia similares se sitúan la innovación organizativa (nuevas formas de trabajo y procedimientos) y la innovación en clima social. La primera es de tipo *push* (forzada por la organización) y la segunda de tipo *pull* (provocada por nuevas demandas de la población que hay que satisfacer). Estas últimas áreas muestran un recorrido y descentrado similar, ligeramente al alza.

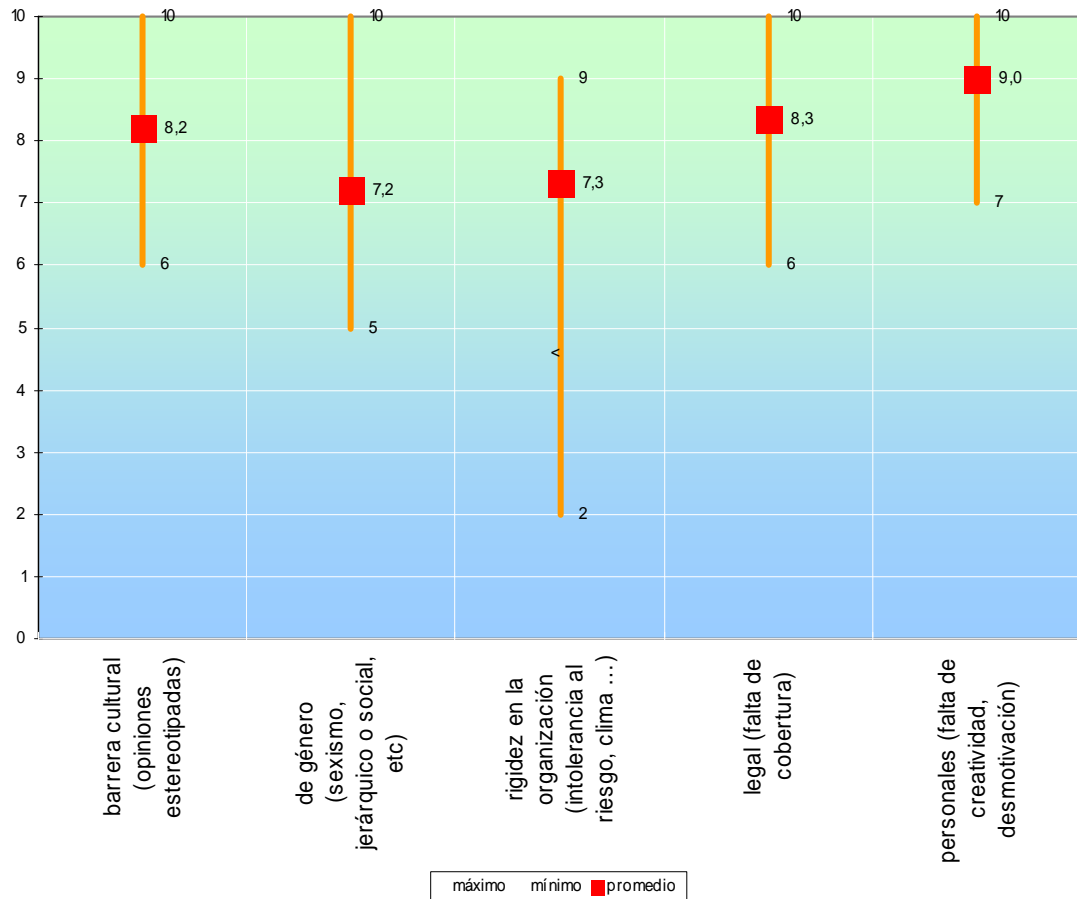
Importancia de la formación, el conocimiento y su transmisión



- De todas las fuentes de formación y conocimiento, se perciben como más valoradas la formación específica de la carrera y la compartición informal de conocimiento entre enfermeras (compartir conocimiento tácito), seguido por el conocimiento adquirido mediante investigación y el conocimiento adquirido a título individual.
- El resto de formas de adquisición de conocimiento se presenta en banda estrecha de promedios con mayor o menor coherencia, siendo la más consensuada la formación específicamente indicada por la organización.
- Ya en las entrevistas 1989 y 2000 se observó la importancia de compartir conocimiento entre enfermeras como forma de cooperación y participación de colectivo y como la fuente más relevante de información profesional.

Principales barreras a la innovación

A fin de comprender los posibles obstáculos que dificultan la innovación en enfermería, se consultó a las enfermeras participantes sobre la importancia relativa de cada una de ellos, a partir de los datos indicados en el primer cuestionario, y agrupados en los siguientes conceptos asociados:



- Los principales obstáculos parecen de índole personal y legal, y son atribuibles, según conceptos literales, a la falta de creatividad o iniciativa, a la desmotivación y a la falta de cobertura legal, que inhibe el riesgo de error.
- La barrera de género no parece destacar. Sin embargo, como era de suponer, los estereotipos son contrarios a la innovación, y así se refleja como una barrera bastante consensuada (poco recorrido).
- La rigidez organizativa presenta un gran recorrido, lo que significa que alguna de las participantes la valora como barrera poco relevante, aunque el resto la valora más relevante. Sin embargo, el promedio es inferior al resto de barreras, lo que parece restar importancia a ésta barrera.

3.5.3. Minería de datos

Análisis gráfico de los datos recopilados.

Índice de gráficos:

Grupo 1 (D1)

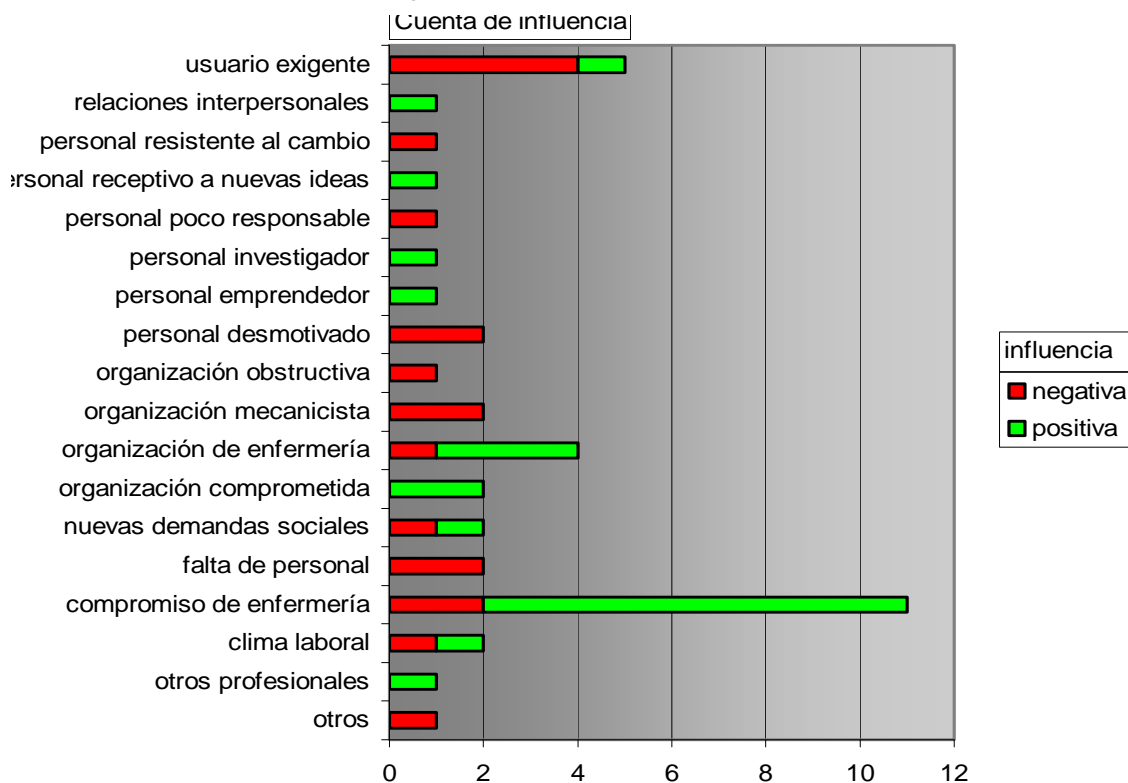
- 1: Actores que influyen en la innovación en enfermería
- 2: Factores que influyen en la innovación en enfermería
- 3: Principales áreas de innovación
- 4: Orígenes relevantes de la innovación
- 5: Principales barreras a la innovación
- 6: Autonomía profesional
- 7: Relación formación-innovación
- 8: El usuario exigente como actor positivo en la innovación
- 9: Clima laboral
- 10: Definiciones y conceptos

Grupo 2 (D2)

- 11: Actores que influyen en la innovación en enfermería
- 12: Factores que influyen en la innovación en enfermería
- 13: Tipos de innovación
- 14: Orígenes de la innovación
- 15: Principales barreras a la innovación
- 16: Autonomía profesional
- 17: Relación formación-innovación
- 18: Actitudes e innovación
- 19: Clima laboral
- 20: Definiciones y conceptos

Delphi grupo 1 – cuestionario 1 (D1Q1)

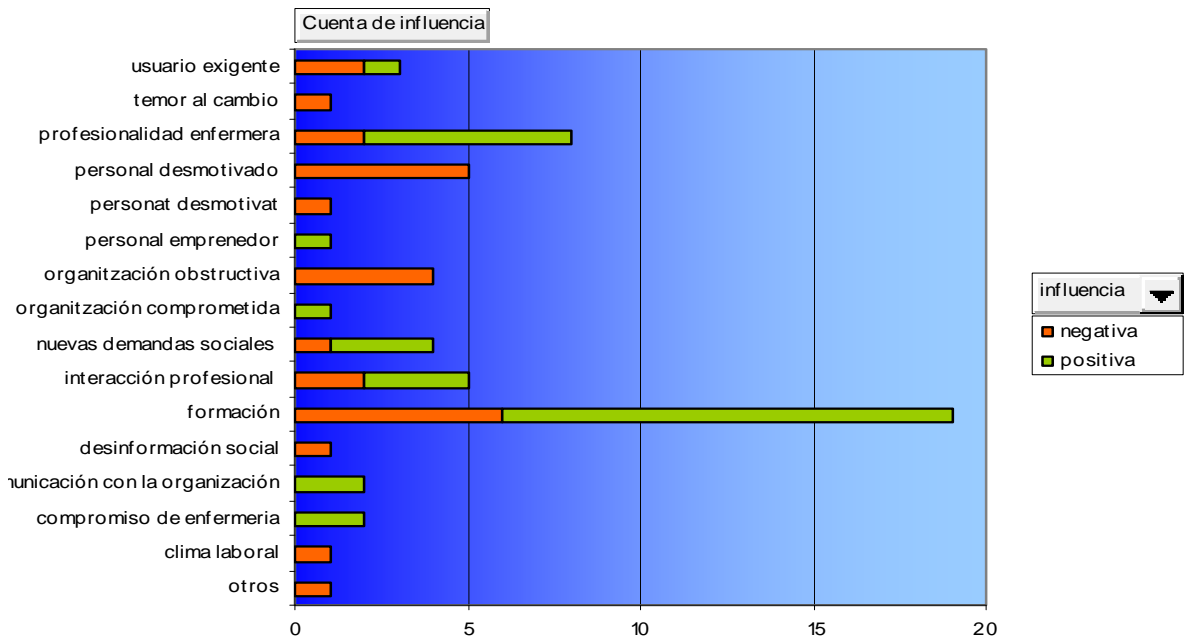
Gráfico 1: **Actores que influyen en la innovación en la enfermería.**



- En este gráfico se puede ver como actores relevantes a los usuarios exigentes, con influencia negativa en la innovación. Posiblemente, ésta negatividad sea debida a la exigencia demandante de usuarios intolerantes o irrespetuosos con el sistema sanitario.
- El principal factor, el compromiso de enfermería, tiene influencia positiva, y podría ser asociado a más factores de vocación y profesionalidad. Estos factores junto a la organización de enfermería serán elegidos para la elaboración del segundo cuestionario. Como factores secundarios, la organización comprometida se revela como positiva, en oposición a la mecanicista y la falta de personal.
- Análogamente, las nuevas demandas sociales y el clima laboral presentan división de opiniones. Ambas opciones se ampliarán en el segundo cuestionario.

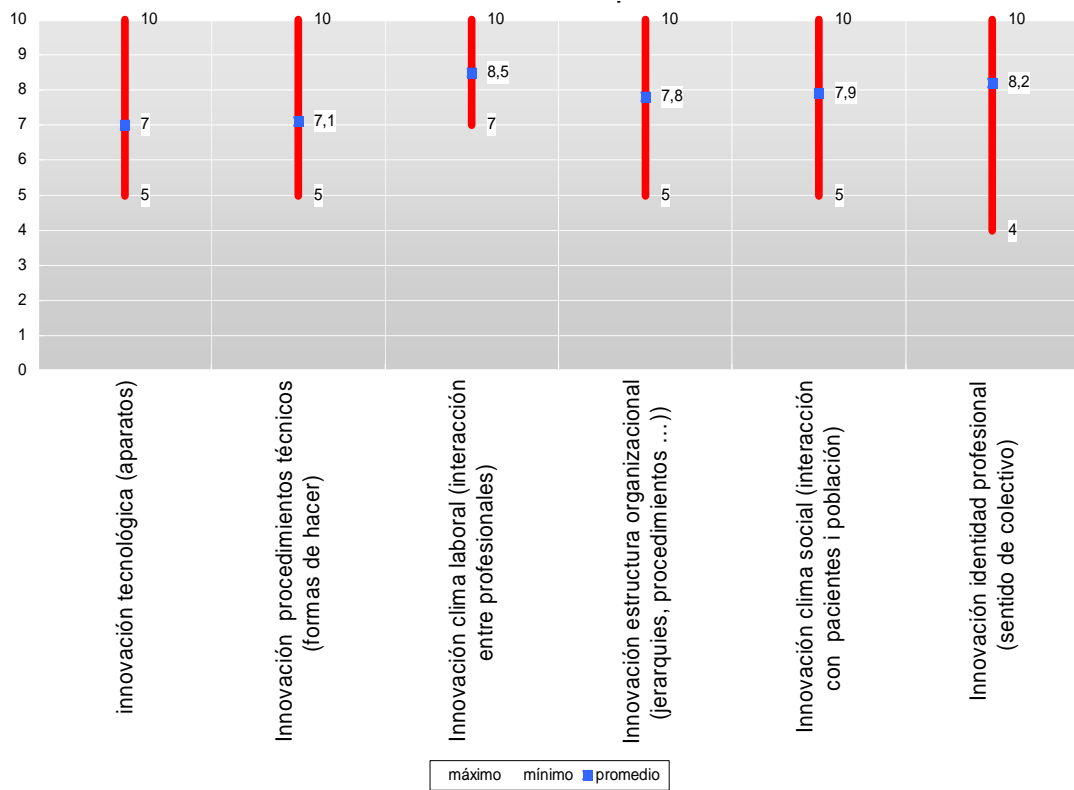
Delphi grupo 1 – cuestionario 1 (D1Q1)

Gráfico 2: **Factores que influyen en la innovación en enfermería.**



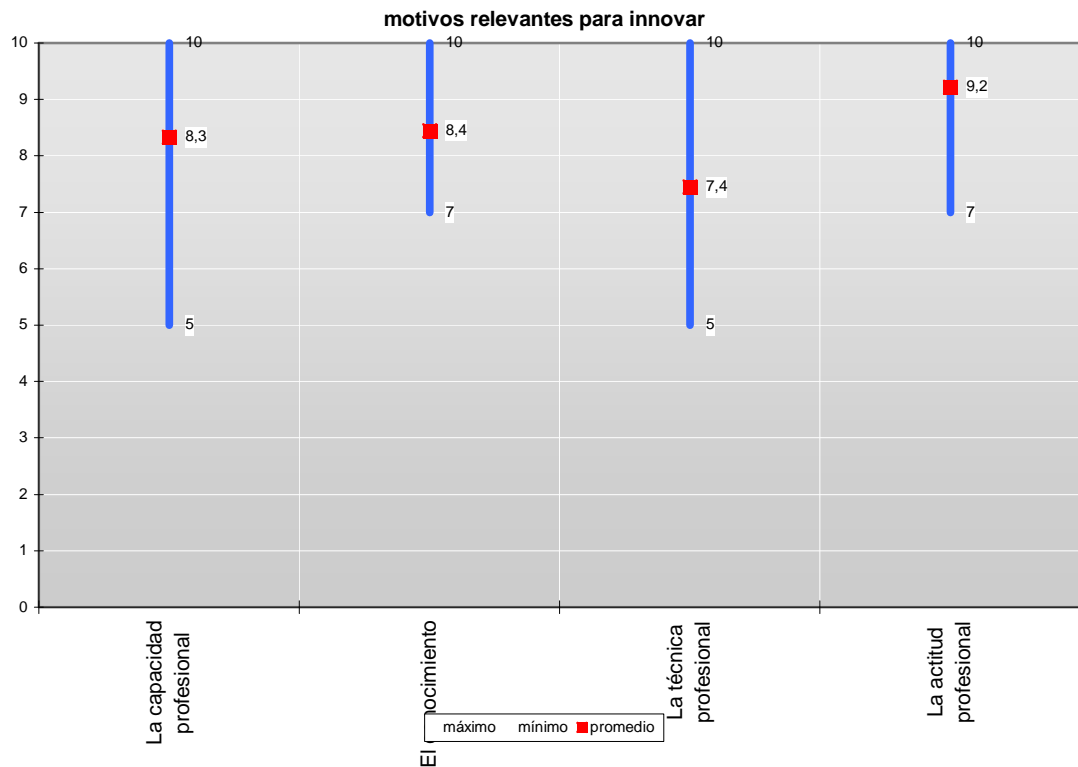
- Los factores que aparecen como más relevantes son la formación y la profesionalidad de la enfermería, que matizarán los conceptos de actitud, identidad, capacidad y conocimiento en el segundo cuestionario.
- La formación presenta el papel más importante, con mayoría de expertas que la consideran de influencia positiva.
- La profesionalidad también se contempla como un factor mayoritariamente influyente en la innovación.
- La desmotivación y la organización obstructiva son factores que frenan la innovación, a criterio de las participantes.
- La interacción profesional y el usuario exigente parecen factores relevantes, por lo que serán ampliados en el segundo cuestionario a fin de detallar su efecto.
- Se observa coherencia con las preguntas anteriores respecto a las nuevas demandas sociales, pero en este caso, un poco más polarizadas en positivo.

Gráfico 3: **Importancia de las áreas de innovación**



- Se observa que el factor valorado como más importante es el clima laboral entre profesionales, que además presenta poca dispersión de datos. Los siguientes factores son la innovación en identidad profesional, en clima social como interacción con la población y la innovación en la estructura organizativa. Todos ellos con poca dispersión de resultado y promedios y centrados parecidos, a excepción de la identidad profesional, que presenta el resultado de una experta que aumenta mucho el recorrido aunque el promedio sigue siendo muy alto.
- A más distancia se sitúan los factores técnicos como los más irrelevantes, con un sesgo que mueve el descentrado hacia el mínimo. Posiblemente esto sea debido a que la innovación técnica y tecnológica es bastante habitual en el contexto de la enfermería.

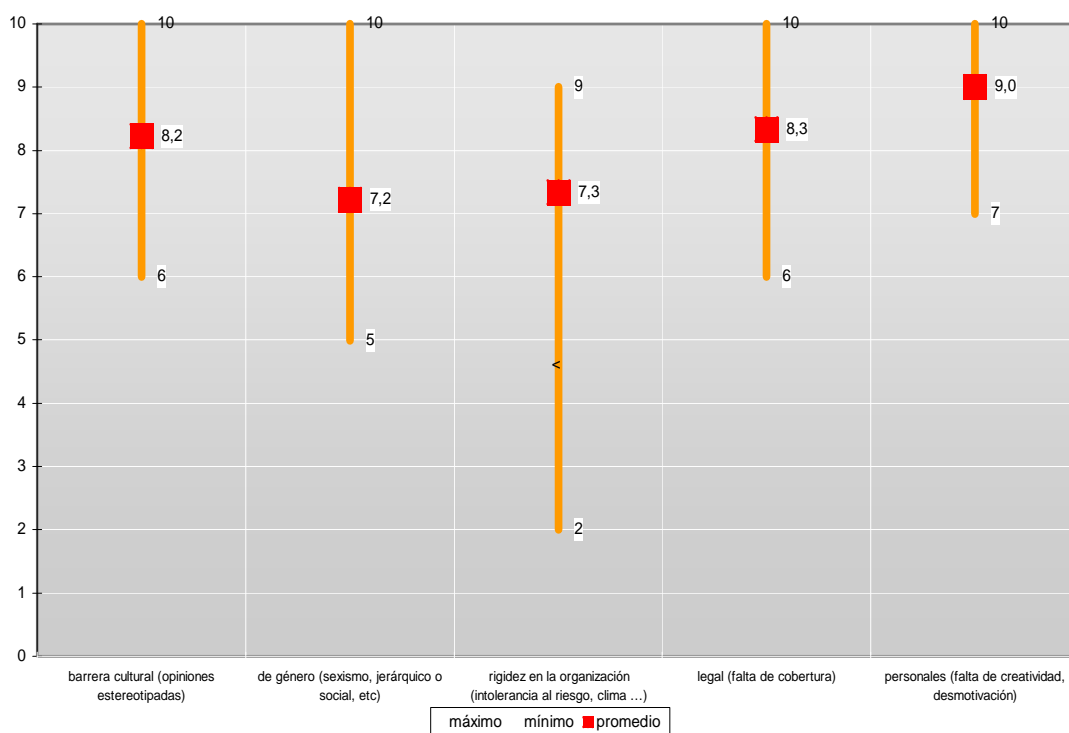
Gráfico 4: **Motivos relevantes para innovar**



- Como principales factores destacan las actitudes, seguidas del conocimiento profesional. Se puede apreciar una coherencia de votos en los factores de actitud y de conocimiento, donde la dispersión de votos es poca: las participantes se mueven en un margen estrecho de opinión (7-10).
- La capacidad y la técnica profesional presentan poca dispersión, aunque más amplia. La capacidad profesional está ligeramente descentrada hacia el máximo.
- Se observa que los promedios de capacidad profesional y conocimiento son parecidos, cosa que hace sospechar de una relación entre ellos.

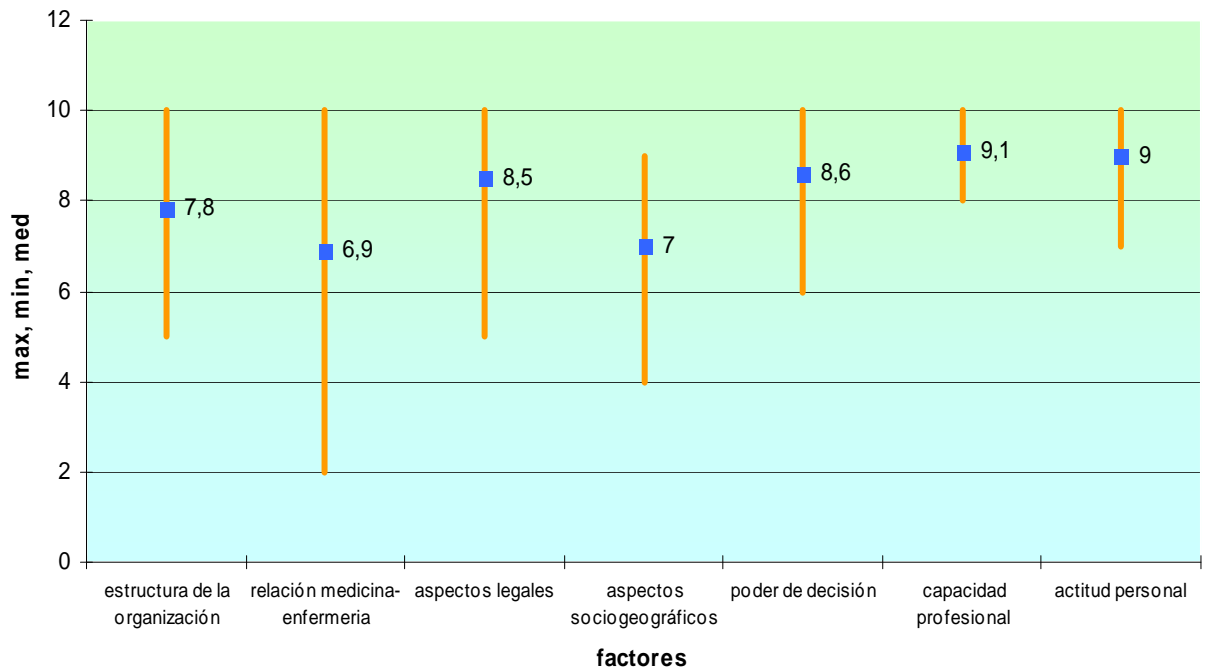
Delphi grupo 1 – cuestionario 1 (D1Q1)

Gráfico 5: **Barreras a la innovación**



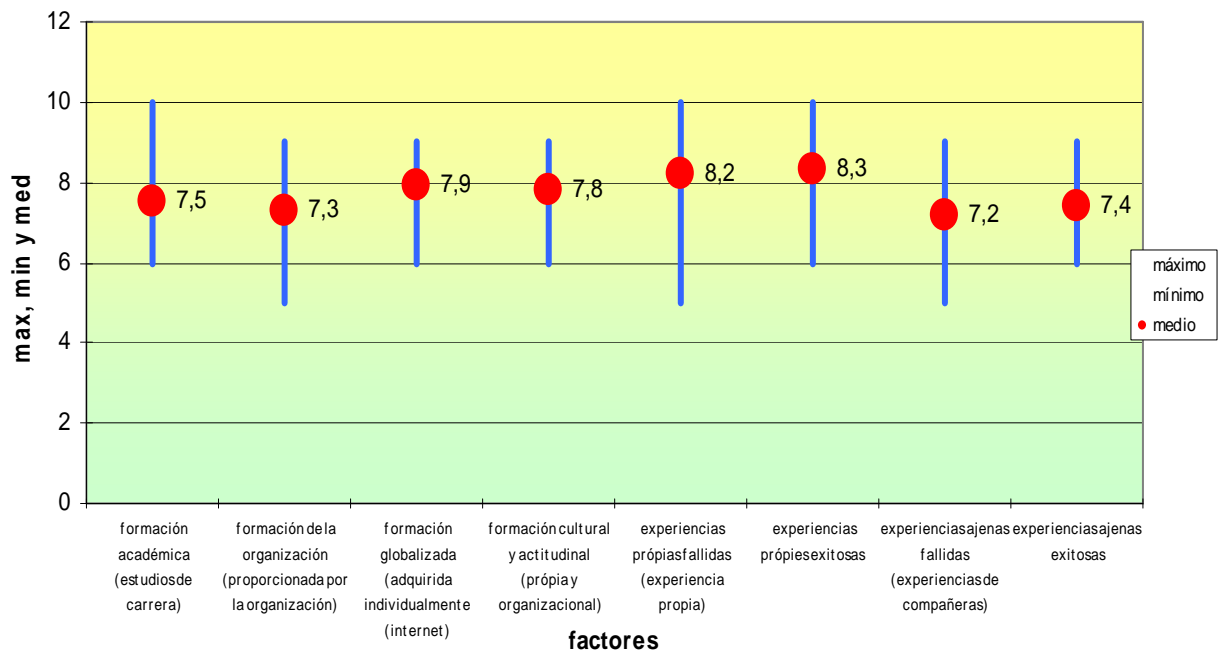
- La opinión más compacta se encuentra en las barreras personales (actitud desmotivación y falta de creatividad). El promedio más alto, así como la dispersión más estrecha hacen pensar en una coherencia de criterio entre las participantes. Las barreras personales parecen el principal obstáculo a la innovación.
- Se pueden observar también las barreras legales y culturales, con dispersión, aunque bastante coherentes y centradas, lo que sitúa el marco legal y los estereotipos como segunda barrera en importancia.
- La barrera de género está descentrada hacia el mínimo y más polarizada, aunque con tendencia al mínimo. Además, es la menos relevante. Esto hace pensar que la condición de género no es una barrera a la innovación.
- Finalmente, la barrera de la organización (rigidez procedimental, intolerancia al riesgo, etc), tiene una clara tendencia hacia el máximo, lo que hace pensar que la rigidez organizativa no deja espacio a la innovación, acorde con las teorías generales de la innovación. Sin embargo, presenta un gran recorrido debido a la puntuación muy baja de una de las participantes, aunque tampoco es particularmente importante.

Gráfico 6: **Factores para la autonomía profesional**



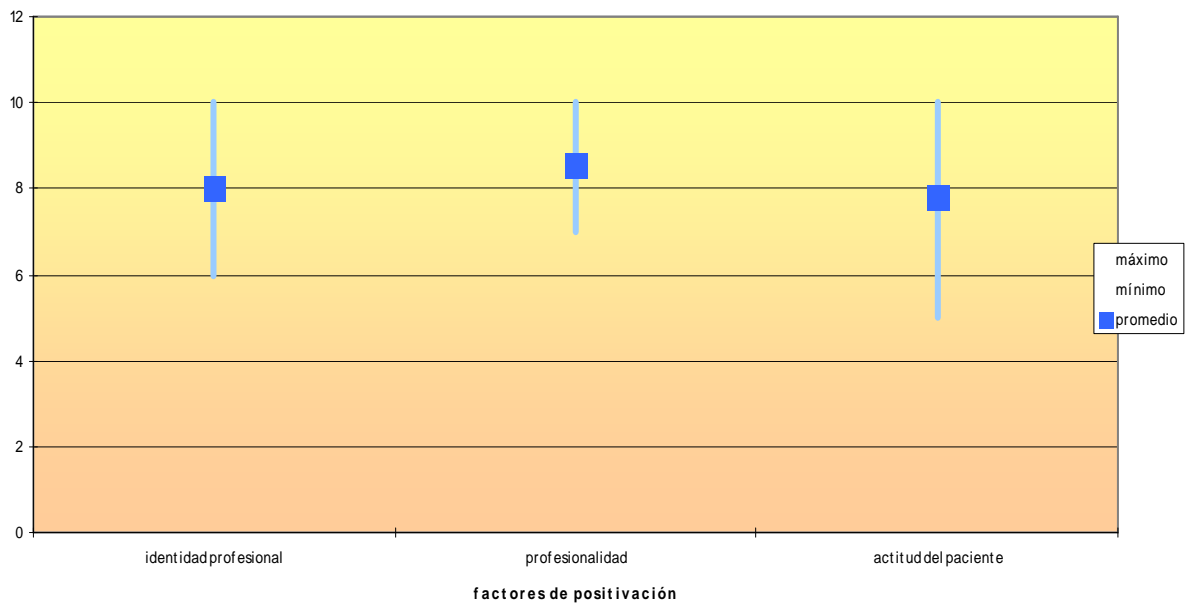
- Se observa que las respuestas más homogéneas corresponden al poder de decisión, junto a la capacidad profesional y la actitud personal. Son las respuestas más consensuadas y las más valoradas. Podrían considerarse como factores personales o individuales respecto a la autonomía profesional.
- Los aspectos legales y la estructura de la organización presentan un recorrido y centrados similares. Mayor dispersión de opiniones, aunque con resultados parecidos. Podrían considerarse como factores encuadrados en el marco legal y organizativo.
- No son tan relevantes los aspectos sociogeográficos ni la relación medicina-enfermería, que tienen una gran distancia entre máximos y mínimos y promedios ligeramente descentrados hacia arriba.

Gráfico 7: **Relación formación - innovación**



- Se observa que todas las respuestas se encuentran en una franja de resultado similar: con recorridos y centrados similares, lo que induce a pensar que la importancia de la formación en general es una opinión común entre las participantes. No obstante hay una observación importante: la experiencia propia, tanto fallida como exitosa, significan el factor más valorado. Presentan el máximo recorrido y la máxima valoración.
- La formación individual y la organizacional (en contenidos culturales y actitudinales) presentan cierto paralelismo en su importancia relativa.
- La formación proporcionada por la organización y las experiencias ajenas (tanto fallidas como exitosas) son menos valoradas como factores de influencia en la innovación.

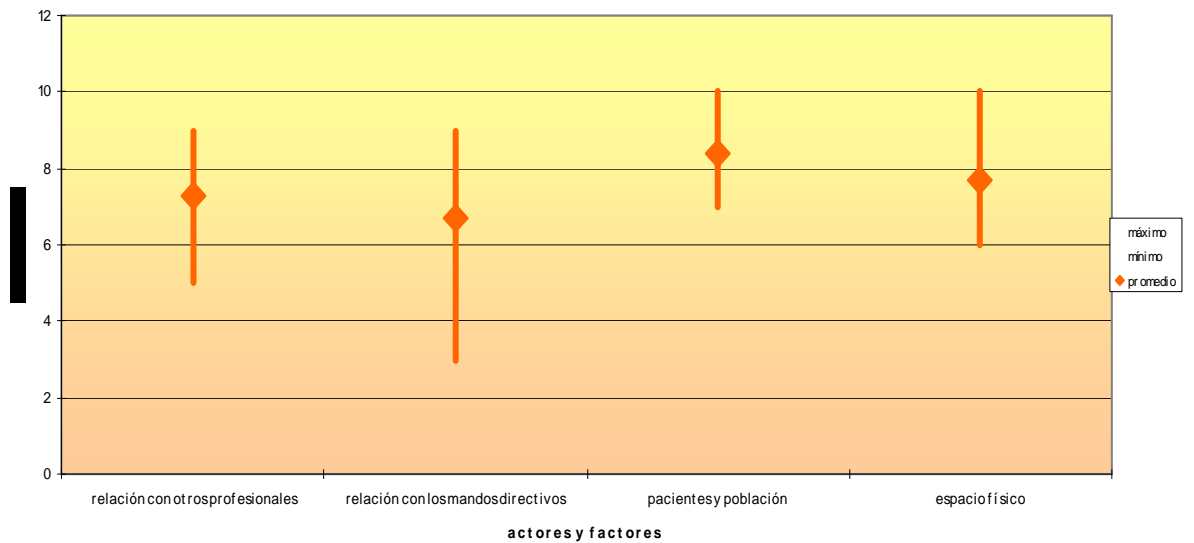
Gráfico 8: **Usuario exigente. Positivización**



- El factor que más positiviza al usuario exigente es la profesionalidad, en franja estrecha, lo que significa gran consenso de las participantes.
- Con menos importancia y mayor recorrido, respectivamente, se sitúan la identidad profesional y la actitud del propio paciente (habitualmente el paciente frecuentador y el dependiente)¹¹³.

¹¹³ Existe una percepción confusa en estos términos: El usuario frecuentador, como el mismo término indica, acude frecuentemente a la consulta, aunque no siempre por dependencia de la enfermera, sino también porque en ocasiones, la misma enfermedad le genera inseguridad y dudas. No es así con el dependiente, quien en ocasiones, supone (o así se percibe) que es la enfermera la principal responsable de la ejecución de la solución. Aprender estas situaciones supone un aprendizaje en la carrera profesional, porque también en la actualidad se han dado nuevos términos que tienen su interés en el proceso asistencial, como por ejemplo el usuario experto o el usuario exigente, de los que se habla en el apartado de la innovación.

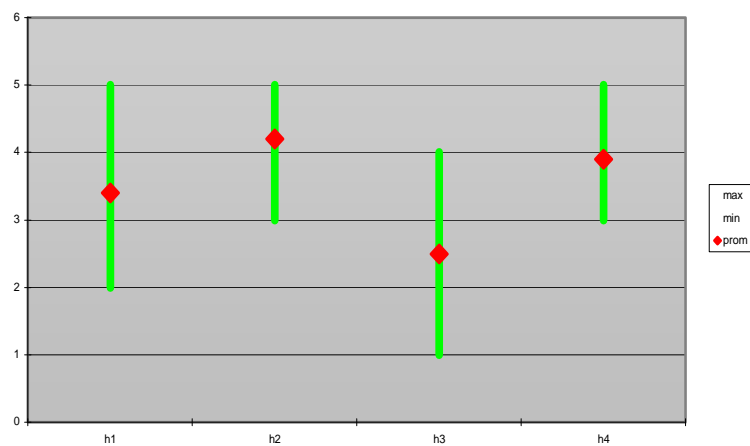
Gráfico 9: **Actores y factores. Interacción en el clima laboral**



- La relación que más afecta al clima laboral es la que se da con los pacientes y la población. De hecho se observa que es el factor menos disperso, donde hay más concentración de opinión, en una franja entre 7 y 10. El promedio está bastante centrado, con un valor de 8,4.
- Se observa diferencia tanto en promedio como en dispersión en la relación con los mandos directivos y en la relación con otros profesionales. En la relación con cuadros directivos se aprecia una mayor polarización de opinión que en el caso de la relación con otros profesionales.
- Finalmente parece bastante importante la organización física del espacio como factor para un buen clima laboral, posiblemente relacionado con la asistencia a pacientes y población, así como disponer de un espacio propio para la enfermería, según algunos comentarios.

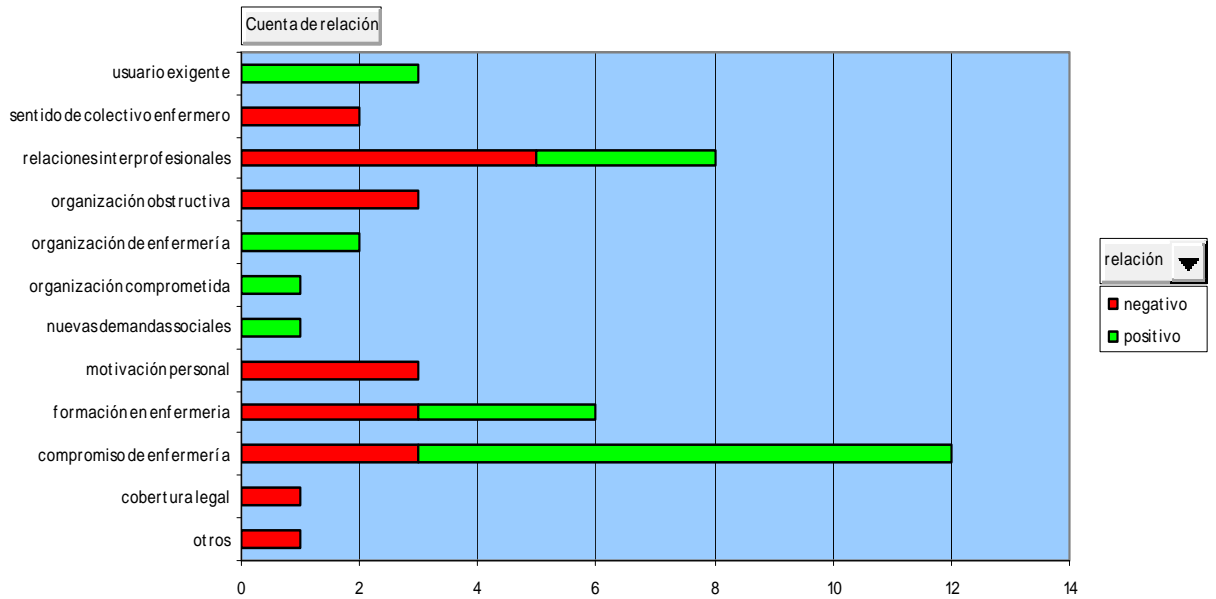
Gráfico 10: **Definiciones y conceptos**

- D1: La identidad profesional es una forma colectiva de interpretar la realidad, un modelo cultural y social de una profesión.
- D2: La profesionalidad se caracteriza por el conocimiento científico y metodológico de la enfermería, que, juntamente con la capacidad personal, tiene como objetivo la restitución, prevención y promoción de la salud.
- D3: El peso histórico de la enfermería no es relevante respecto a la profesionalidad.
- D4: El peso histórico de la enfermería es relevante respecto a la identidad profesional.



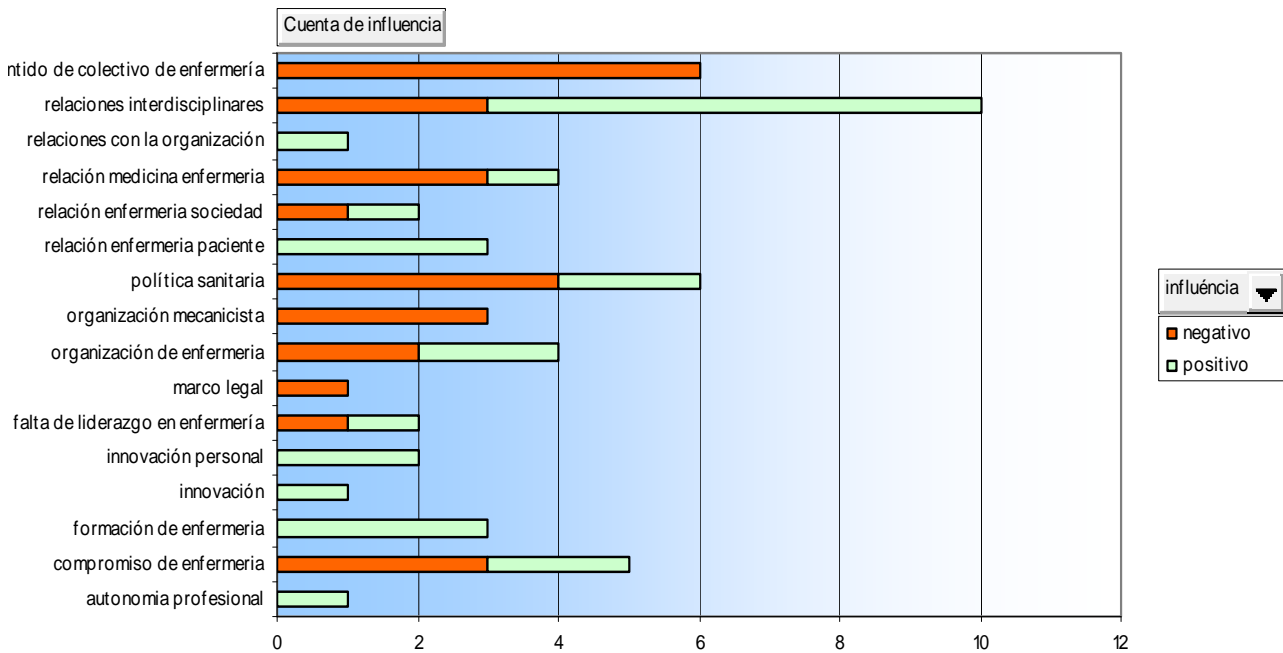
- Se observa que todas las respuestas presentan poco sesgo, con más o menos dispersión, hecho que induce a pensar que realmente presentan consenso. Hay equilibrio en las definiciones aunque más amplitud de opinión en las definiciones 1 y 3.
- Las afirmaciones 2 y 4 presentan menos dispersión: más coincidencia de opinión
- Se observa en las afirmaciones 3 y 4 que el peso histórico influye poco en la profesionalidad (nivel individual), pero influye en la identidad profesional (aspecto colectivo).
- La definición 3 se sitúa en la frontera. No se puede determinar si los participantes están de acuerdo con que la historia no es relevante con la profesionalidad. En el resto, se muestran de acuerdo.

Gráfico 11: **Actores influyentes en la innovación**



- En este gráfico se observa que el principal concepto asociado a la innovación es el compromiso de enfermería. La mayoría de las enfermeras lo consideran positivo (profesionalidad, vocación, espíritu de ayuda...). Una tercera parte cita aspectos negativos en el compromiso de enfermería (falta de compromiso, desinterés, etc).
- La formación de enfermería polariza simétricamente los resultados.
- Finalmente, las relaciones interprofesionales presentan una clara tendencia negativa, hecho que induce a pensar que las relaciones con otras profesiones sanitarias obstaculizan la innovación en enfermería. Este punto se ampliará en el segundo cuestionario.

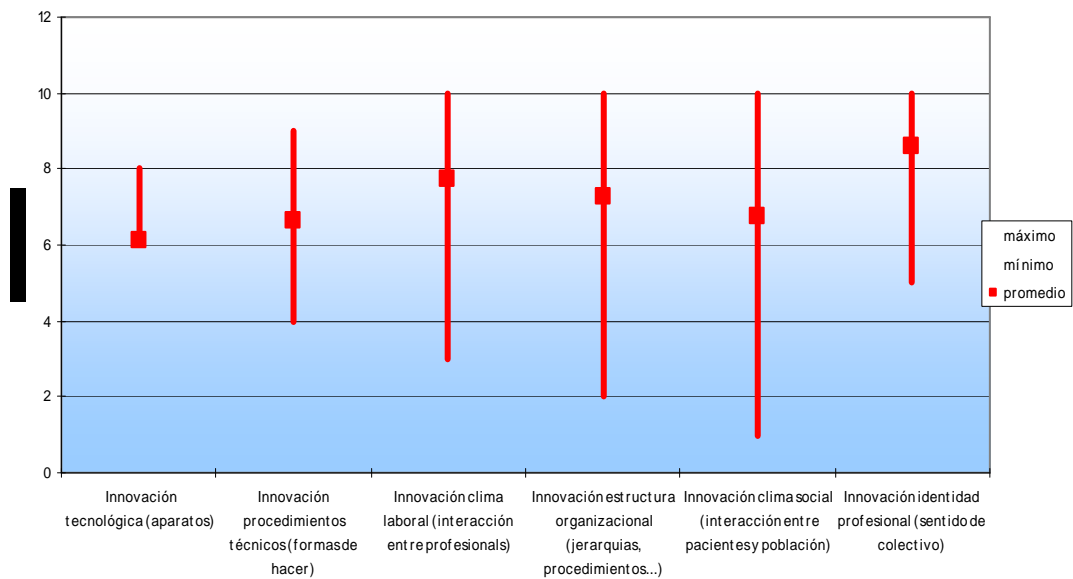
Gráfico 12: **Factores influyentes en la innovación**



- La mitad de las encuestadas valoran como un freno a la innovación el sentido de colectivo de enfermería, que muestra total negatividad.
- Las relaciones interdisciplinarias (con profesiones no sanitarias) muestran positividad, hecho que puede interpretarse como que disponer de puntos de vista ajenos a la sanidad se valora como positivo o inductor de creatividad, según la mayoría de teorías sobre innovación.
- La relación medicina-enfermería presenta también tendencia de negatividad para la innovación de la enfermería, aunque no hay un gran número de respuestas.
- Asimismo, la relación enfermera-paciente presenta coincidencia como factor positivo para innovar. Podría ser consecuencia de la realimentación de los pacientes que dan su opinión sobre el servicio o consejos de mejora.
- La organización de enfermería parece dividir opiniones, así como la falta de liderazgo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es un número poco significativo de respuestas.
- La autonomía y la innovación personales parecen positivizar algunas de las opiniones.

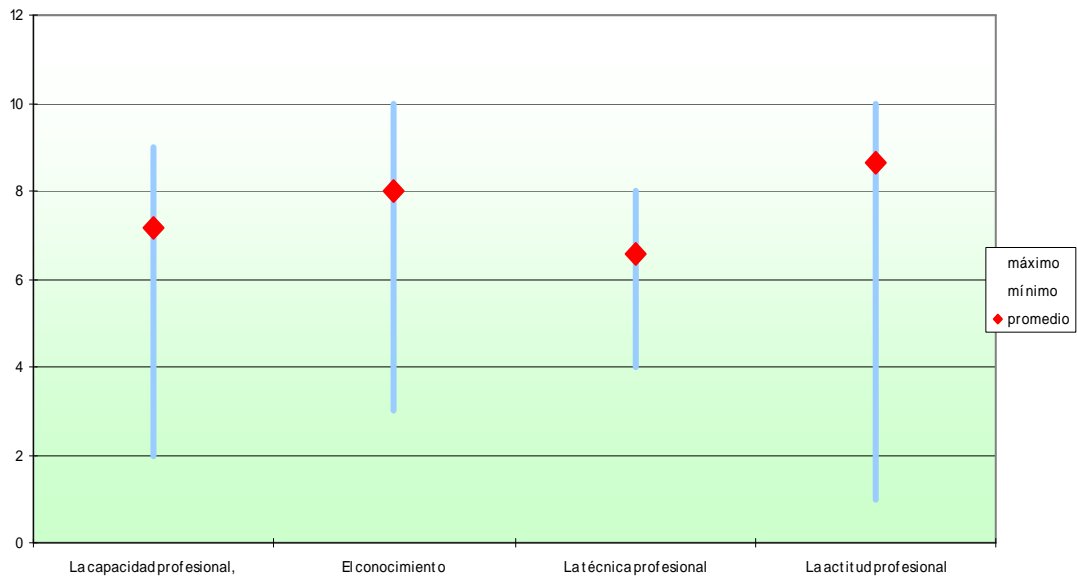
- Finalmente, las enfermeras parecen mostrar una pequeña tendencia a considerar la organización de enfermería como ligeramente negativa, aunque hay una parte casi igual que la valora como positiva.
- Los resultados más significativos son las relaciones interdisciplinarias (70% positivo), seguido en igual valor del sentido de colectivo (totalmente negativo), la política sanitaria (mayoritariamente negativa) y el compromiso de enfermería (mayoritariamente negativo).

Gráfico 13: **Relevancia de los tipos de innovación**



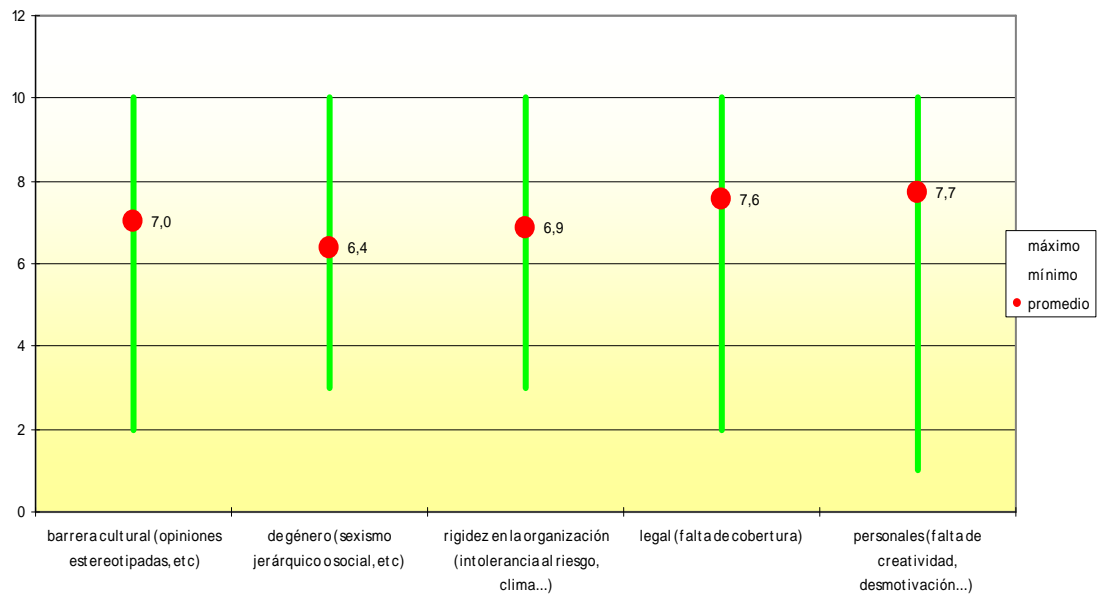
- El factor valorado con más fuerza para innovar es el sentido de colectivo profesional, con un promedio de opinión muy alto y recorrido de poca dispersión.
- El clima laboral parece ser también importante aunque presenta mucho recorrido y opiniones muy polarizadas. La interacción con compañeros y compañeras de trabajo parece ser importante para innovar.
- La estructura de la organización y las relaciones con pacientes y población (clima social) presentan resultados parecidos en promedio y polarización (muy dispersa: algunas personas lo valoran muy bajo y otras muy alto). Son los tipos de innovación que más recorrido presentan lo que desvela divergencias de opinión, ya que presentan poco descentrado.
- Las respuestas sobre la innovación tecnológica y la tecnología aplicada (tratamiento) presentan mucha coherencia y poco interés. Durante el proceso de la encuesta se constató de forma informal que el hecho de que se tecnifique la enfermería hace que la innovación tecnológica pierda valor, al estar 'a la orden del día'.

Gráfico 14: **Motivos relevantes para innovar**



- Destaca que la actitud profesional, incluso teniendo un gran recorrido, es el motivo más importante para innovar. Que el recorrido sea tan largo y el promedio sea tan alto, indica que la mayoría de las personas han votado como importante este factor, pero alguna participante lo ha valorado muy bajo. En resumen, parece ser el principal factor de interés.
- El conocimiento y la capacidad profesional presentan un promedio y un recorrido (dispersión de valoraciones) similar, siendo el conocimiento algo más importante. Posiblemente vayan ligados.
- Asimismo la técnica profesional (técnicas terapéuticas y diagnósticas) presenta bastante consenso respecto a su menor importancia ya que presenta poco recorrido y el promedio más cercano al máximo. Según citas durante la encuesta, el hecho de que sea el menos valorado puede ser causado por el hecho de que la técnica viene determinada por personas ajenas a la enfermería.

Gráfico 15: **Barreras a la innovación**

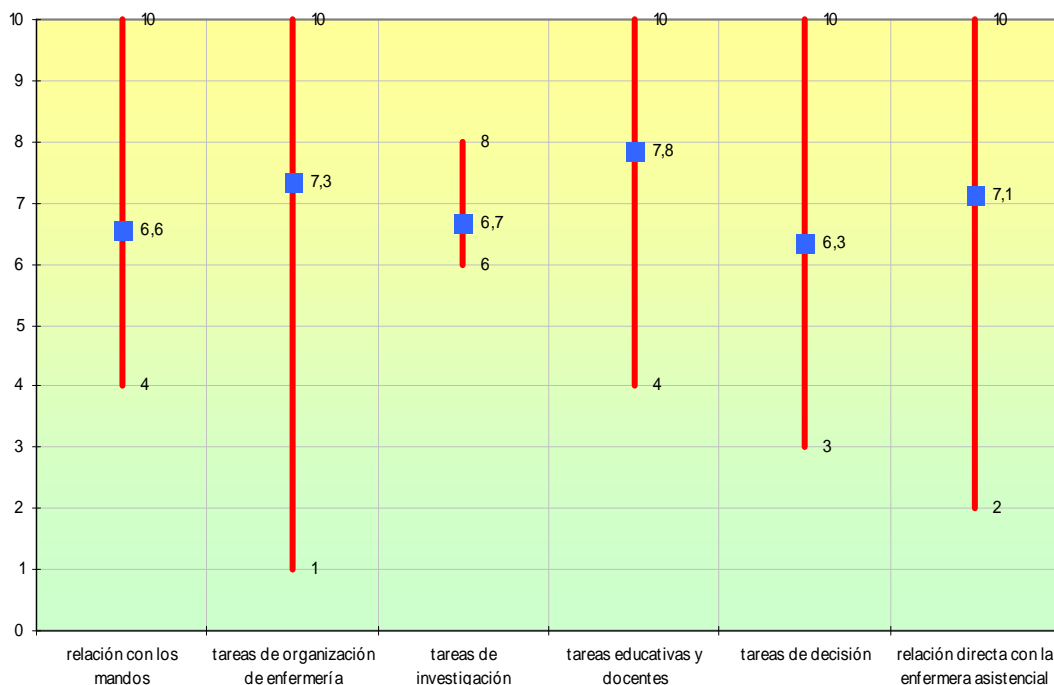


- Las actitudes personales también aparecen en este grupo como el principal obstáculo de la innovación, con gran dispersión de valoraciones, pero donde la mayoría lo considera relevante, lo que hace que el promedio sea alto.
- Las barreras legales y culturales también presentan este mismo comportamiento: aunque hay quien opina lo contrario, la mayoría de participantes considera que estas barreras son importantes. El peso en ambos tipos tiende hacia el máximo.
- Las barreras de género y obstáculos de la organización presentan un recorrido similar y bastante centradas, a pesar de que se valora algo más el clima laboral como un freno más importante que las barreras de género y similares.

delphi 2 – cuestionario 2

Delphi grupo 2 – cuestionario 2 (D2Q2)

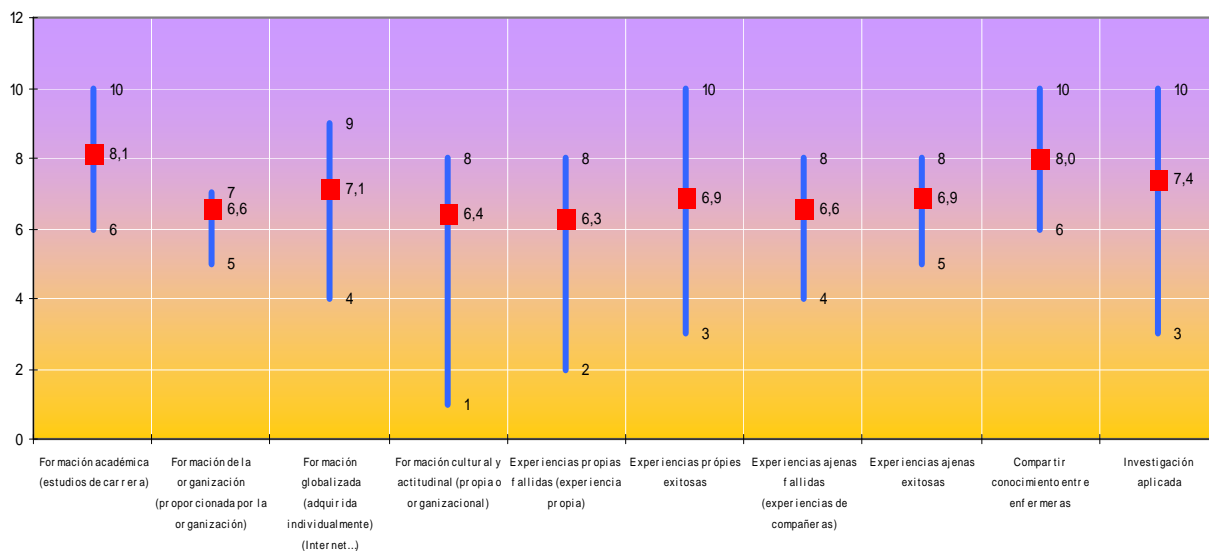
Gráfico 16: **Áreas de autonomía profesional**



- Las tareas de educativas y docentes son las que disponen de mayor autonomía.
- Las tareas de organización también permiten un buen grado de autonomía, aunque presentan un recorrido bastante largo, donde aproximadamente $\frac{3}{4}$ lo consideran importante, y el $\frac{1}{4}$ restante poco importante. No parece que realizar tareas de organización facilite la innovación. Este punto deberá ser revisado.
- Según diversos comentarios, para trasladar la autonomía a otros ámbitos hay que incorporar tareas educativas y de investigación, imitando a las áreas que disponen de ésta autonomía.
- Las tareas de investigación se sitúan en la franja baja de importancia, aunque presentan una gran coherencia (recorrido de 6 a 8). Existe consenso al respecto.

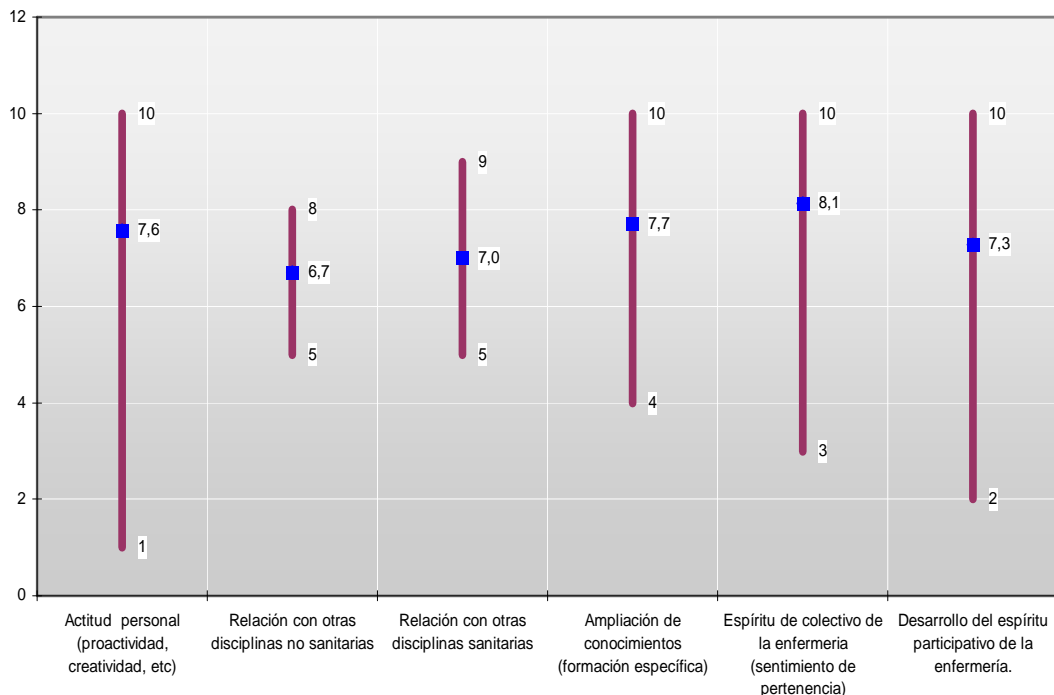
Delphi grupo 2 – cuestionario 2 (D2Q2)

Gráfico 17: **Relación formación - innovación**



- Como en el otro grupo, se observa que la mayoría de los promedios se encuentra en una franja estrecha, lo que se interpreta como coherencia grupal en la valoración de la importancia de la formación en la innovación.
- Por peso relativo destacan la formación académica y la compartición de conocimiento entre enfermeras, igual que en el grupo 1. Parece que el principal vehículo de la innovación es la adquisición de conocimiento durante los estudios y la compartición informal de conocimiento tácito. Es importante hacer notar que en la sociedad del conocimiento existe una regla importante: el conocimiento multiplica su valor cuando se comparte en entornos cooperativos. Este hecho podría ser importante en vistas al futuro de la innovación en enfermería. Se podría sacar la conclusión de que la formación entre y con enfermeras es muy valorada, y de posible aplicación para la creación de una identidad profesional.
- El conocimiento adquirido mediante la investigación aplicada también se valora bastante.
- Asimismo, la formación adquirida individualmente por Internet, juntamente con las experiencias exitosas (propias y ajenas) constituyen la segunda fuerza de formación valorada.

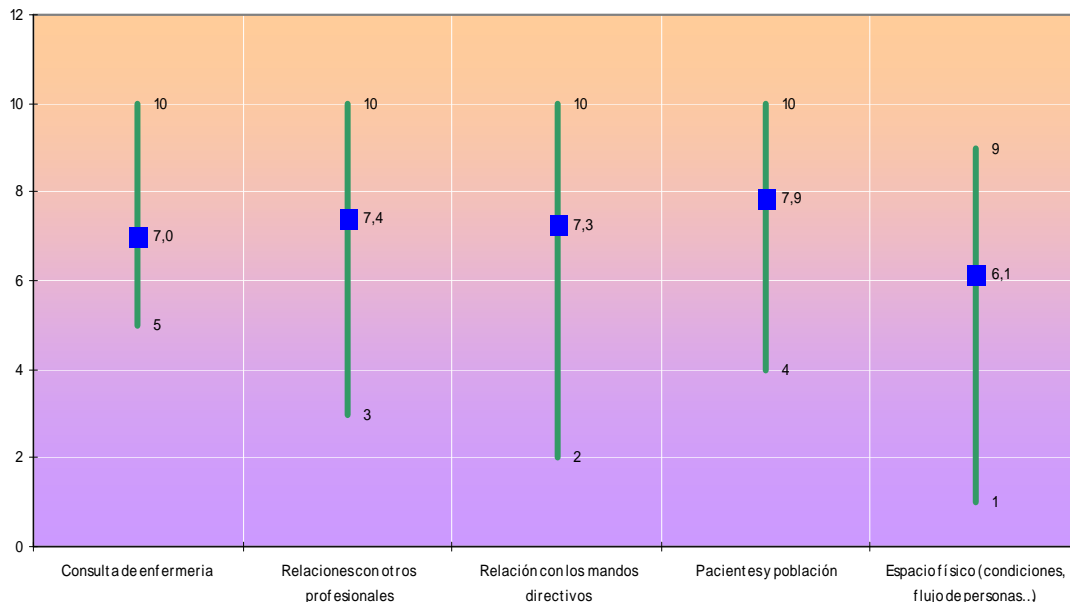
Gráfico 18: **Actitudes e innovación**



- Un aspecto que despierta respecto al cuestionario anterior son las actitudes personales y el sentido de colectivo. Este último, además, parece coherente con el desarrollo del espíritu participativo.
- La actitud personal presenta una clara desviación al máximo y un gran recorrido. Alguna participante lo considera muy poco relevante, aunque la mayoría lo creen importante.
- En tercer lugar, la ampliación de conocimientos, como fuente de creatividad e innovación, presenta un criterio bastante consensuado
- La relación con otras disciplinas, tanto sanitarias como no sanitarias, presenta una polarización y centrado similares. Respuesta de gran consenso. Junto con los datos de gráficos anteriores, parece que existe un interés en abrirse a otras disciplinas.

Delphi grupo 2 – cuestionario 2 (D2Q2)

Gráfico 19: **Clima laboral**



- Tres conceptos presentan similitudes en importancia, recorrido y centraje: las relaciones, tanto con otros profesionales, con los mandos directivos y con los pacientes y población general. El espacio físico y la consulta de enfermería no parecen tan relevantes, aunque la consulta presenta mayor valoración y menor recorrido, hecho que puede reflejar otro tipo de importancia.
- El hecho de que la enfermería interactúe con pacientes y población durante gran parte de su jornada laboral parece reflejarse en la alta valoración que las participantes hacen sobre la importancia de este factor en el clima laboral. Bastante consensuado (poca polarización) y centrado hacia arriba.
- La relación interprofesional tanto con los mandos directivos como con otros profesionales parece ser el segundo factor de importancia, con polarizaciones similares.
- El espacio físico no parece tener mucha importancia relativa al clima. Su importancia baja respecto a la primera encuesta. Por otra parte, presenta un recorrido mas largo y menor promedio.

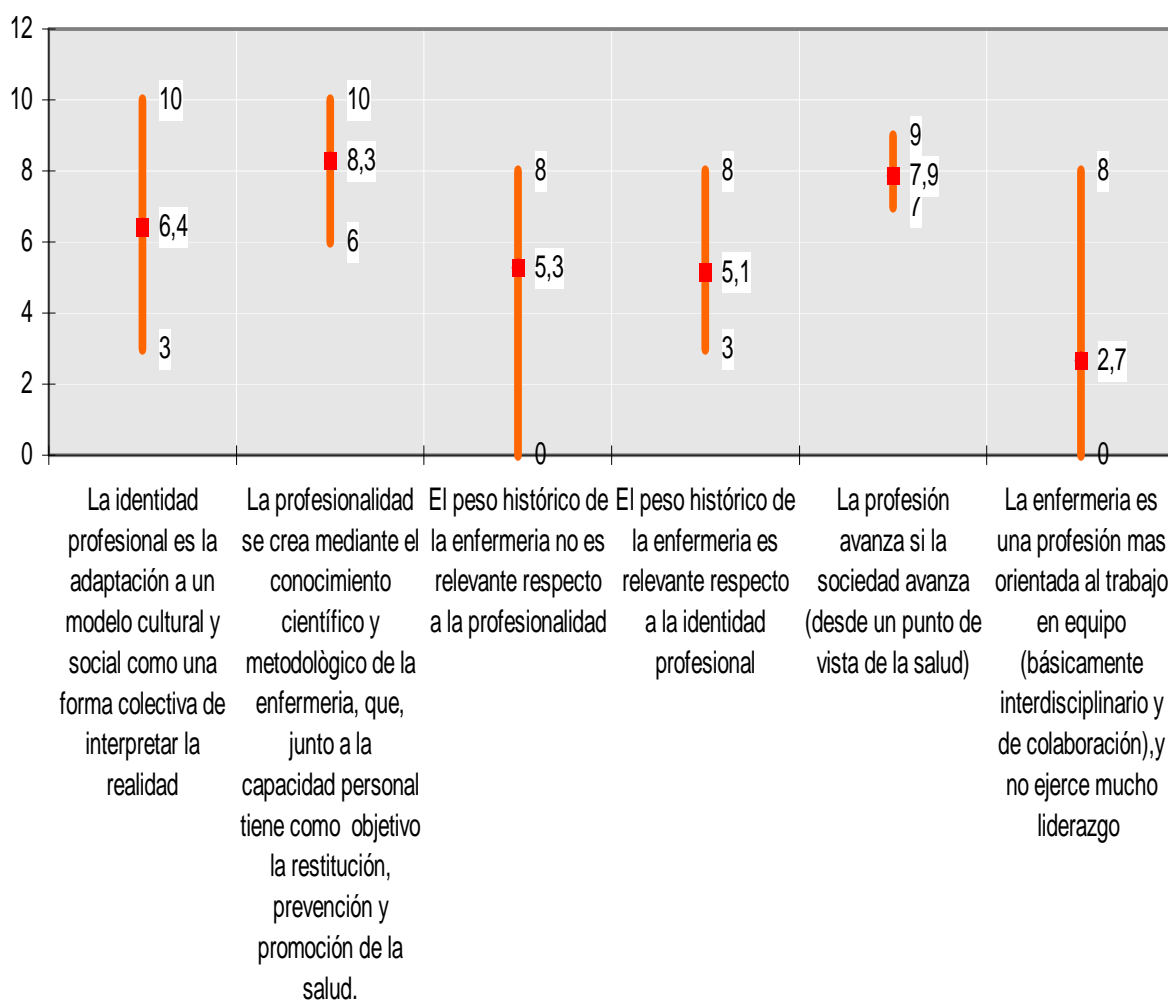
Delphi grupo 2 – cuestionario 2 (D2Q2)

Gráfico 20: **Definiciones y propuestas**

Valoración de las siguientes afirmaciones:

- La identidad profesional es una forma colectiva de interpretar la realidad, un modelo cultural y social de una profesión.
- La profesionalidad se caracteriza por el conocimiento científico y metodológico de la enfermería, que, juntamente con la capacidad personal, y tiene como objetivo la restitución, prevención y promoción de la salud.
- El peso histórico de la enfermería no es relevante respecto a la profesionalidad
- El peso histórico de la enfermería es relevante respecto a la identidad profesional
- La profesión avanza si la sociedad avanza (desde un punto de vista de la salud)
- La enfermería es una profesión mas orientada al trabajo en equipo que al liderazgo.

definiciones y propuestas



- Respecto a la primera respuesta parece que existe un consenso bastante centrado y polarización intermedia. En general, hay una respuesta que refleja acuerdo con la definición de identidad profesional.
- La segunda respuesta está menos polarizada y un poco más centrada en positivo (están en general más de acuerdo con la definición de profesionalidad). Es, además, la mas relevante.
- Respecto al peso histórico de la enfermería relacionado con la profesionalidad y la identidad profesional, muestran poco acuerdo con las propuestas, ya que presentan un valor relativo claramente inferior a los otros. Conviene resaltar que, respecto al peso histórico, hay una pregunta en positivo y la otra en negativo.

- Hay un gran consenso (pequeño recorrido y promedio alto) sobre la marcha conjunta de enfermería y sociedad.
- Las expertas no están de acuerdo en que la enfermería está más orientada al trabajo en equipo que al liderazgo. El hecho de ligar ambas afirmaciones en una sola ha producido que muchas expertas dejen el campo en blanco.
- Para analizar las respuestas respecto al peso histórico se han analizado los datos detalladamente (a nivel individual), ya que las dos preguntas relacionan la historia de la enfermería con dos conceptos. Una de las preguntas es en positivo (existe una relación) y otra en negativo (NO existe una relación). De los datos se observa claramente que todas las participantes (excepto una) puntúan en inverso una, y la otra, de una forma coherente según si creen que la historia ha condicionado la profesionalidad y la identidad profesional o no. El resultado final es que la mitad de participantes consideran que la historia influye, mientras que la otra mitad creen que NO influye. Como las valoraciones son relativas, y es un tema ampliamente discutible, se sugiere para futuros estudios.

3.5. Consulta por internet

3.5.1. Perfil

402 enfermeras/os

alcance internacional

cuestionario por Internet, ver anexo

4 idiomas: inglés, francés, español y japonés

Variables individuales. Respuesta única.

- Género (m/f)
- Idioma (en, es, fr, jp)
- Experiencia laboral (5, 10, 20 años)
- Ampliación a estudios superiores (si/no)
- ¿Has podido desarrollar innovación en tu centro de trabajo (si/no)
- ¿Ha colaborado el centro en tus ideas? (si/no)

Variables de barrera (selección múltiple)

- Clima con compañeros
- Aspectos legales
- Organización
- Relación con los mandos
- Actitudinales

Variables de área de trabajo, autonomía e innovación (selección múltiple)

- Hospitalaria
- Asistencial
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas
- Comunitaria
- Consultas externas
- Dirección y gestión
- Docencia y formación
- Especialidades
- Investigación
- Primaria

Datos y minería en CDROM anexo

Índice de gráficos:

A) Determinación de la existencia de una relación entre autonomía e innovación según una recta de regresión entre sus variables de grupo.

Gráfico 1: Recta de regresión

B) Estudio de variables individuales: género, idioma, experiencia laboral y ampliación a estudios superiores.

Gráfico 2: Distribución por género

Gráfico 3: Distribución por idioma

Gráfico 4: Distribución por ampliación a estudios superiores

Gráfico 5: Distribución por experiencia laboral

Gráfico 6: Distribución por área de trabajo

Gráfico 7: Distribución de estudios superiores según idioma

Gráfico 8: Distribución porcentual de estudios superiores según idioma

Gráfico 9: Ampliación a estudios superiores según género

Gráfico 10: Distribución porcentual de estudios superiores según género

C) Estudio de las barreras respecto a las variables individuales.

Gráfico 11: Barreras a la innovación según idioma

Gráfico 12: Barreras a la innovación según género

Gráfico 13: Barreras a la innovación según el desarrollo de ideas propias

Gráfico 14: Barreras a la innovación según años de experiencia laboral

D) Estudio de desarrollo de ideas respecto género y ampliación a estudios superiores

Gráfico 15: Desarrollo de ideas propias según ampliación a estudios superiores

Gráfico 16: Colaboración del centro de trabajo al desarrollo de ideas propias, según ampliación a estudios superiores

Gráfico 17: Desarrollo de ideas propias según género

Gráfico 18: Colaboración del centro de trabajo al desarrollo de ideas propias, según género

E) Estudio de la autonomía y la innovación respecto a las variables individuales.

Gráfico 19: Áreas donde se percibe autonomía, según idioma

Gráfico 20: Áreas donde se percibe innovación, según idioma

Gráfico 21: Áreas donde se percibe autonomía, según experiencia laboral

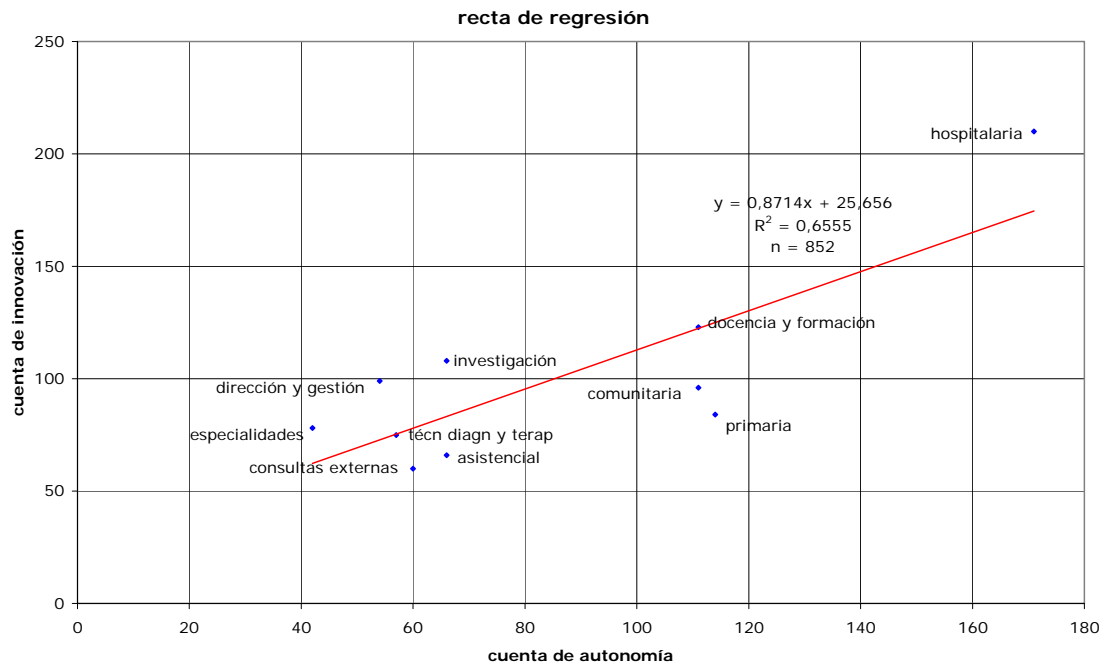
Gráfico 21: Áreas donde se percibe innovación, según experiencia laboral

Gráfico 22: Áreas donde se percibe autonomía, según género

Gráfico 23: Áreas donde se percibe innovación, según género

A) Determinación de la existencia de una relación entre autonomía e innovación según una recta de regresión entre sus variables de grupo.

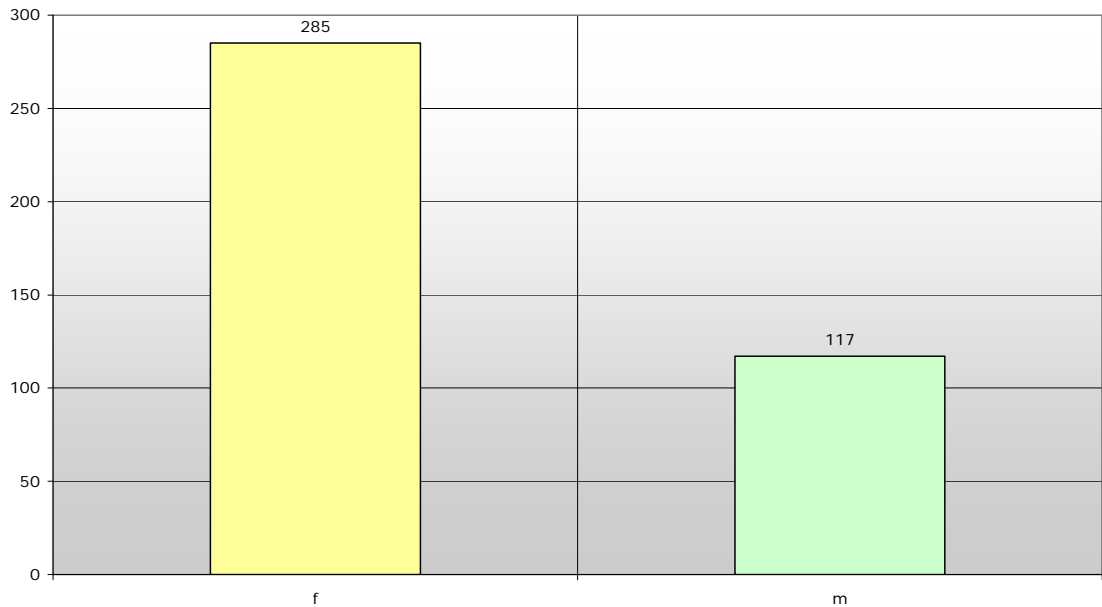
Gráfico 1: recta de regresión



Agrupando las respuestas según las áreas de actividad, se observa una relación lineal entre autonomía e innovación, con una confianza del 65%.

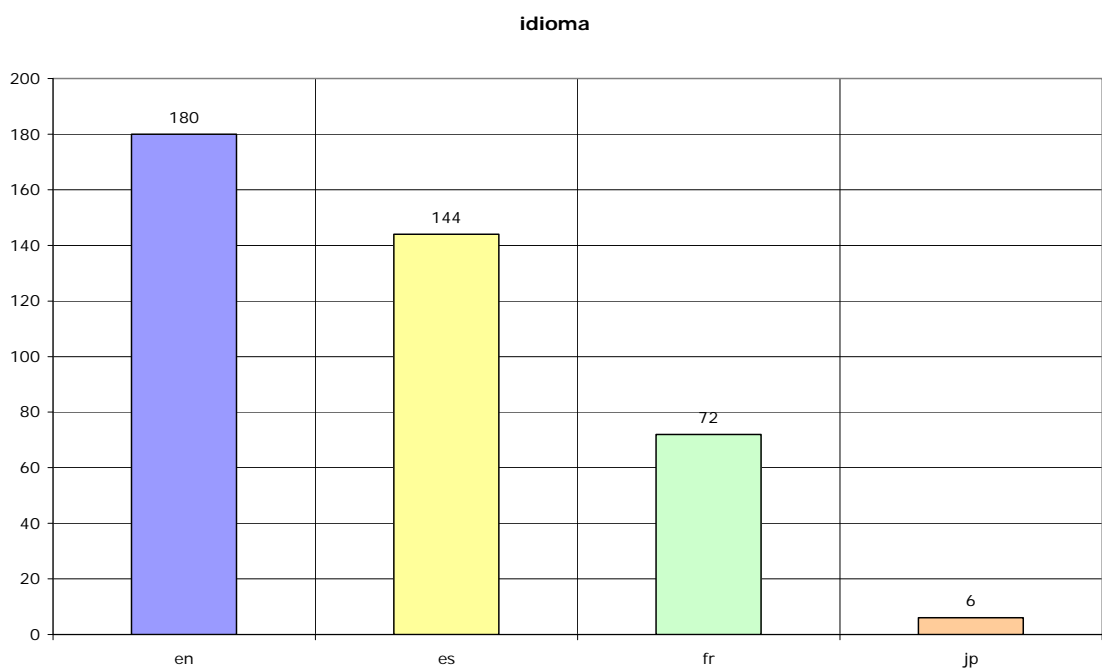
A) Estudio de variables individuales: género, idioma, experiencia laboral y ampliación a estudios superiores.

Gráfico 2: Distribución por género



Se observa un predominio aproximado de 2:1 de mujeres respecto a hombres.

Gráfico 3: Distribución por idioma



Mayoritariamente respuestas en inglés, seguidas de español, francés y japonés.

Gráfico 4: Distribución por ampliación a estudios superiores

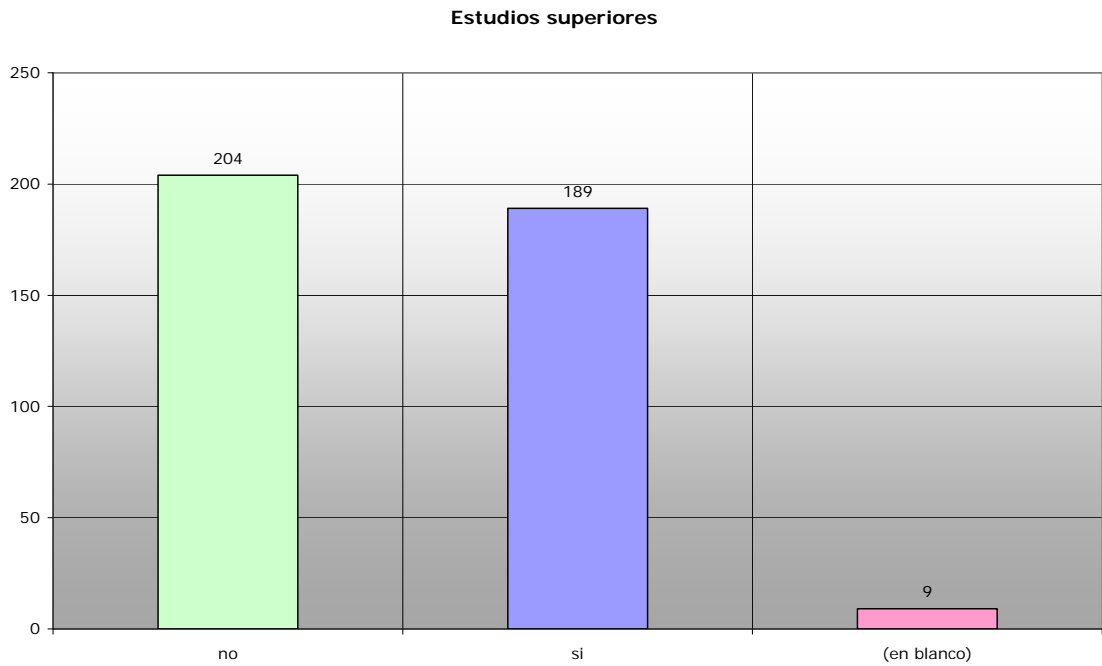
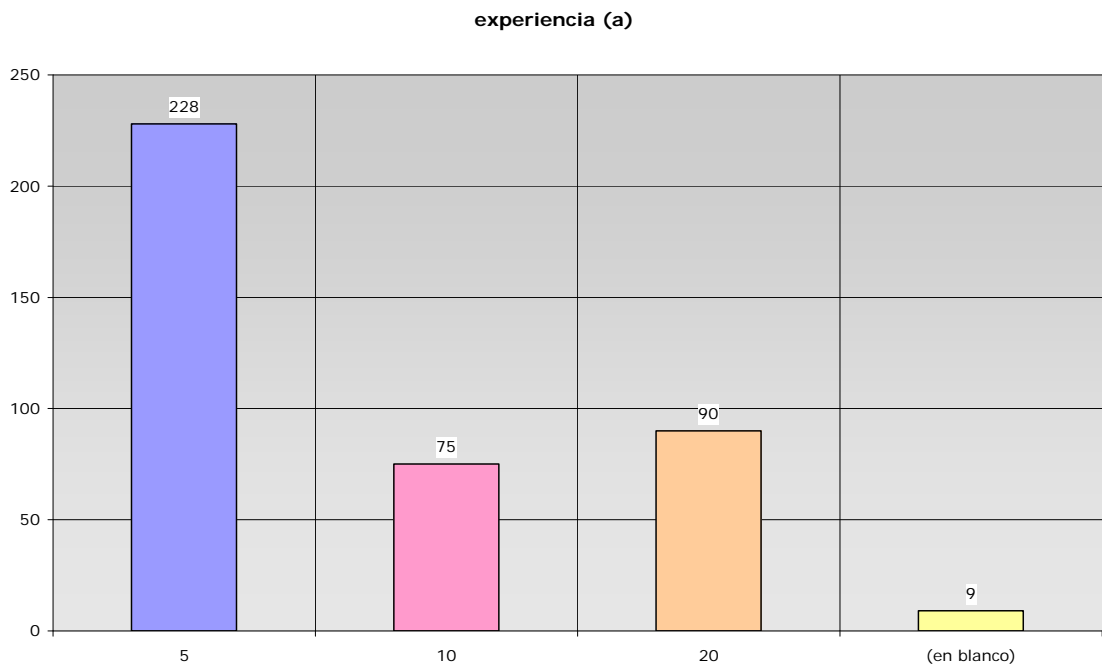


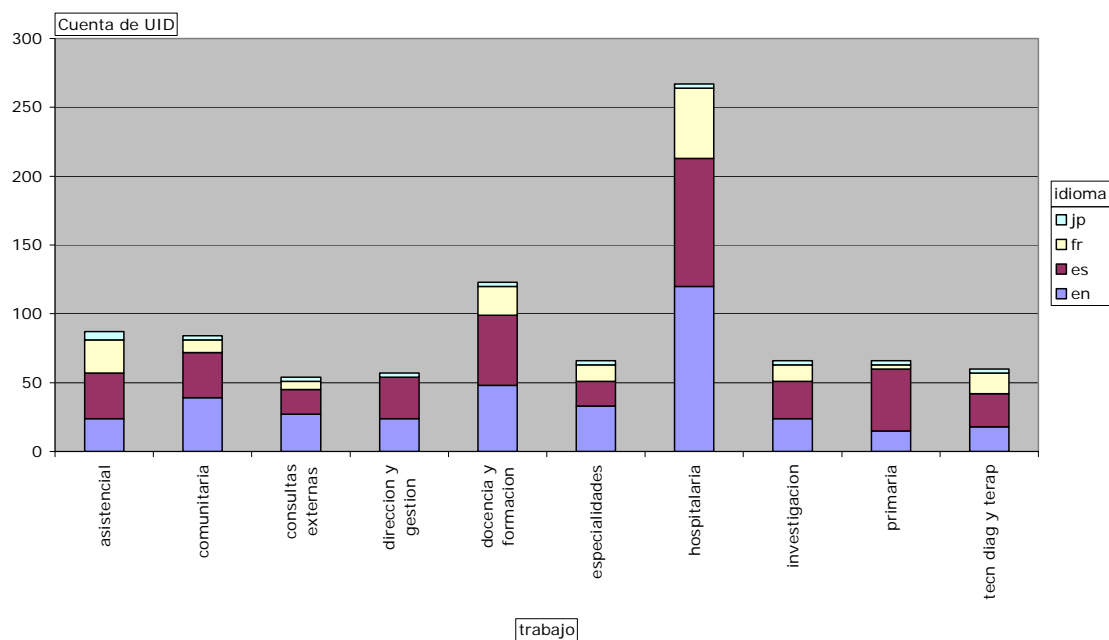
Gráfico 5: Distribución por experiencia laboral

0-5, 5-10 y de 10-20 o más.



Se observa predominio de enfermeras que han realizado el cuestionario con hasta 5 años de experiencia, seguido de las enfermeras con mas de 20 años de experiencia y, finalmente, las que tienen entre 5 y 20 años de experiencia.

Gráfico 6: Distribución por área de trabajo



Existe predominio de enfermeras en las áreas hospitalaria y de docencia y formación. El resto está equilibrado. En general existe una distribución homogénea de idiomas.

3.5.2. Minería de datos

Gráfico 7: Distribución de estudios superiores, según idioma

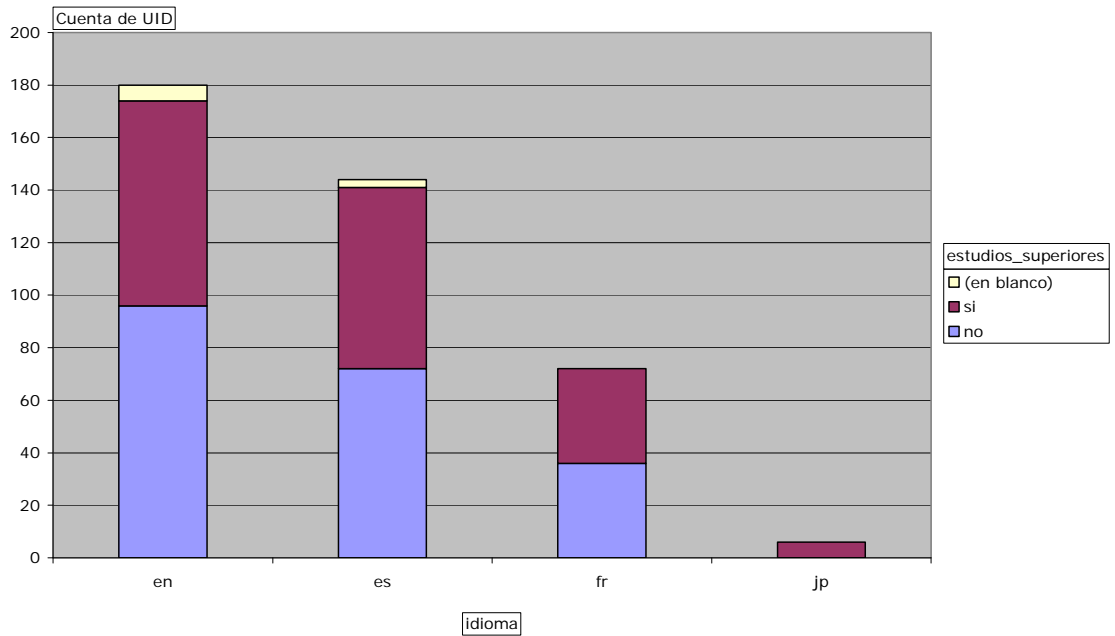
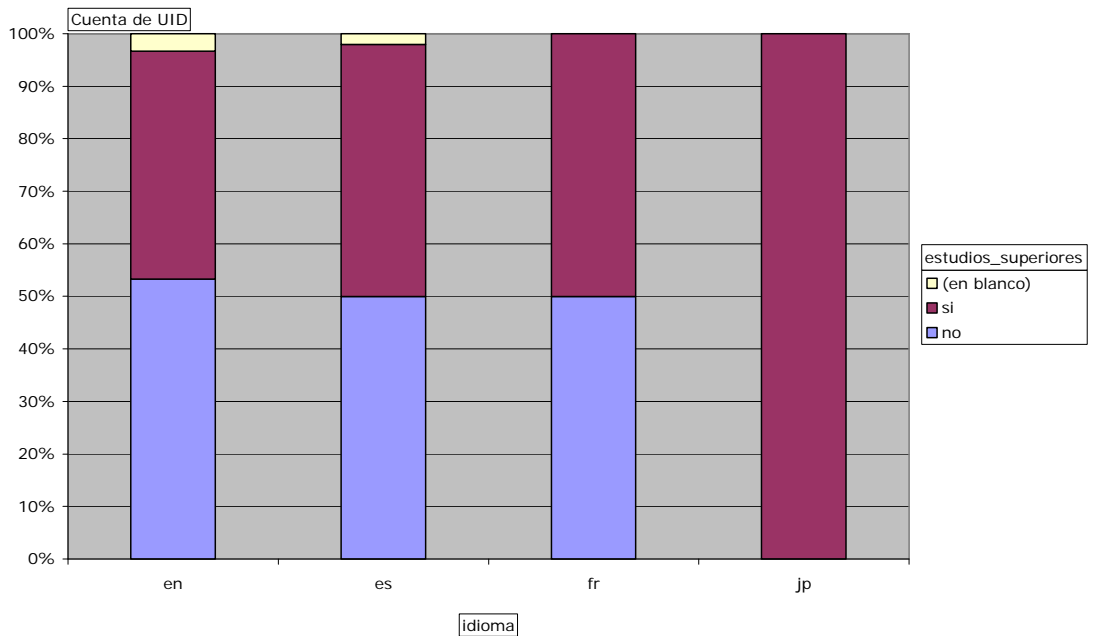


Gráfico 8: Distribución porcentual de estudios superiores, según idioma



Se observa una igualdad porcentual de personas con y sin estudios, independientemente del idioma. El caso de Japón debe ser analizado con precaución por la poca cantidad de encuestas obtenidas (6).

Gráfico 9: Ampliación a estudios superiores, según género

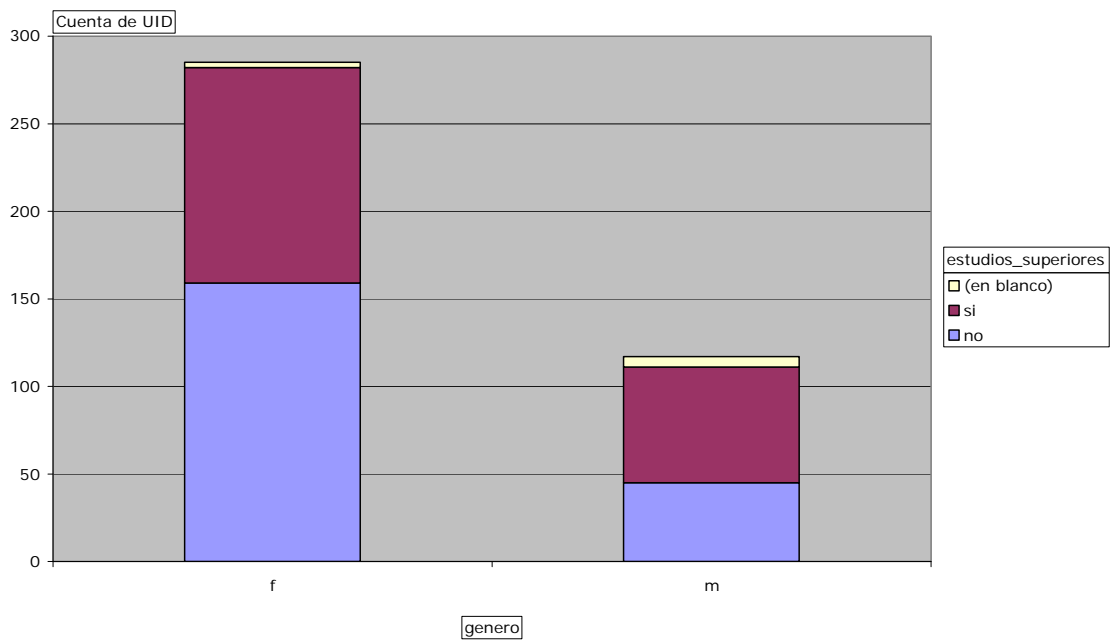
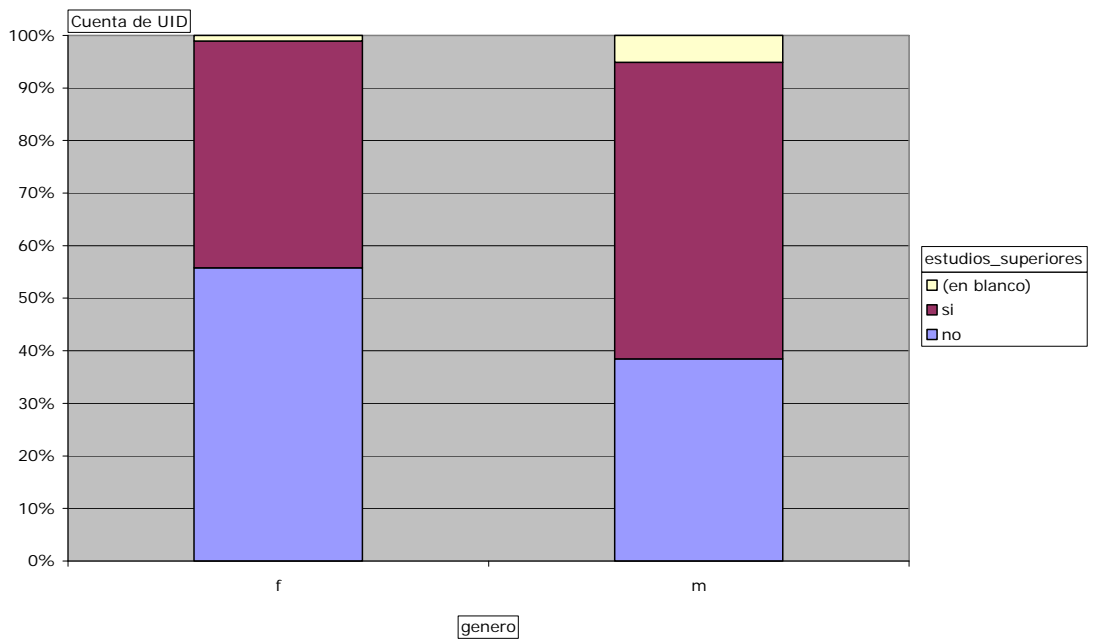


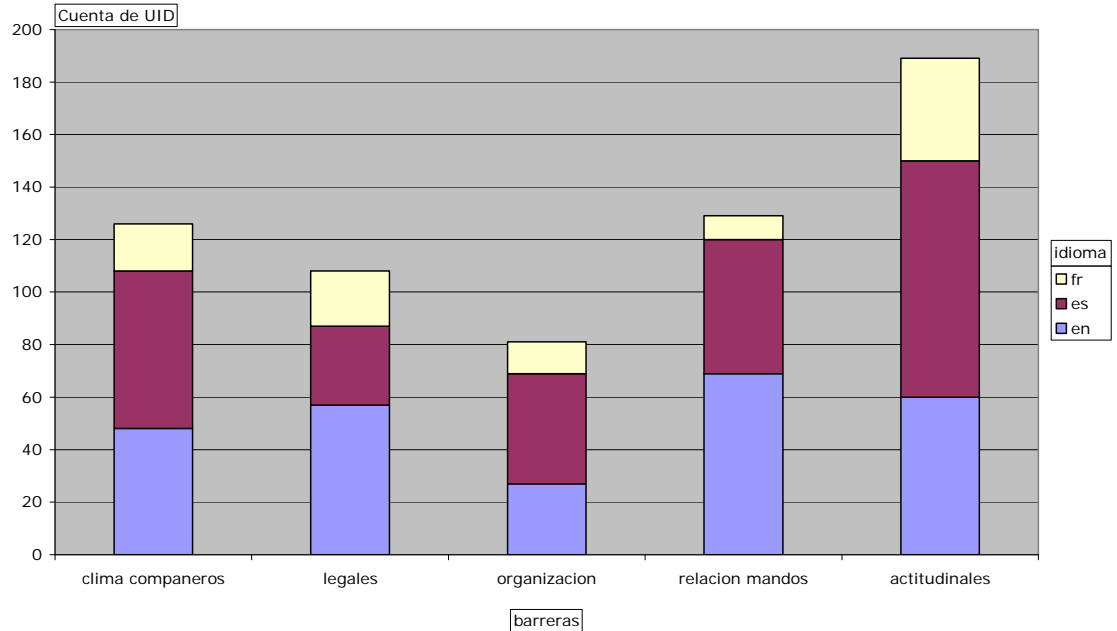
Gráfico 10: Distribución porcentual de estudios superiores, según género



En la distribución porcentual se observa inversión de mayorías en la proporción de personas que han ampliado a estudios superiores según el género. El gráfico muestra que más de la mitad de los hombres han ampliado a estudios superiores, mientras que, en el caso de las mujeres, menos de la mitad han ampliado a estudios superiores.

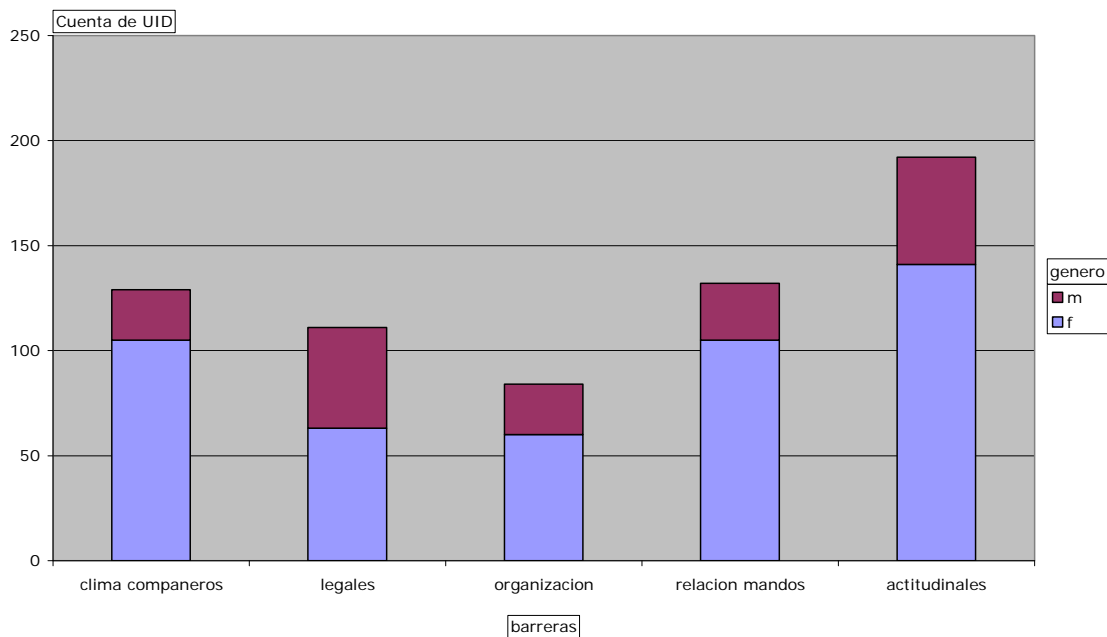
C) Estudio de las barreras respecto a las variables individuales.

Gráfico 11: Barreras a la innovación, según idioma



Se puede ver una predominancia de los factores actitudinales, y una cierta igualdad en estructura e importancia de la relación con los mandos y el clima con los compañeros. Finalmente, las barreras menos importantes las constituyen las legales y la organización. Desapilando por idiomas aparece un escalonado similar al global.

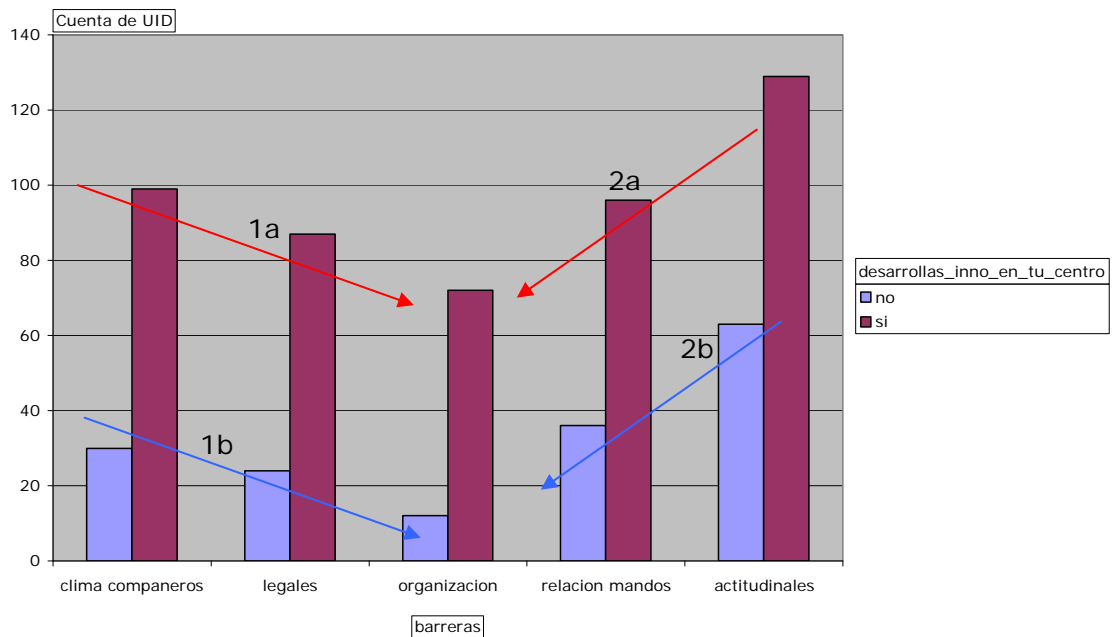
Gráfico 12: Barreras a la innovación, según género



Persiste una igualdad de importancia y de distribución por género en las barreras de clima laboral con compañeros y relación con los mandos, que presentan una geometría similar.

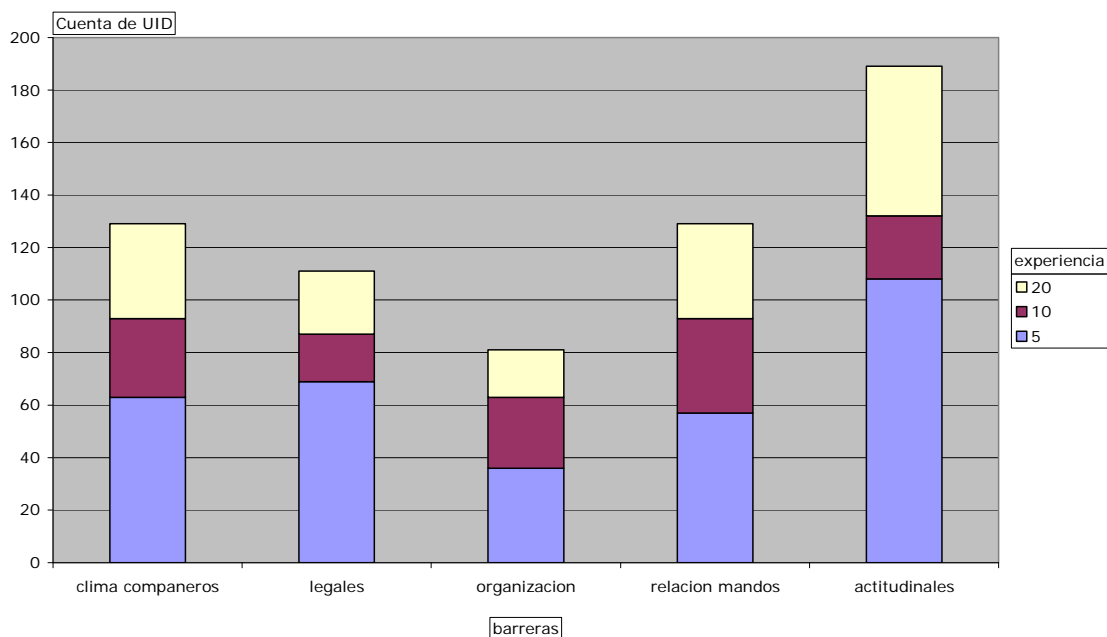
Desapilando por género se observa una similitud geométrica en forma de escalonado, con la excepción de las barreras legales en el caso masculino.

Gráfico 13: Barreras a la innovación, según el desarrollo de ideas propias (desapilado)



Se observa proporcionalidad entre las personas que NO desarrollan ideas propias en su centro de trabajo (azul) y las que SÍ lo hacen (granate). Los escalonados 1y 2 evidencian la tendencia independientemente de si se desarrolla innovación en el centro de trabajo o no, lo que hace suponer que la importancia relativa de las barreras es independiente de la actitud personal para innovar.

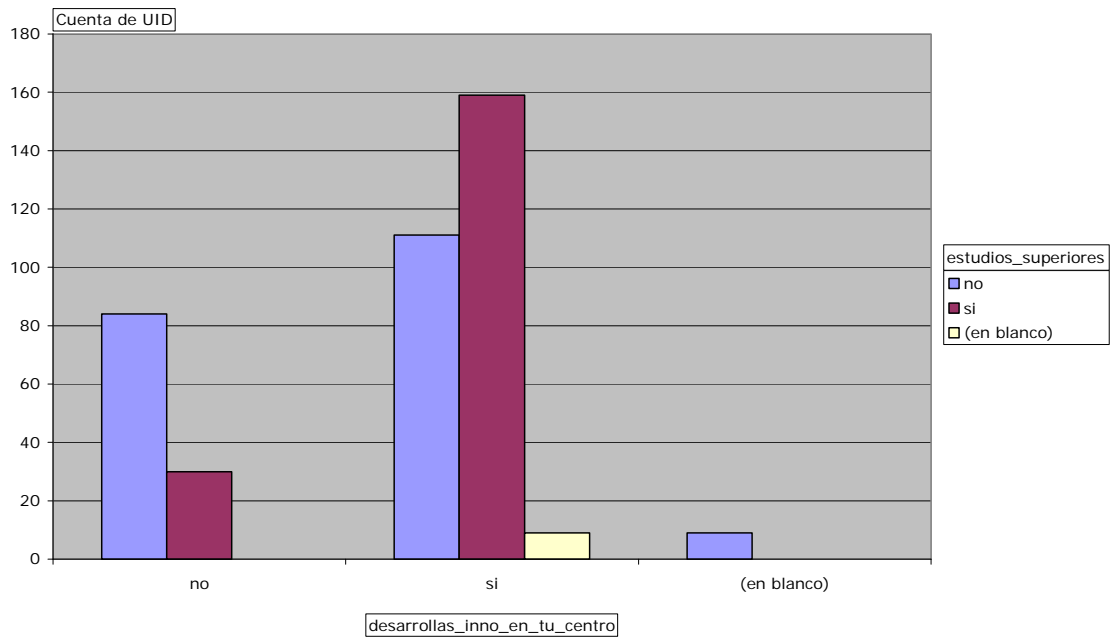
Gráfico 14: Barreras a la innovación, según años de experiencia laboral



La organización representa la menor barrera, siendo la principal barrera la actitudinal (miedo a error, falta de iniciativa, etc). Se observa la misma importancia relativa desapilando por años de experiencia, con variaciones en el orden de importancia en la franja de 10 años y similitud respecto al global de la franja de personas con 20 años de experiencia.

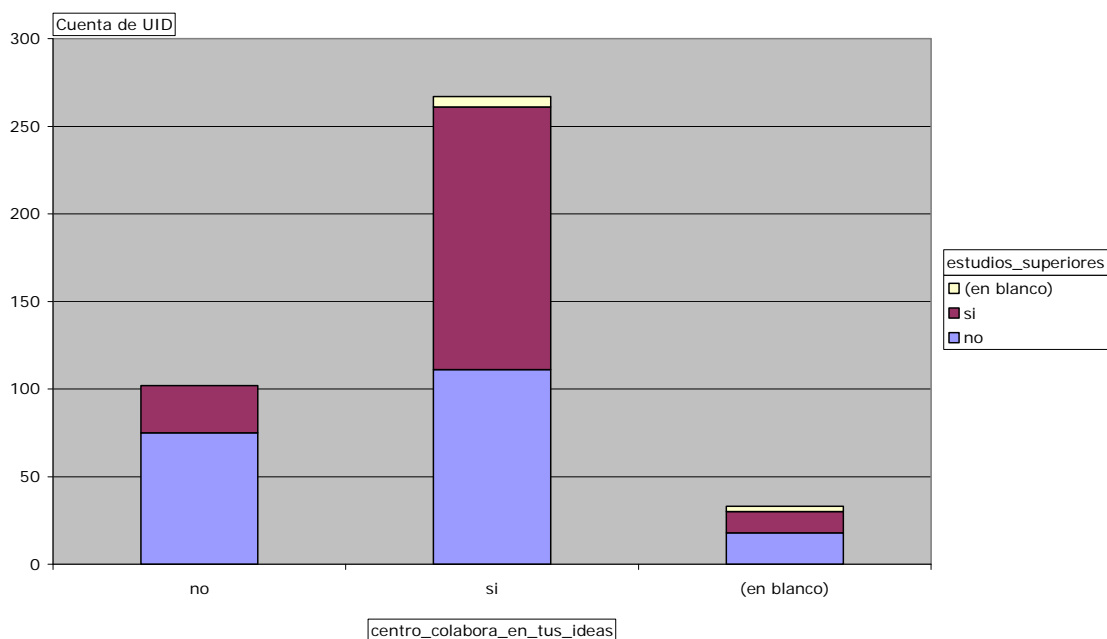
D) Estudio de desarrollo de ideas respecto género y ampliación a estudios superiores

Gráfico 15: **Desarrollo de ideas propias, según ampliación a estudios superiores**



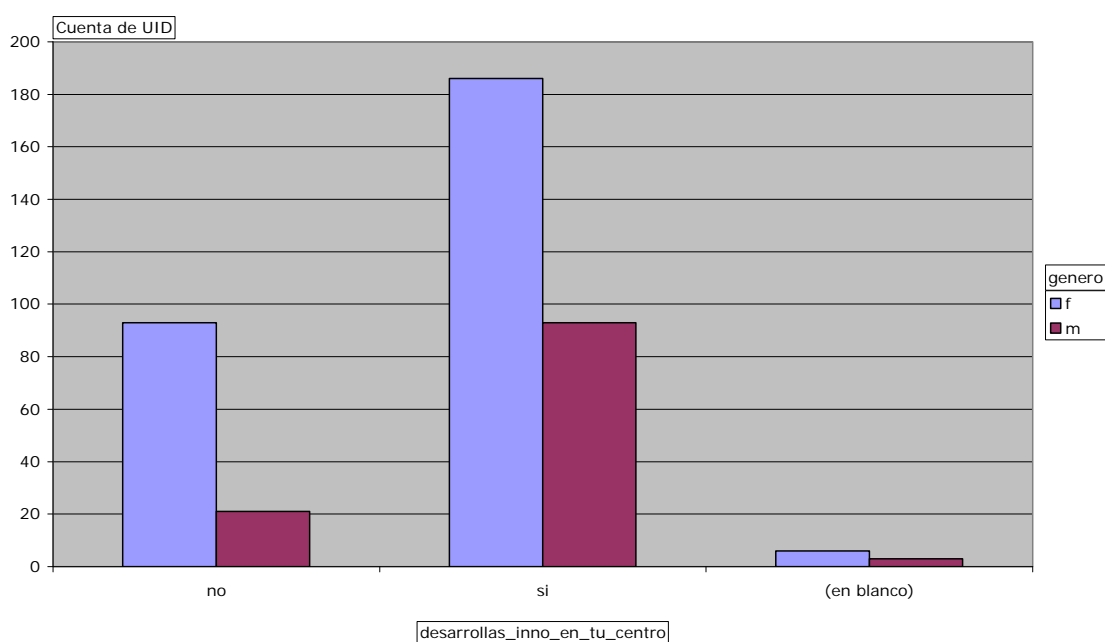
La mayoría de personas innova, independientemente de que hayan ampliado a estudios superiores o no, aunque se innova mucho más si se dispone de estudios superiores.

Gráfico 16: Colaboración del centro al desarrollo de ideas, según ampliación a estudios superiores



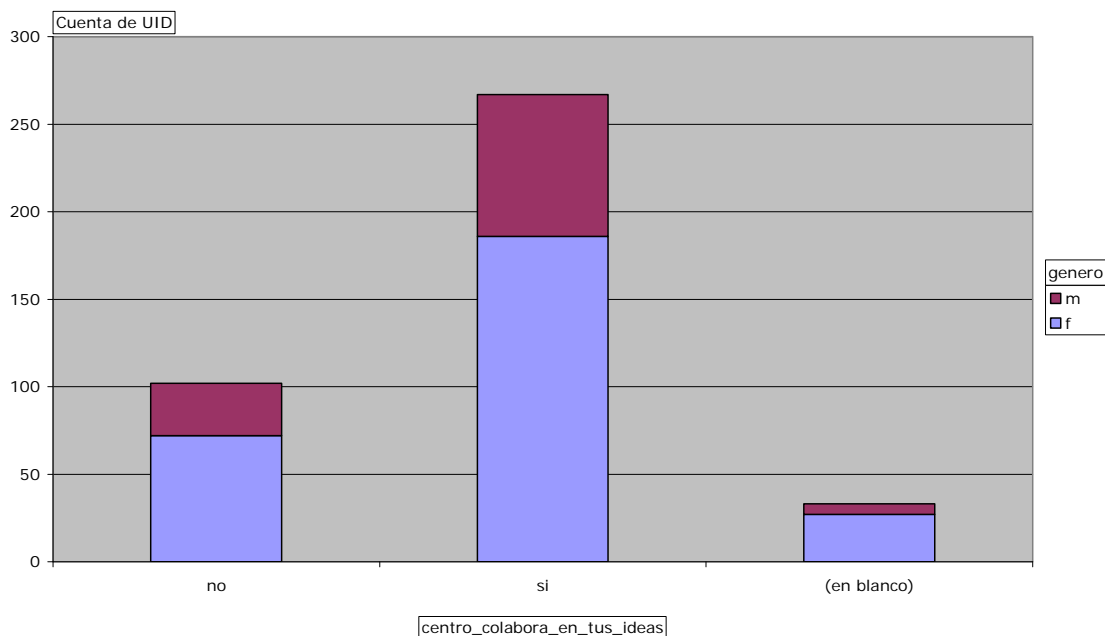
Asimismo, el centro colabora en el desarrollo de las ideas propias, independientemente de haber ampliado a estudios superiores. Proporcionalmente, colabora bastante más con las personas con estudios superiores.

Gráfico 17: Desarrollo de ideas propias, según género



Mayoritariamente, tanto hombres como mujeres desarrollan ideas propias, independientemente del género, aunque, proporcionalmente, los hombres desarrollan más que las mujeres.

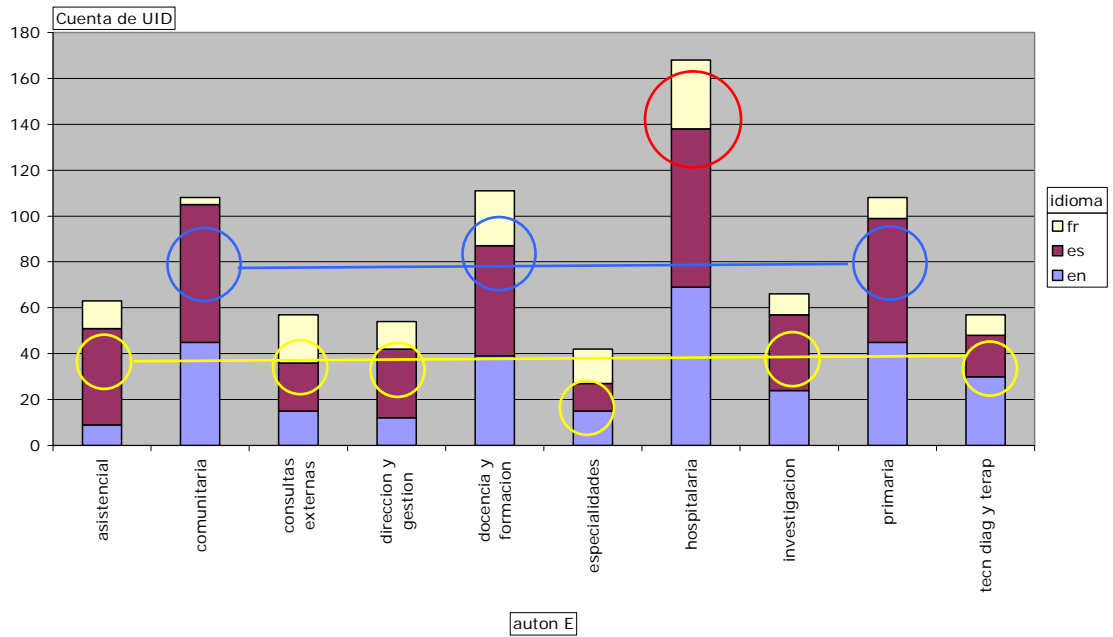
Gráfico 18: Colaboración del centro de trabajo al desarrollo de ideas propias, según género



Asimismo, el centro colabora, también independientemente del género, de forma proporcionalmente equilibrada.

E) Estudio de la autonomía y la innovación respecto a las variables individuales.

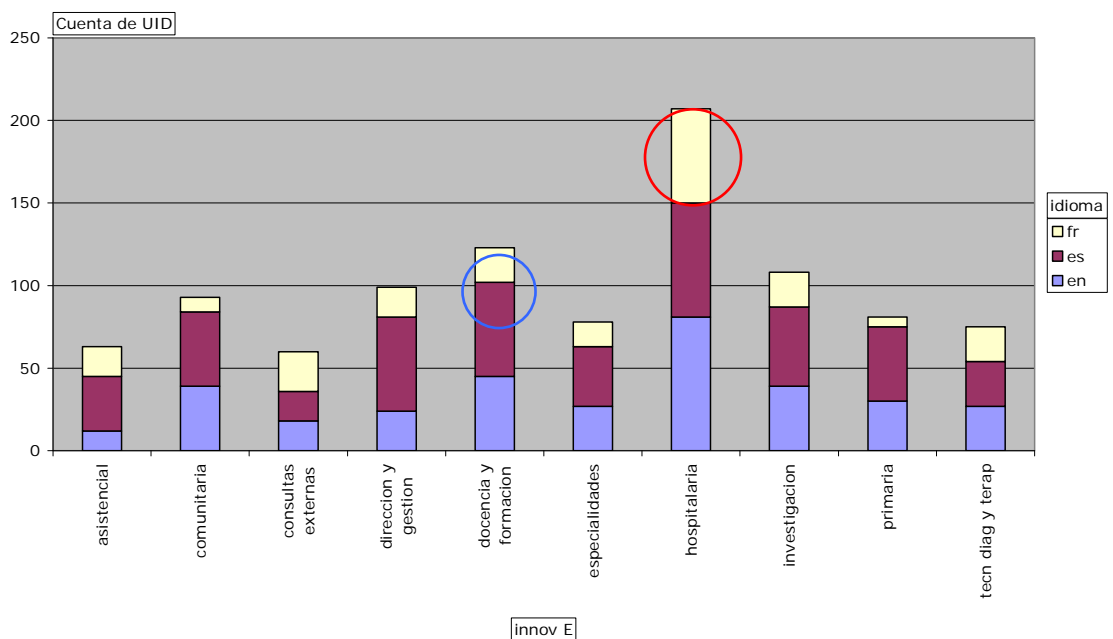
Gráfico 19: Áreas donde percibe autonomía, según idioma



Dividiendo en tres franjas de importancia, la percepción sobre las áreas de autonomía se distribuye en tres grupos, por orden de importancia:

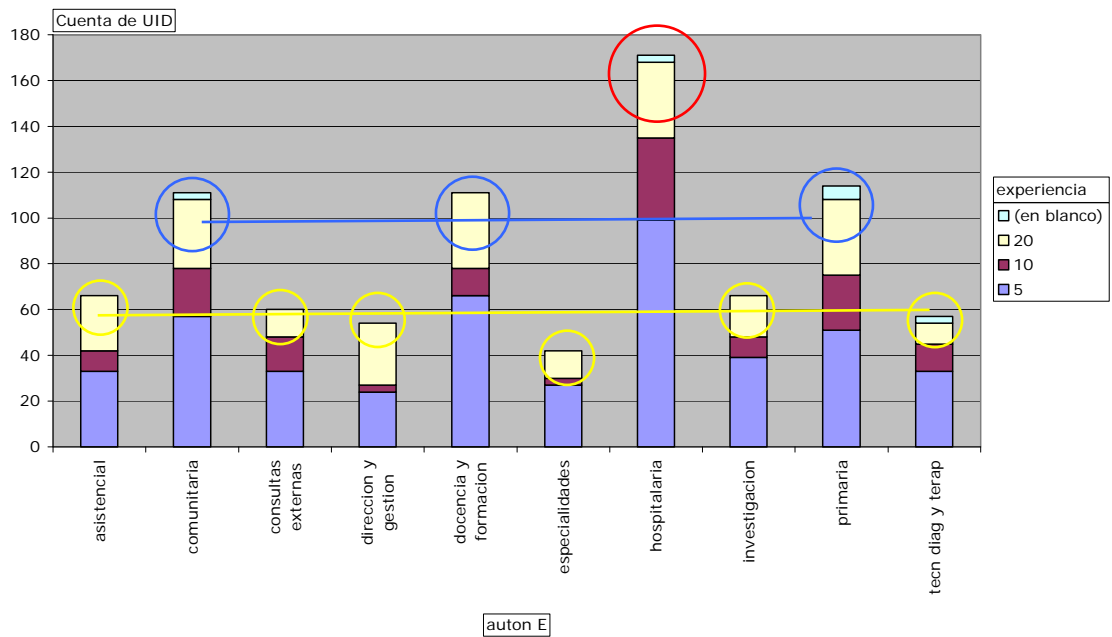
- Área hospitalaria (círculo rojo)
- Áreas comunitaria, primaria, y docencia y formación (círculo azul)
- Resto (círculo amarillo)

Gráfico 20: Áreas donde se percibe innovación, según idioma



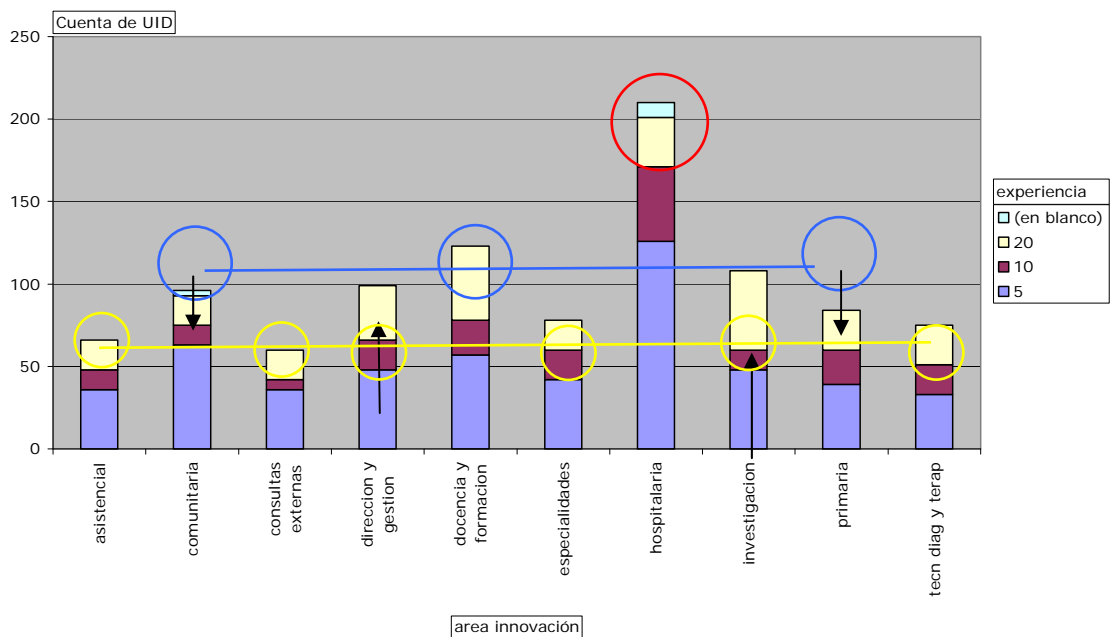
Se puede intuir una relación entre la autonomía y la innovación en las áreas hospitalaria y docencia y formación.

Gráfico 21: Áreas donde se percibe autonomía, según experiencia laboral



Se repite la distribución de áreas de autonomía según su importancia relativa, registrando el patrón anterior.

Gráfico 22: Áreas percibidas como innovadoras, según experiencia laboral



Las áreas de innovación hospitalaria y de docencia y formación presentan la misma importancia relativa que en su autonomía. Se observa un

comportamiento similar a los resultados por idioma: disminuyen comunitaria y primaria, y aumentan dirección y gestión e investigación. Se observa que las áreas de dirección y gestión y de investigación presentan crecimiento respecto a la autonomía. El crecimiento de ambas es debido a la opinión de participantes con 5 y con 20 años de experiencia, respectivamente.

Gráfico 23: Áreas donde se percibe autonomía, según género

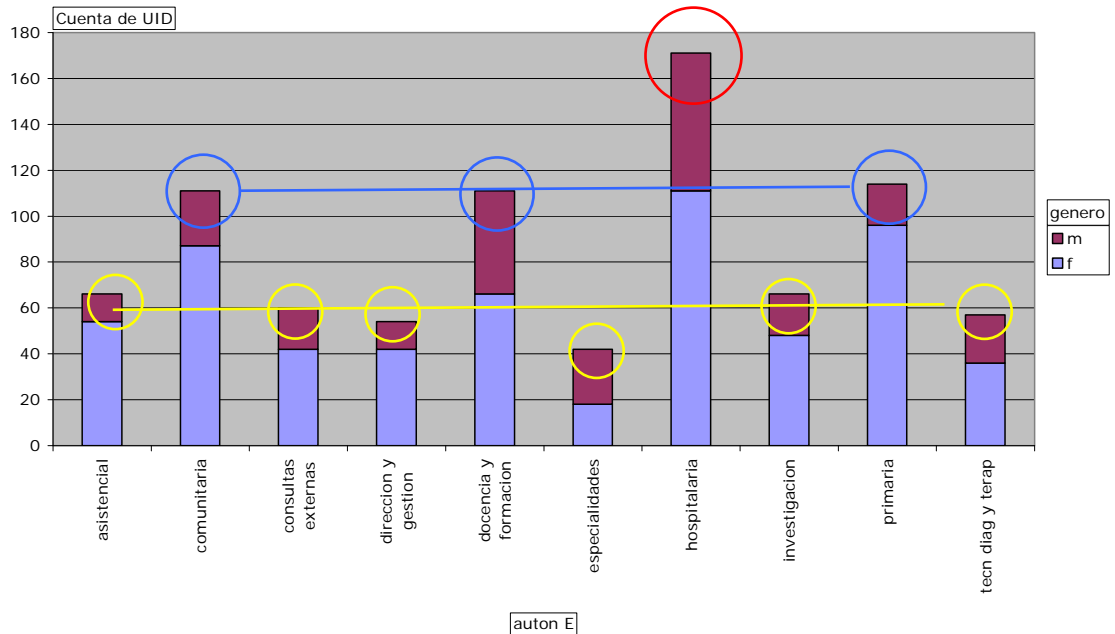
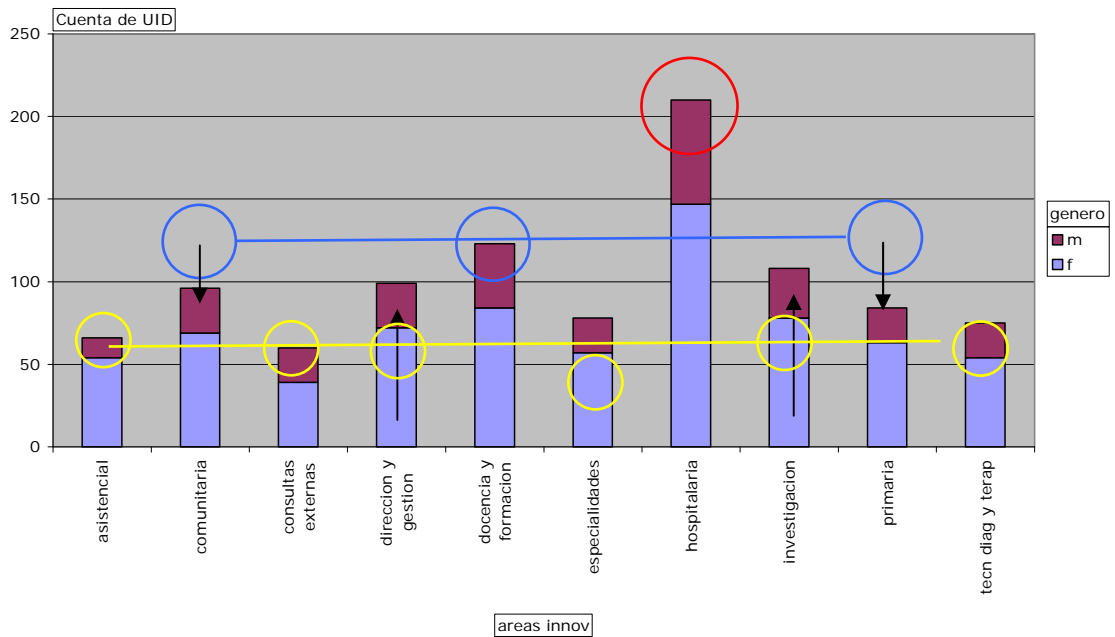


Gráfico 24: Áreas donde se percibe innovación, según género



Se observan las mismas proporcionalidades también respecto al género.

Conviene recordar, respecto al área de dirección y gestión, que presenta relación positiva de autonomía vs innovación, aunque se percibe al colectivo como una barrera (gráfico 12; relación con los mandos), lo que hace suponer un entorno más difícil para innovar para este colectivo.

Capítulo 4: Conclusiones

Tras el estudio de la historia de la enfermería y su perfil socio antropológico, se ha podido evidenciar la existencia de un progreso que ha sido en su mayor parte configurado por actores y factores externos a ella, como la Iglesia, el Estado y la medicina a través del cuerpo facultativo, y que se percibe la enfermería como una profesión de soporte.

De las dos funciones propias de la enfermería, la aplicación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas y el cuidado asistencial, la primera domina claramente la profesión. La subordinación jerárquica a la medicina, junto con la innovación tecnológica, hace más eficaces y eficientes los tratamientos, y hacen que la organización imponga más tiempo dedicado a los aspectos tecnológicos, ejerciendo un control cuantificable sobre la enfermería.

Esto ha desfavorecido la parte más asistencial y preventiva de la salud: los cuidados a la persona. Se constata, además, que es una tendencia en aumento, y que ha provocado una identidad de colectivo conformista produciendo un desánimo materializado en una baja tasa de iniciativas propias, al menos aparentemente, puesto que sorprende la dedicación, el nivel, la cualificación y la alta participación en los trabajos de campo para la elaboración de esta tesis doctoral.

Queda por desvelar cómo se registra y dónde se almacena la información generada por la enfermería asistencial durante la actividad laboral en los centros de trabajo, la creatividad, la iniciativa y la toma de decisión ante la respuesta humana de la persona afectada, y, sobretodo, cómo circula el conocimiento entre enfermeras según muestran tres de los estudios del trabajo de campo.

La intangibilidad del trato personal y la invisibilidad de la profesión se relacionan con el silencio profesional estudiado por Leyva (2007): "En nuestro país no existe investigación enfermera que persiga entender el porqué de permanecer en silencio, de cuál es su significado y cuáles son sus consecuencias, tanto por parte de los empleados como por los directores. Este hecho subraya la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación al respecto."

Los diversos estudios del trabajo de campo coinciden en la percepción de una relación entre autonomía e innovación. Cualitativamente, mediante las entrevistas y los talleres delphi, y cuantitativamente mediante la consulta por Internet. Éste último permite validar estadísticamente que en las áreas asistenciales donde la enfermería dispone de autonomía o es la autoridad sanitaria, se constata una proporcionalidad entre la innovación y la autonomía profesional, independiente de los parámetros de género, idioma, experiencia laboral o de estudios superiores. Asimismo, la docencia, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la educación en el autocuidado a los pacientes o a los cuidadores de pacientes crónicos, la investigación o la educación social sanitaria dotan de autoridad a la enfermería, en un espacio propio con libertad de diseño, ejecución y evaluación autónomas que puede facilitar la innovación.

La existencia de una relación entre autonomía e innovación de signo y valor según el área de enfermería queda reflejada mediante regresión estadística y también mediante paralelismo gráfico entre ambas, a través de cualquier factor común independiente con el que se relacionen (género, idioma y experiencia laboral). Queda, por tanto, confirmada la hipótesis que en las áreas donde la enfermería tiene más autonomía se percibe una innovación proporcional.

Sugerencias

El caso práctico de innovación asistencial aplicada que ha sido analizado muestra un ejemplo de autoorganización enfermera cuyo fallo fue no ser compartido o comunicado. Conviene también sugerir una mayor dedicación al registro de las actividades autónomas asistenciales de promoción y prevención de la salud en enfermería, ya que están en detrimento de la parte técnica y de tratamiento, dirigidas externamente a ella.

Se trataría, pues, de organizar formas micropolíticas de innovación, recorrer pequeños logros, pequeños cambios, conseguir transformaciones a través de las redes en las que la enfermería controla su acción. Estas pequeñas células de organización innovadora se agruparían de forma natural, sobreviviendo las ideologías más fuertes (posiblemente las más comunes al espíritu altruista y cooperativo de la profesión). Conviene recordar que la enfermería puede crecer en cualquier entorno, ya que no tiene competencia en el ámbito de los cuidados: ¿Quién va a oponerse a una profesión cuyo objetivo es la mejora de la salud de la comunidad?

Una conclusión secundaria de la tesis es que las áreas de investigación y de dirección y gestión disponen de menos autonomía pero se perciben a sí mismas como más innovadoras. Además, teniendo en cuenta que la dirección y gestión de enfermería se realiza habitualmente por enfermeras, conviene recordar que la relación con los mandos se percibe como una barrera. Esto sugiere que es un área de innovación con dificultades adicionales (menor autonomía y condición de barrera), por lo que tal vez deba ser investigado en futuros estudios.

Cuestionario para la entrevista a enfermeras

Encuesta dirigida a profesionales de enfermería

- ¿Porque elegiste la carrera?
- ¿Cuantos años hace que terminaste?
- ¿Trabajas desde entonces?
- ¿Has cursado otro tipo de estudios?
- ¿Te gusta tu trabajo?
- ¿Te sientes informada en los aspectos profesionales con regularidad?
- ¿Conoces los roles y obligaciones de enfermería?
- ¿Piensas que la enfermería está actualizada?
- ¿Tienes fácil acceso a la formación continuada en el centro de trabajo?
- ¿Has podido desarrollar ideas que te parecían interesantes en tu centro de trabajo?
- ¿Tienes argumentos suficientes para defender conflictos profesionales?
- ¿Que es más útil, la experiencia o la técnica actual?
- ¿Tu mejor relación profesional es con jefatura, mandos intermedios o compañeras?
- ¿Habláis de los problemas laborales en los ratos libres?
- ¿Como trabajas mejor? ¿en equipo, o individualmente?
- ¿Está reconocido el trabajo de la enfermera?
- Si tuvieras que participar en un debate en el que interviniera la enfermería y la medicina, ¿hay argumentos suficientes para defender la enfermería?
- ¿Se piensa lo mismo sobre la figura de la enfermera ahora que hace 10 años?
- ¿Que te motiva más en tu trabajo, sin contar con la parte económica?
- ¿Delimitas actitudes personales en los cuidados, como el trato humano, valores morales, compasión, o los complementas?
- ¿Conoces algún modelo de enfermería que quisieras poner en práctica?
- ¿Existe el corporativismo en la profesión?
- ¿Tienes en cuenta el nivel sociocultural del enfermo?
- ¿Sabes que es la comunicación enfermera enfermo?
- ¿Es posible que cada enfermo tenga un lenguaje distinto?
- ¿Sabrías aplicar un lenguaje distinto a cada paciente?
- ¿Influye la ideología, religión y creencias en el comportamiento del paciente?
- ¿Encuentras diferencias en el paciente según su nivel social?
- ¿Porque parece el enfermo recuperarse solo en manos del médico?
- ¿Valora adecuadamente el paciente el trabajo de la enfermera?

Talleres delphi

Cuestionarios

D1Q1 y D2Q1. Primer Cuestionario

1 ¿Cuáles son los actores (personas) que influyen en la innovación en la enfermería?

Influencia positiva	Influencia negativa

(ej: pacientes exigentes (-), enfermeras comprometidas (+), ...)

2 ¿Cuáles son los factores que influyen en la innovación en la enfermería?

Influencia positiva	Influencia negativa

(ex: complicidad con los médicos (+), información (+), formación (+), desconocimiento (-), desidia (-)...)

3 ¿Valora de 0 a 10 los siguientes factores de innovación, desde el punto de vista de la su importancia respecto a la enfermería. Añade si crees que faltan.

Innovación tecnológica (aparatos)	[]
Innovación procedimientos técnicos (maneras de hacer)	[]
Innovación clima laboral (interacción entre profesionales)	[]
Innovación organizacional (jerarquías, procedimientos...)	[]
Innovación clima social (interacción con pacientes y población)	[]
Innovación identidad profesional (sentido de colectivo)	[]
	[]

Ej: la innovación tecnológica (facilitación de la técnica para las aplicaciones terapéuticas, diagnósticas y similares) representa un avance para la enfermería? en que grado? Si un factor no afecta, o este factor no se produce, valora con un 0 o dejalo en blanco.

4 ¿Cuáles crees que son los motivos de esta valoración? (respuesta abierta)

Ej: "la innovación tecnológica afecta en valor de 5 porque representa hacer menos trabajo en menos tiempo o en menos esfuerzo."

5 ¿Has vivido alguna situación, motivación o experiencia especialmente innovadora? ¿Podrías explicarla? (respuesta abierta)

ej: trabajar con una persona innovadora que te motivó a aplicar nuevas ideas en tu entorno laboral, o una innovación tecnológica que cambiase tu forma de hacer las cosas. Las innovaciones fallidas también son ilustrativas: alguna cosa que fue una buena idea pero falló.

6 ¿En el decurso de tu trabajo cotidiano se te ha ocurrido aplicar alguna innovación? ¿Has podido hacerlo? (respuesta abierta)

SI Nos lo puedes explicar brevemente?

NO. ¿Nos puedes decir porqué?

7 ¿Cuáles de los siguientes motivos crees que son relevantes para la innovación? Valora de 0 a 10 y cita otros si crees conveniente. Explica porqué.

La capacidad profesional

El conocimiento

La técnica profesional

La actitud personal

Otras ...cuales?

8 ¿Cuáles de estas barreras expuestas consideras importantes? valora de 0 a 10 y cita si crees alguna más, explica porqué en cada caso

barrera cultural (opiniones estereotipadas, etc)

de género (sexismo jerárquico o social, etc)

rigidez en la organización (intolerancia riesgo, clima..)

legal (falta de cobertura)

personales (falta de creatividad, desmotivación..)

9 ¿En cuál crees que se debería actuar prioritariamente y porqué? (respuesta abierta)

10 ¿Añadirías algunas preguntas más que consideres relevantes que no aparezcan en este cuestionario?. ¿Cuáles? (respuesta abierta)

D1Q2

SEGUNDO CUESTIONARIO

segundo cuestionario para grupo delphi 1

El objetivo de este segundo cuestionario es profundizar en los conceptos desvelados en el primer cuestionario.

Son 5 cuestiones, y un apartado para ampliar comentarios no cuantificables.

1.- autonomía profesional

Se ha podido constatar que en el ámbito rural y otros entornos profesionales la autonomía es una realidad. Podríamos afirmar que, en ciertos entornos, la enfermera es la autoridad profesional ¿Se puede extrapolar a otros espacios laborales?

¿Qué factores serían necesarios y en qué grado, valora de (0-10)?

Estructura de la organización	[]
Relación medicina-enfermería	[]
Aspectos legales	[]
Aspectos socio geográficos	[]
Poder de decisión	[]
Capacidad profesional	[]
Actitud personal	[]

2.- La formación

La adquisición de conocimientos viene dada por 3 fuentes básicas: la formación organizada (carrera universitaria de enfermería), la formación en la organización. Otra fuente de conocimientos es la globalización, individualmente, mediante Internet y otras fuentes de conocimiento social y cultural, y la tercera fuente son las experiencias propias o ajenas, tanto si han sido exitosas como si no.

¿Qué peso crees que tiene cada uno de los factores en la tu trayectoria profesional? Valora [de 0 a 10]

Formación académica (estudios de carrera)	[]
Formación en la organización (organización laboral)	[]
Formación globalizada (adquirida individualmente) (Internet...)	[]
Formación cultural i actitudinal (propia o organizacional)	[]
Experiencias propias fallidas (experiencia propia)	[]
Experiencias propias exitosas	[]
Experiencias ajenas fallidas (experiencias de compañeras)	[]
Experiencias ajenas exitosas	[]

3.- el usuario exigente

En el primer cuestionario se pudo observar una polarización importante sobre el usuario exigente (no necesariamente negativa). ¿Qué factores crees que positivizan al usuario como un actor en la innovación?

Añade se crees que falta alguno. Puntúa de 0 a 10.

Identidad profesional	[]
Profesionalidad	[]
Actitud del usuario	[]
	[]

[]

4.- clima laboral

Valora el peso relativo (0-10) de cada uno de estos factores según la importancia que tengan en tu clima laboral y en la consulta de enfermería.

Relación con otros profesionales	[]
Relación con los mandos directivos	[]
Usuarios y población	[]
Espacio físico en la consulta (condiciones, flujo de personas...)	[]
	[]
	[]

5.- definiciones y propuestas

Valora las siguientes afirmaciones.

(1: totalmente en desacuerdo, 2: relativamente en desacuerdo, 3: indiferente, 4: relativamente de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo.

Si tienes comentarios, indícalos.

La identidad profesional es la adaptación a un modelo cultural y social, como una forma colectiva de interpretar la realidad. []
Comentarios:

La profesionalidad se crea mediante el conocimiento científico y metodológico de la enfermería, que juntamente con la capacidad personal, tiene como objetivo la restitución, prevención y promoción de la salud. []
Comentarios:

El peso histórico de la enfermería no es relevante respecto a la profesionalidad []
Comentarios:

El peso histórico de la enfermería es relevante respecto a la identidad profesional []
Comentarios:

6.- aclarar conceptos (respuesta abierta)

Vamos a aclarar algunos conceptos o frases reflejados a la encuesta anterior por algunas participantes. Si citaste alguno, ¿podrías interpretarlos?. Sino, opina sobre lo que representa para ti cada uno de los siguientes conceptos:

El nuevo rol de enfermera
Personal sanitario no DUI (diplomado)

Médicos investigadores

Médicos atemorizados

Complicidad medicina enfermería

Globalización de los conocimientos profesionales

Más información que a veces no es real por parte de los usuarios

Pacientes y población: es un conjunto inseparable

(D2Q2)

SEGUNDO CUESTIONARIO

segundo cuestionario para delphi grupo 2

El objetivo de este segundo cuestionario es profundizar en los conceptos desvelados en el primer cuestionario.

Son 5 cuestiones y un apartado para ampliar comentarios no cuantificables

1.- Autonomía profesional

Se ha podido constatar que en los ámbitos de la organización, investigación y docencia, permiten un mayor poder de decisión. Se podría afirmar que en ciertos entornos, la enfermera es la autoridad profesional. ¿se puede extrapolar esta hipótesis o percepción a otros espacios laborales?

¿En qué entornos y en qué grado? Valora de (0-10). Añade si lo crees conveniente.

Relación con los mandos directivos	[]
Tareas de la organización de enfermería	[]
Tareas de investigación	[]
Tareas educativas y docentes	[]
Tareas de decisión	[]
Relación directa con la enfermería asistencial	[]
	[]

2.- La formación

La adquisición de conocimientos viene dada por 3 fuentes básicas: la formación organizada (formación académica carrera universitaria de enfermería), formación en la organización (laboral).

Otra fuente de conocimientos es la globalización : individualmente, mediante Internet, y otras fuentes de conocimiento social y cultural. La tercera fuente son las experiencias propias o ajenas, tanto si han sido exitosas como si no. También se podrían valorar la investigación y el intercambio de conocimientos.

¿Qué peso crees que tiene cada uno de los factores en tu trayectoria profesional?
Valora [de 0 a 10]

Formación académica (estudios de carrera)	[]
Formación en la organización (organización laboral)	[]
Formación globalizada (adquirida individualmente) (Internet...)	[]
Formación cultural i actitudinal (propia o organizacional)	[]
Experiencias propias fallidas (experiencia propia)	[]
Experiencias propias exitosas	[]
Experiencias ajenas fallidas (experiencias de compañeras)	[]
Experiencias ajenas exitosas	[]
Compartir conocimiento entre enfermeras	[]
Investigación aplicada	[]

3.- Actitudes y colectivos

Un aspecto que despunta en el cuestionario anterior son las actitudes personales, el sentido de colectivo el espíritu de liderazgo y el trabajo en equipo. ¿Cuáles de la propuestas que siguen, consideras relevantes para hacer de la enfermería una profesión más innovadora?

Valora de 0 a 10.

Actitud personal (proactividad, creatividad, etc)	[]
Relación con otras disciplinas no sanitarias	[]
Relación con otras disciplinas sanitarias	[]
Ampliación de conocimientos (formación específica)	[]
Espíritu de colectivo de la enfermería (sentimiento de pertenencia grupal)	[]
Desarrollo del espíritu participativo de la enfermería	[]

4.- Clima laboral

Valora el peso relativo (0-10) de cada uno de estos factores según la importancia que tienen en tu clima laboral. ¿Cómo afectan en el clima laboral?

Consulta de enfermería	[]
Relación con otros profesionales	[]
Relación con los mandos directivos	[]
Pacientes i población	[]
Espacio físico (condiciones, flujo de personas...)	[]
	[]

5.- definiciones y propuestas

Valora las siguientes afirmaciones

0: totalmente en desacuerdo y 10: totalmente de acuerdo. Si tienes comentarios, indícalos.

La identidad profesional es la adaptación a un modelo cultural y social como una forma colectiva de interpretar la realidad. []
Comentarios:

La profesionalidad se crea mediante el conocimiento científico y metodológico de la enfermería, que, juntamente con la capacidad personal tiene como objetivo la restitución, prevención i promoción de la salud. []
Comentarios:

El peso histórico de la enfermería no es relevante respecto a la profesionalidad []
Comentarios:

El peso histórico de la enfermería es relevante respecto a la identidad profesional []
Comentarios:

La profesión avanza si la sociedad avanza (desde un punto de vista de la salud) []
Comentarios :

La enfermería es una profesión más orientada al trabajo en equipo (básicamente interdisciplinar y de apoyo), y no ejerce mucho liderazgo. []

Comentarios :

6.- Cita en 3 frases concisas lo que sea necesario para que la enfermería sea más innovadora.

Asociación de conceptos

Las respuestas abiertas en la primera circulación del cuestionario delphi fueron agrupadas en lista cerrada a fin de proceder, en el segundo cuestionario, a valorar su importancia relativa. A continuación se presenta esta asociación para cada una de las respuestas.

Tabla de asociación de conceptos usada para el análisis de datos en los talleres delphi.

Asociación de conceptos respuestas abiertas D1Q1:				
Factores de influencia positiva o negativa en la innovación en enfermería				
Factores				
Experta.	Respuesta abierta.	Influencia.	Grupo respuestas.	Grupo o concepto.
1	Todas las enfermeras que tengan ganas de mejorar en su trabajo de enfermería buscando soluciones y recursos, allí donde haga falta.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
1	La administración que no ayuda nada poniendo toda clase de dificultades no dejando el tiempo que ello conlleva.	Negativo.	Organización obstructiva.	Organización.
2	Enfermeras comprometidas.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
2	Pacientes exigentes.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios
3	Actitud positiva médicos, enfermeras, usuarios, gestores.	Positivo.	Clima laboral.	Organización.
3	Actitud negativa de médicos, usuarios, enfermeras, gestores.	Negativo.	Clima laboral.	Organización.
4	Enfermeras.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
4	Personal sanitario no DUI.	Positivo.	Otros profesionales.	Otros
4	Personal con cargos y ganas de hacer de nuestra profesión cualquier cosa más importante.	Positivo.	Organización comprometida.	Organización.
4	Pacientes poco receptores.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios
4	Pacientes poco participativos.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios
4	Enfermeras poco motivadas y otro personal poco colaborador.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes
4	Personal con cargos pero desmotivados.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes
5	Enfermeras innovadoras.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
5	Enfermeras preparadas.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
5	Pacientes hiperdemandantes.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios
5	Falta de personal.	Negativo.	Falta de personal.	Organización.
5	Aumento de trabajo +igual tiempo.	Negativo.	Falta de personal.	Organización.
6	Enfermeras optimistas.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
6	Enfermeras pesimistas.	Negativo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
7	Personas dispuestas a escuchar nuevas ideas.	Positivo.	Personal receptivo a nuevas ideas.	Actitudes
7	Personas emprendedoras.	Positivo.	Personal emprendedor.	Actitudes
7	Personas con incapacidad para aceptar cambios.	Negativo.	Personal resistente al cambio.	Actitudes
7	Personas poco responsables.	Negativo.	Personal poco responsable.	Actitudes
8	Las nuevas demandas de la sociedad.	Positivo.	Nuevas demandas sociales.	Usuarios
8	Enfermeras profesionales y comprometidas.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
8	Líderes verdaderos (no directivos asalariados).	Positivo.	Organización comprometida.	Organización.
8	Exigencias irracionales de la sociedad.	Negativo.	Nuevas demandas sociales.	Usuarios
8	Enfermeras poco profesionales o que dependen del sueldo y no pueden o no son críticas con el sistema establecido.	Negativo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
8	Empresa y directivos que solo miran la economía y poder cuantificarlo todo.	Negativo.	Organización mecanicista.	Organización.
9	Algunos profesionales enfermeros/eras.	Positivo.	Compromiso de la enfermería.	Enfermeras.
9	Otros profesionales relacionados con enfermería.	Positivo.	Relaciones interprofesionales.	Organización.
9	Médicos, investigadores, etc.	Positivo.	Personal investigador.	Otros

9	Algunos profesionales que no entienden la profesión o que sin los conocimientos adecuados se sobrevaloran ellos mismos.	Negativo.	Otros.	Otros
10	Una dirección de enfermería propia y autónoma (no existe).	Positivo.	Organización de enfermería	Enfermeras.
10	Una dirección de formación de enfermera propia y autónoma (no existe).	Positivo.	Organización de enfermería	Enfermeras.
10	Las propias enfermeras.	Positivo.	Compromiso de la enfermería	Enfermeras.
10	Pacientes motivados.	Positivo.	Usuario exigente.	Usuarios.
10	El "nuevo" rol de enfermera.	Positivo.	Profesionalidad de enfermería.	Enfermeras.
10	Tener una dirección de enfermería en un equipo directivo no jerarquizado (es decir, quien manda es el equipo médico, el de enfermería depende de él).	Negativo.	Organización de enfermería.	Enfermeras.
10	DPO, ya que vienen marcadas y parece que no interese nada más (¿cuestión económica nada más?).	Negativo.	Organización mecanicista.	Organización.

Factores

Experta	Texto.	Influencia.	Grupo de respuestas.	Grupo o concepto.
1	La población más grande y las necesidades también.	Positivo.	Nuevas demandas sociales .	Usuarios.
1	El trabajo es el mismo seguimiento de las personas desde el nacimiento hasta la muerte.	Positivo.	Profesionalidad enfermería.	Enfermeras.
1	Trabajar en equipo no solo médicos y enfermeras si no también otros profesionales psicólogos	Negativo.	Interacción profesional.	Organización.
1	La falta de profesionalidad mirar el reloj falta vocación.	Negativo.	Profesionalidad enfermería.	Actitudes.
2	Complicidad médicos.	Positivo.	Interacción profesional.	Actitudes.
2	Información.	Positivo.	Comunicación a la Organización.	Organización.
2	Formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
2	Desconocimiento.	Negativo.	Formación.	Organización.
2	Desidia	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
3	Los tiempos cambiantes.	Positivo.	Nuevas demandas sociales.	Usuarios.
3	Sociedades con necesidades.	Positivo.	Nuevas demandas sociales.	Usuarios.
3	Formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
3	Gente demandante.	Positivo.	Usuario exigente.	Usuarios.
3	Enfermeras pasivas.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
3	Médicos atemorizados.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
3	Baja autoestima a la profesión.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
3	Desconocimiento en la comunidad de la profesión.	Negativo.	Desinformación social.	Organización.
4	Política con ganas y recursos.	Positivo.	Organización comprometida.	Organización.
4	Buena praxis.	Positivo.	Profesionalidad enfermería.	Enfermeras.
4	Buena información, conocimientos y habilidades.	Positivo.	Profesionalidad enfermería.	Enfermeras.
4	Política sin ganas y recursos.	Negativo.	Organización obstructiva.	Organización.
4	Mala praxis.	Negativo.	Profesionalidad enfermería.	Enfermeras.
4	Desinformación, falta de conocimientos y habilidades.	Negativo.	Formación.	Enfermeras.
5	Información.	Positivo.	Comunicación a la Organización.	Organización.
5	Formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
5	Ganas de hacer.	Positivo.	Profesionalidad enfermería.	Enfermeras.
5	Integración entre profesionales.	Positivo.	Interacción profesional	Actitudes.
5	Desconocimientos.	Negativo.	Formación.	Organización.
5	Desgana.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
5	Desinterés.	Negativo.	Personal desmotivado.	Actitudes.
5	Desinterés en las jerarquías.	Negativo.	Organización obstructiva.	Organización.
6	Complicidad con los compañeros de equipo.	Positivo.	Interacción profesional.	Actitudes.
6	Formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
6	Mal ambiente de trabajo.	Negativo.	Clima laboral.	Actitudes.
6	Desconocimiento.	Negativo.	Formación.	Organización.
7	Capacidad de decisión.	Positivo.	Profesionalidad de enfermería.	Enfermeras.
7	Tener ganas.	Positivo.	Personal emprendedor.	Actitudes.
7	Motivación para la formación.	Positivo.	Formación.	Actitudes.

7	Incapacidad de trabajar con equipo.	Negativo.	Interacción profesional.	Actitudes.
8	La ética profesional de las Enfermeras..	Positivo.	Compromiso de enfermería.	Actitudes.
8	La mayor formación académica y de postgrado de enfermería.	Positivo.	Formación.	Enfermeras.
8	El mayor asentamiento del cuerpo de conocimientos de la profesión.	Positivo.	Formación.	Enfermeras.
8	Globalización de los conocimientos profesionales.	Positivo.	Formación.	Enfermeras.
8	Compromiso con el <u>feed-back</u> .	Positivo.	Profesionalidad enfermería.	Actitudes.
8	Falsa competitividad querer llegar a cargos que antes no existían a cualquier precio.	Negativo.	Organización obstructiva.	Organización.
8	La falsa competitividad de las empresas de salud que quieren dar una imagen de mejor y más servicios a cualquier precio.	Negativo.	Organización obstructiva.	Organización.
8	Miedo a los cambios y a todo aquello que es nuevo.	Negativo.	Temor al cambio.	Actitudes.
9	El conocimiento.	Positivo.	Formación.	Organización.
9	Mejores estudios.	Positivo.	Formación.	Organización.
9	Más información contrastada.	Positivo.	Formación.	Organización.
9	La sociedad impaciente que hace que todo se tenga que resolver de manera inmediata.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios.
9	Más información que a veces no es real por parte de los pacientes.	Negativo.	Usuario exigente.	Usuarios.
10	Motivación propia y positiva.	Positivo.	Compromiso de enfermería.	Enfermeras.
10	Más formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
10	Facilitar el acceso a la formación.	Positivo.	Formación.	Organización.
10	Falta de campo de estudio, más investigación propio de enfermería.	Negativo.	Formación.	Enfermeras.
10	Ampliación de conocimientos e investigación continua en el campo de competencias de enfermería asistencia docencia y gestión.	Negativo.	Formación.	Enfermeras.
10	Problemas de las enfermedades, los usuarios dependientes de la enfermería.	Negativo.	Nuevas demandas sociales.	Usuarios.
10	Información de Internet manipulada y ligera.	Negativo.	Otros.	Otros.

Questión1.

Quienes son los actores (personas) que influyen en la innovación a la enfermería?.

Experto	Actores.	Relación	
1	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Enfermeras con mentalidad abierta, positiva y actitudes integradoras.
1	Relaciones interprofesionales.	Positivo.	Médicos con visión <u>holística</u> .
1	Relaciones interprofesionales.	Positivo.	Trabajadores sociales con rol de colaboración.
1	Usuario exigente.	Positivo.	Pacientes expertos.
1	Formación enfermería.	Positivo.	Tutores/as enfermeras implicadas.
1	Organización obstructiva.	Negativo.	Muchos de los actuales médicos da familia, con cargos de autoridad dentro de los organigramas enfermeros, recalcitrantes y arcaicos, con actitudes autoritarias.
1	Motivación personal.	Negativo.	Enfermeras desencantadas y maltratadas por el sistema sanitario.
1	Motivación personal.	Negativo.	Gente y profesionales en general de la sanidad con "envidia del otro".
1	Formación de enfermería.	Negativo.	Profesores/as de las facultades de enfermería "acomodadas" en sus cátedras inamovibles y sin actualizar ni revalidar sus competencias.
2	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Las propias Enfermeras..
2	Formación de enfermería.	Positivo.	Las docentes de la universidad.
2	Nuevas demandas sociales.	Positivo.	La sociedad.
2	Otros.	Negativo.	Algunas personas de las instituciones.
2	Motivación personal.	Negativo.	Un sector de la profesión enfermera.

2	Relaciones interprofesionales.	Negativo.	Otros sectores profesionales.
3	Organización de enfermería.	Positivo.	Líderes enfermeros (colegios y asociaciones de enfermería).
3	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Enfermeras comprometidas.
3	Organización de enfermería.	Positivo.	Enfermeras que ocupan altos cargos de gestión.
3	Relaciones interprofesionales.	Negativo.	Algunos líderes médicos (corporativismo médico).
3	Sentido de colectivo enfermería.	Negativo.	Poco sentimiento de pertinencia a la profesión de algunos profesionales enfermeros.
4	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Profesionales destacados por una temática concreta (referentes) que han sabido comunicar a Otros la curiosidad por la innovación en un campo concreto.
4	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Profesionales que han persistido en la capacidad de la Enfermería por tal de adoptar nuevas competencias.
4	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Profesionales que inician nuevos campos no explorados anteriormente y que a menudo confluyen con otras disciplinas o conocimientos.
4	Usuario exigente	Positivo.	Pacientes con complejidad que crean la curiosidad de indagar nuevas formas.
4	Organización obstructiva.	Negativo.	Profesionales de otros ámbitos que colapsan el progreso del profesional de enfermería como una intrusión.
4	Cobertura legal.	Negativo.	La propia legislación (por el que hace referencia a la lentitud de ésta); a menudo el plan práctico se antepone al plan legislativo.
4	Sentido de colectivo enfermería.	Negativo.	Profesionales (compañeros en el área de trabajo) que "restan", el saboteador de un equipo.
5	Formación de enfermería.	Positivo.	Escuelas de enfermería.
5	Relaciones interprofesionales.	Negativo	Algunos médicos.
5	Compromiso de enfermería.	Negativo	Algunos enfermeros.
6	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Las propias enfermeras comprometidas, es decir con competencia. Enfermeras líderes que están en la base y en la gestión. Gestores que reconocen el espacio y rol de la enfermera.
6	Relaciones interprofesionales.	Positivo.	Médicos que están de acuerdo en la aportación enfermera.
6	Usuario exigente.	Positivo.	Pacientes que han saboreado nuestras curas y nos han dado reconocimiento de nuestro trabajo.
6	Compromiso de enfermería.	Negativo	Las propias enfermeras.
6	Organización obstructiva.	Negativo	El colectivo médico, hay una parte de éste colectivo que posteriormente está demostrando que tiene miedo a perder poder.
6	Formación de enfermería.	Negativo	El desconocimiento de otras disciplinas relacionadas con nuestra profesión, de cual puede ser nuestra aportación en el campo de la salud.
7	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Enfermeras comprometidas.
7	Relaciones interprofesionales.	Negativo	Poca colaboración de otros colectivos profesionales.
7	Compromiso de enfermería.	Negativo	Enfermeras poco comprometidas.
8	Organización comprometida.	Positivo.	Gestores comprometidos.
8	Compromiso de enfermería.	Positivo.	Asociaciones profesionales implicadas y comprometidas.
8	Relaciones interprofesionales.	Negativo	Médicos (que no ven en la enfermería a una profesión autónoma).
8	Formación de enfermería.	Negativo	Enfermeras no evolucionadas (ATS).
Factores de Influencia.		Positivos o negativos	

	Factor.	Influencia.
1	Políticas sanitarias avanzadas, con servicios de salud que sean realmente integrados – tipos de políticas sanitarias como las danesas, canadienses, inglesas...	Relaciones interdisciplinarias. Positivo.
1	Ayudas económicas y de tiempos reales para desarrollar la investigación y la docencia enfermera – becas, módulos de examen, estancias en centros de excelencia.	Política sanitaria. Positivo.
1	Sociedades Científicas.	Relaciones interdisciplinarias. Positivo.
1	Creación de grupos de trabajo multidisciplinares no interdisciplinares liderados por enfermeras.	Relaciones interdisciplinarias. Positivo.
1	La salud pública.	Política sanitaria. Positivo.
1	Sistemas de promoción profesionales horizontales.	Relaciones con la Organización.. Positivo.
1	Sistemas sanitarios biomédicos.	Política sanitaria. Negativo.
1	Políticas sanitarias con la figura enfermera no está contemplada en cargos de decisión ni de distribución de partidas económicas.	Política sanitaria. Negativo.
1	El fracaso del modelo biomédico que hasta ahora se ha impartido a las facultades de ciencias de la salud.	Política sanitaria. Negativo.
1	Instituciones y empresas sanitarias orientadas hacia ellas mismas y no hacia los usuarios, que realmente son el eje del sistema sanitario.	Política sanitaria. Negativo.
1	Prácticas asistenciales no basadas con la evidencia científica.	Organización mecanicista. Negativo.
1	Motivación profesional que favorecen las malas praxis, valorando nada más cantidad y no calidad, con sistemas retributivos no equitativos.	Organización mecanicista. Negativo.
1	Sistemas de promoción profesionales verticales.	Organización mecanicista. Negativo.
2	El trabajo.	Innovación. Positivo.
2	La formación.	Formación de enfermería. Positivo.
2	Las experiencias de otros países.	Relaciones interdisciplinarias. Positivo.
2	La falta de iniciativa de parte de la profesión.	Compromiso de enfermería. Negativo.
2	La competitividad mal entendida.	Sentido de colectivo enfermería. Negativo.
2	La envidia.	Sentido de colectivo enfermería. Negativo.
2	La carencia de liderazgo.	Falta de liderazgo en enfermería. Negativo.
3	Líderes enfermeros (colegios y asociaciones de enfermería).	Falta de liderazgo en enfermería. Positivo.
3	Enfermeras comprometidas.	Compromiso de enfermería. Positivo.
3	Enfermeras que ocupan altos cargos de gestión.	Organización de enfermería. Positivo.
3	Algunos líderes médicos (corporativismo médico).	Relación medicina enfermería. Negativo.
3	Poco sentimiento de pertinencia a la profesión de algunos profesionales enfermeros.	Sentido de colectivo enfermería. Negativo.
4	Profesionales destacados para una temática concreta (referentes) que han sabido comunicar a otros la curiosidad por la innovación en un campo concreto.	Innovación personal. Positivo.
4	Profesionales que han persistido en la capacidad de la Enfermería con tal de adoptar nuevas competencias.	Innovación personal. Positivo.
4	Profesionales que inician nuevos campos no explorados anteriormente y que confluyen con otras disciplinas o conocimientos.	Relaciones interdisciplinarias. Positivo.
4	Pacientes con complejidad que crean la curiosidad de indagar nuevas formas.	Relación enfermería paciente. Positivo.
4	Profesionales de otros ámbitos que bloquean el progreso del profesional de enfermería como una intrusión.	Relaciones interdisciplinarias. Negativo.
4	La propia legislación (por el cual hace referencia a la lentitud de ésta); a menudo el plan práctico se adelanta al plan legislativo.	Marco legal. Negativo.
4	Profesionales (compañeros en el área de trabajo) que “restan”, el saboteador de un equipo.	Relaciones interdisciplinarias. Negativo.
5	Escuelas de enfermería.	Formación de enfermería. Positivo.
5	Algunos médicos.	Relación medicina enfermería. Negativo.
5	Algunos enfermeros.	Compromiso de enfermería. Negativo.
6	Las propias enfermeras comprometidas, es decir con competencia. Enfermeras líderes que están en la base y en la gestión. Gestores que reconocen el espacio y rol de la enfermera.	Compromiso de enfermería. Positivo.
6	Médicos que están de acuerdo en la aportación enfermera.	Relación medicina/ enfermería. Positivo.

6	Pacientes que han saboreado nuestras curas y nos han dado reconocimiento de nuestro trabajo.	Relación enfermería/ paciente.	Positivo.
6	Las propias enfermeras.	Compromiso de enfermería.	Negativo.
6	El colectivo médico, hay una parte de éste colectivo que posteriormente está demostrando que tiene miedo a perder poder.	Relación medicina/ enfermería.	Negativo.
6	El desconocimiento de otras disciplinas relacionadas con nuestra profesión, la cual puede ser nuestra aportación en el campo de la salud.	Relaciones interdisciplinarias.	Negativo.
8	La falta de consciencia de profesión (entidad profesional).	Sentido de colectivo enfermería.	Negativo.
8	División entre el colectivo profesional (tendencias a veces contrapuestas).	Sentido de colectivo enfermería.	Negativo.
8	Compromiso con la población atenta (complicidad).	Relación enfermería/ paciente.	Positivo.
8	La interdisciplinariedad.	Relaciones interdisciplinarias.	Positivo.
8	La autonomía en la gestión de las curas Enfermeras.	Autonomía profesional.	Positivo.
7	Respaldo de las entidades (colegios, escuelas universitarias, sindicatos...).	Sentido de colectivo enfermería.	Negativo.
7	Organización actual de los servicios enfermeros.	Organización de enfermería.	Negativo.
7	Desconocimiento de la cartera de servicios de otros profesionales y a veces de nuestro colectivo.	Organización de enfermería.	Negativo.
7	Falta de marketing (ex: poco reconocimiento por parte de los medios de comunicación).	Relación enfermería/ sociedad.	Negativo.
7	Importación de programas o proyectos fuera de nuestro ámbito.	Relaciones interdisciplinarias.	Positivo.
7	Reconocimiento de la población.	Relación enfermería/ sociedad.	Positivo.
7	Respaldo e impulso de los gestores.	Organización de enfermería.	Positivo.
7	Formación.	Formación de enfermería.	Positivo.

Validación de la asociación de conceptos

En la primera circulación del cuestionario delphi, algunas preguntas fueron diseñadas para respuestas abiertas a fin de recopilar los principales actores y factores, de forma que en la segunda circulación se pudiese valorar su importancia relativa en una lista cerrada. El objetivo era agrupar las respuestas bajo una denominación común. Para ello se asociaron las respuestas abiertas a una lista de conceptos. Por ejemplo, la respuesta "Poco sentimiento de pertinencia a la profesión de algunos profesionales enfermeros" se asoció al concepto "sentido de colectivo de la enfermería". La respuesta "médicos que están de acuerdo con la aportación enfermera" se asoció al concepto "relaciones interprofesionales". Todos ellos fueron asociados al mismo carácter positivo o negativo que constaba en la respuesta.

Tras el agrupamiento de las respuestas abiertas en conceptos cerrados para el segundo cuestionario, y antes de remitirlo a las participantes, se procedió a validar esta asociación. Siendo una asociación subjetiva, se contrastó y validó mediante un grupo independiente de 10 enfermeras que analizó cada asociación. Se realizaron algunos cambios sugeridos relevantes. A continuación se detallan literalmente las comunicaciones para su consulta.

Grup de validació d'un treball de camp sobre innovació en enfermería
Experta 1 Infermera (metge en actiu d'AP i psicóloga)
Hola Emilia: es un trabajo muy chulo: voy a intentar puntualizar algunas cosas, por si te pueden ser útiles. En el e.mail de asociación de conceptos,,,,,lo asignáis a diferentes conceptos.
A mi me sorprende que las demandas de la sociedad, y respuestas parecidas lo asumáis a USUARIS. Yo creo que quizás fuera más útil buscar un ítem más "sociológico", porque además podría dar una visión más amplia y un campo de actuaciones posteriores para poder incidir modificaciones de "exigencias ""visiones.....".es decir si damos un valor a las demandas sociales, podríamos crear redes de información, comunicación,,,,,que permitieran modificar visiones desde un campo mucho más amplio, con mayor repercusión, y por tanto con posibilidad de unos X resultados con menor desgaste de recursos, que no solo la educación sanitaria centrada en el usuario. Es sólo una opinión (las respuestas son del 8.y con el mismo criterio en FACTORES el 3 y el 9).estaría bien incluir un modelo social.
OTRO: en D1Q1 en el 2 el usuario exigente es visto como negativo, y en el concepto innovación es un factor+ (no se si lo has contemplado) me salta de la 3 a la 7, creo que me faltan cuestiones.
OTRO en los factores de innovación en la 3 el clima laboral entre profesionales tiene una valoración máxima y sin embargo en los motivos relevantes (la 7) no se valora el clima profesional. Es una contradicción? todo esto es lo que he visto. Si necesitas algo mas no lo dudes.
Respuesta experta 1 valoración concreta y muy buena:
El usuario exigente se debería aclarar, por ejemplo un usuario exigente puede ser un motivo innovador para la enfermería siempre y cuando la exigencia sea la de una persona educada, y consciente de su salud y sus problemas. Esto permite superar los conocimientos de la enfermera tanto sanitarios como culturales y sociales un proyecto muy ambicioso.
Otra cosa sería el usuario poco respetuoso con el sistema y por extensión y en medida más doméstica con la enfermera, aquí la innovación es más compleja porque no se puede educar o responder a según que situaciones con coherencia. Otros tantos usuarios que son los frequentadores o dependientes, tipo de usuario que puede estar en el primer o segundo grupo, que también

permeten mejorar las posturas de la enfermera informando en función de los protocolos organizacionales y propios.

Sobre diferencias de opiniones, el tema es complejo y he querido darle amplitud al trabajo de campo y en el delphi que es el método exigido se pide rapidez y espontaneidad. Han sido todas muy leales en las respuestas, solo que ha podido existir alguna confusión o duda debido a la cantidad de cuestiones y sobretodo al descubrimiento del interés en responder y actuar. También he puesto a prueba la exposición técnica de otras disciplinas como a ingeniería muy cuantitativa y poco colaborativa en lo que a cualitativo refiere. Esto es otro aspecto innovador abrirse y relacionarse con otras disciplinas tanto de dentro (psicología) como de fuera (antropología sociología ingeniería) de todos he tenido muy buena respuesta, creo que es un tema muy cercano tanto para los de fuera como de los de dentro del sistema.

Experta 2 Enfermera (pediatría y medicina general hospital)

Sobre mail 2 Si, es adequat.

M'agradaria molt que em fesis arribar una còpia de la tesi un cop presentada.

Sobre mail 1 respecte al primer mail, veig correctes totes les associacions però hi ha dues que no entenc:

per una banda en les relacions interprofessionals, el treball amb treballadors socials es positiu i amb altres sectors professionals - psicòleg-es negatiu.

Resposta infermera

Tingues en comte que son respostes de persones diferents! una ho pot veure positiu i una altra negatiu Respecte a les relacions interprofessionals, voldria aclarar el que per a mi, a la tesis, i classificat com a relacions, les interprofessionals son relacions metge-infermera, les interprofessionals amb altres professionals de sistema sanitari (psicòlegs, odontòlegs, especialistas, etc).

Voldria assenyalar que hi ha un problema de derivació a aquestes especialitats en les quals la enfermera no està implicada. Com be saps, ha de passar per la supervisió del metge de medicina general. aixó podria donar-li aquest caràcter negatiu, però pensa que es la opinió d'una altra persona.

Experta 3 Infermera (Docencia Universitaria)

Qüestió 1

No se si he entès bé el que havia de fer, però en tot cas els comentaris que jo faria a la feina presentada son:

En primer lloc, la feina a fer ha estat bastant laboriosa i és molt més entretinguda del que sembla.

En segon lloc, he tingut algunes dificultats per entendre/captar el que tu volies dir amb algunes etiquetes. Per tal de poder fer una valoració més precisa hauria d'haver tingut les definicions operatives de cada una de elles, es a dir la explicació del que entens per cada etiqueta, per exemple, què vol dir exactament "compromís de la infermeria"?

Resposta experta 3

si, potser hauriem de posar un llistat de referencies del q vol dir cada cosa. Compromís d'infermeria es refereix al compromís propi de la enfermera, en presa de decisions sense influències d'altres persones o professionals, i actuant en el moment indicat dins la organització corresponent participant i comproment-se en situacions de conflicte.

Qüestió 2

En aquesta mateixa etiqueta crec que fora més correcta dir "compromís de les infermeres" si et refereixes al que fan o no els professionals, ja que si dius infermeria s'entén et refereixes a la disciplina.

Resposta

jo crec que es més addient parlar de professional d'infermeria, per a crear un clima més corporatiu, donat que aquesta professió és molt individualista, i aixó no ho veig com a positiu.

Qüestió 3

En el apartat dels actors:

La etiqueta per els dos n* 3, seria més "compromís professional" que "clima laboral" que entenc és un altre cosa diferent.

La etiqueta dels 4 de pacients poc receptius i poc participatius, crec que més aviat li correspon una etiqueta de "usuaris passius" o "actituds dels usuaris".

Resposta

Ho hem agrupat al concepte 'usuari exigent', que normalment representa una oportunitat de millora, per la passivitat o exigència davant de la seva situació de salut.

Qüestió 4

El punt 5. Falta de personal, potser ho pots incloure en una etiqueta de "problemes organitzatius" o "organització"

Resposta

no entenc a q et refereixes, pq com a grup ja està a 'organització', i com a subgrup a 'falta de personal'.

Qüestió 5

A la etiqueta "organització organicista" trauria lo de organicista i així podries incloure diferents aspectes relacionats amb la organització. i questa idea la pots desenvolupar més tard, quan facis l'anàlisi.

Resposta

organització organicista no consta. hi ha un grup de organització obstructiva (que frena la innovació) i un altre de organització mecanicista (que tracta les persones com a màquines, model taylor).

Qüestió 6

En el apartat dels factors:

Informació no la classificaria com formació perquè son coses molt diferents.

Resposta

ho agrupem així per considerar que la formació es la adquisició de informació específica.

Qüestió 7

El punt 5 ganes de fer, la inclouria amb una etiqueta de "actituds" ja que te a veure amb motivació i no necessàriament amb professionalitat. Son coses diferents.

Resposta

sisi. tens raó. ja està canviat.

Qüestió 8

Faria una etiqueta de investigació, perquè la docència és una cosa y la recerca una altre.

Resposta

si, tens raó, ho hauriem hagut de fer, pero hem decidit deixar-ho agrupat, pq no afecta al curs del treball.

Qüestió 10

Tens 2 etiquetes que crec que diuen lo mateix. Hauries de mirar d'unificar-les. Em refereixo a "relació medicina infermeria" i "relacions interdisciplinàries", entenc que la primera està inclosa en aquesta segona.

Resposta

No, les diferenciem, pel pes que te en la infermeria. relacions interprofessionals es la relació metge-infermera, relacions interdisciplinars son les relacions amb altres disciplines sanitàries (exclosa la medicina, q te un concepte associat propi), i les relacions multidisciplinars contempen la resta de disciplines que tenen a veure amb les actuacions d'infermeria, pero disciplines no sanitàries: antropologia, sociologia, economia, etc.

Qüestió 11

Per últim i respecte a la pregunta sobre si es adequada o no la utilització del estudi delphi al tema d'estudi, la meva opinió és que sí, però potser es podria completar amb alguna altre tècnica com entrevistes en profunditat o grup de

discussió per tal de trobar tots els significats de les etiquetes.

Resposta

el grup de discussió (el de validació) es el q estem fent ara, donat que la hipòtesi té més a veure amb la situació de la innovació en infermeria que de la propia innovació enfermera. Es a dir, no el q innoven les infermeres, sino tot l'entorn de la innovació al voltant de la infermeria. La comunicació mitjançant la red ha sigut molt productiva.

Experta 4 infermera (Geriatría hospitalària)

Opinió

Crec que l'estudi delphi es molt adequat per realitzar un estudi de camp i conèixer la opinió de molts professionals. Pel que fa a l'agrupació, crec que l'important es que consti en l'estudi i tenir-la en compte en la interpretació dels resultats.

Resposta

Ja tenia en compte fer lo de l'associació de conceptes.

Sols em falta una cosa, la infermeria que geriàtrica en quin grau depen de la técnica o del metge. Es a dir si et demano una valoració de 0 a 10 qui seria el vostre grau d'autonomia.

Resposta (experta 4)

Si et refereixes a cures d'infermeria + intervencions es un 10, ja que en geriatría la infermera forma part d'un equip interdisciplinar (en el nostre cas UFIS), per tant la responsabilitat de les cures i de les valoracions geriàtricas es nostra.

Experta 5

(Grup experts en formació innovadora enginyera)

Qüestió:

d'aquest gràfic primer observem com a **actors** (pregunta 1) més rellevants l'usuari exigent i el compromís de la infermeria (que potser es podria associar més a factors de coneixement, capacitat i identitat).

Aquests factors, juntament amb la organització d'infermeria seràn els triats per a desenvolupar el segon questionari.

Segons el gràfic no ho sembla gaire? no esta d'acord amb l'usuari exigent

Resposta

el grafic presenta 3 actors o factors que despunten clarament dels altres: usuari exigent, organització d'infemeria i compromís d'infermeria. El primer es veu com un actor d'influencia negativa a la innovació en infermeria. I els altres 2 (compromís i organització) es veuen com a positius per a innovar. Això ens fa pensar que hi ha una relació entre els tres.

Qüestió 2:

Delphi 1 q 2 Pregunta 1.- autonomia professional

s'ha pogut constatar que en l'àmbit tant rural, com comunitari com en l'innovador (no és gaire clar) la autonomia és una realitat. podriem afirmar que en certs entorns, la infermera és la autoritat professional. ¿es pot extrapolar en altres espais laborals?

Resposta

Aquest son àmbits d'actuació que la infermera/er han assenyalat com entorns on pot existir autonomia professional, encara que en ocasions no puguin dur a terme el possible canvi o innovació

Qüestió 3 la formació:

la adquisició de coneixements ve donada per 3 fonts bàsiques: la formació organitzada (carrera universitària d'infermeria, formació a l'organització...). un altra font de coneixement és la globalització(*) no s'acaba d'entendre : individualment, mitjançant Internet i altres fonts de coneixement social i cultural, i la tercera font son les experiències propies o alienes, tant si han sigut exitoses com si no.

Resposta

es una formació fora de la pressió laboral i organitzativa de la empresa, es fa individualment, voluntariament, fora de la formació interna, que la persona aprengui per compte propi. La adquisició de coneixement la hem dividit en: formació de la empresa, formació personal i experiències pròpies o alienes.

Qüestió 4:

quin pes creus que té cada un dels factors en la teva trajectoria professional?

la formació proporcionada per la organització i les experiències alienes (tant fallides com exitoses) són les menys valorades com a factors d'influència a la trajectoria professional no acabo d'entendre-ho, ja que això faria pensar que és un "grup" tan tancat que no seria permeable a experiències reeixides d'altres persones

Resposta

si, de fet, en el gràfic, totes les opcions estan molt a prop. pot ser qualsevol cosa.

Qüestió 5:

segones respostes D2Q1

1 - Quins són els actors (persones) que influeixen en la innovació a la infermeria? (especificar influència positiva o negativa). (nota: conceptes associats: p124).

Te l'usuari exigent ...en altres questionaris m'ha semblat que no era decisiu (potser no ho he vist o interpretat be)

Resposta

en aquest cas, és el quart factor d'importància, després de compromís d'infermeria, relacions interprofessionals i formació d'infermeria. A més, completament positiu.

El concepte d'usuari exigent l'hem respost a la experta #1, doncs crec que és un motiu d'innovació per la possibilitat de relació amb la infermera i pq una bona informació permet una actitud i amplitud de coneixement per tractar addicionalment les millores, perquè l'usuari exigent és una font d'informació especial.

crida l'atenció la total negativitat del sentit de col·lectiu d'infermeria, fet que la meitat de les enquestades valoren com un fre a la innovació.

Opinió experta 5

encara que no es pugui escriure...és un fet comú a tots els col·lectius femenins: és millor no sobresortir per formar part del grup!

Resposta estic molt d'acord, el guillem(assessor del grup formació innovador (enginyer) m'ha parlat de la teoria *sostre de vidre*.¹¹⁴

Expert 6 Infermer (hospitàlari radiologia i psicòleg)

Qüestió 1

Per què un usuari poc participatiu és qualificat com usuari exigent. És realment negatiu? Full 1

Resposta

¹¹⁴ La teoria del techo de cristal: Se denomina así a una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que nos impide seguir avanzando. Su carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que por su invisibilidad son difíciles de detectar."

http://www.stecyl.es/Mujer/el_techo_de_cristal.htm (7 Julio 07)

tingues en compte que son respostes de persones diferents! una ho pot veure positiu i una altra negatiu. Però pensa que l'usuari és un punt de referència en la actuació d'infermeria per la influència que te la persona davant de situacions de salut o malaltia, i com pots conèixer el comportament condiciona la actitud i la aptitud de el/la professional tan sanitària cultural i socialment.

Qüestió 2:

Treballar amb altres com el psicòleg és negatiu. Per què? Full 2

Resposta

Respecte a les relacions interprofessionals, voldria aclarar el que per a mi, a la organització de la tesi, he classificat com a relacions: les interprofessionals, son relacions metge-infermera, les interdisciplinars amb altres professionals de sistema sanitari (psicòlegs, odontòlegs, especialistas, etc).

Voldria assenyalar que hi ha un problema de derivació a aquestes especialitats en les quals la infermera no està implicada. Com be saps, ha de passar per la supervisió del metge de medicina general. Aixó podria donar-li aquest caràcter negatiu, pero tingues en compte que es la opinió d'una altra persona.

Experta 7 Infermera (Salud Pública; Dra en antropología)

Dir-te que per mí és adequat i a més innovador, tot i que em genera dubtes, segurament pel desconeixement del programa i anàlisi delphi. L' associació de conceptes em sembla bé, així com el grup de respostes.

Em plantejo dues coses:

Qüestió 1:

si la mostra que ha participat en l'estudi, per aquest tipus d'anàlisi és suficientment representativa? I em manca una mica el perfil de la infermera entrevistada.

Resposta

Aixó ho tinc en comte: demanar la historia de vida professional (es una opció lliure) per adjuntar-la a la tesi

Qüestió 2:

Jo trobo que la correlació entre factors d'influència i categoria negatiu/positiu és molt directe, influenciant. Vull dir que quan llegeixes la formulació de la pregunta sembla que porta implícit la resposta +/-.

Resposta

Clar es tracta que valorin qué es positiu i qué es negatiu.

comentari experta 7

Com a curiositat, Les DPO surt com a Negatiu!!. No m'estranya, pq tal i com està montat és més un estrès que un benefici personal.

Resposta

Tens raó hi ha molta claudicació vers els objectius per donar més qualitat

Experta 8 Infermera (Atenció primaria; licenciatura filosofía)

Emilia: Crec que si que están ben relacionats els conceptes, és això el que demanes?

Comentarios de una charla informal

Las funciones de la enfermería no se cumplen porque no hay tiempo, Tenemos un modelo, tenemos unos diagnósticos y tenemos un plan de cuidados, lo tenemos todo.

¿Que quieres en realidad innovar?

Respuesta

Buena pregunta, me lo pensaré

Respuesta pensada via e-mail:

Me gustaría practicar la innovación con más frecuencia, hay muchos proyectos en enfermería sin realizar, solo intento aportar un grano de arena con esta tesis doctoral.

Respecto a la conversación que mantuvimos, me pareció muy interesante tu comentario sobre la discrepancia entre formación académica de preparación previa (docente) y la formación *justa in time* (según las necesidades), es decir la

formación laboral.

Efectivamente, en este punto, la enfermería docente tendría mucho que ver. Pero la/el responsable de la formación laboral también

También estoy de acuerdo con el status sobre la actuación profesional: Modelo Diagnóstico y Plan de actuación, creo que no todas las profesiones tienen los valores tan bien estructurados.

He encontrado una información interesante sobre enfermería Canadiense te paso información.

Tina Granar

Communications Coordinador Coordinadora de Comunicaciones

Candian Curses Asociación Canadiense de Enfermeras

Tel.: 613-237-2159 ext. Tel.: 613-237-2159 ext. 283 283

Cell: 613-266-0306 Cell: 613-266-0306

E-mail: tgrznar@cna-aiic.ca E-mail: tgrznar@cna-aiic.ca

Experta 9 enfermera (responsable formación área hospitalaria)

Opinión:

He estado mirando los datos del estudio que nos has enviado, en mi opinión el sistema Delhi es un buen sistema para hallar el consenso y unificación de criterios, el cual es un paso imprescindible para poder iniciar un estudio como el que te has planteado. En cuanto al primer e-mail te contestaré más adelante, ya que no me queda muy claro cual es el objetivo general del estudio, ya he visto que se trata de relacionar la innovación en enfermería con los factores que influyen, pero me faltaría saber que es lo que defines como innovación y si la diferencias de la actualización de conocimientos.

Respuesta

El objetivo del trabajo de campo es como tu misma dices, situar la innovación en la enfermería actual. Para ello os he enviado un resumen del trabajo de campo que he realizado con 18 enfermeras, seleccionas por sus criterios innovadores y comprometidos con la enfermería.

El taller (DELPHI) que se trabaja a través de la red, lo realice con un grupo de expertos en formación innovadora, de disciplinas no sanitarias, y las dos primeras cuestiones, (abiertas) casi imprescindibles para situar a las enfermeras en el trabajo, fueron: Define cuales son los actores y factores que influyen positiva o negativamente en la innovación en enfermería

Ante las numerosas y espontáneas respuestas (porque uno de los objetivos de este taller es el tiempo limitado de entrega para las respuestas) se asociaron en conceptos (que es la lista del primer mail).

No fue fácil asociar los conceptos, dado que había muchos factores y muchos actores. Sin embargo las respuestas del grupo de validación han permitido rectificar algunos, y comentarlos con el responsable del grupo formador y conmigo misma.

Esto es una parte de la tesis, el trabajo de campo, es posible que si lees la respuesta de la experta x y el concepto al que va asociado estés de acuerdo, o no.

La innovación es sencillamente el acto por el cual se crea o modifica *algo* (lo que sea) que desafía (de alguna manera) el estado-de-las-cosas. O sea innovación = creatividad + rupturismo que no se debe confundir con ingenio o imaginación, en realidad esto implica como dices la actualización de conocimientos dado que el aspecto versátil de la enfermería le permite avanzar con los cambios sociales o, si fuésemos innovadoras tendríamos que ir delante de los cambios sociales, porque las posibilidades de hacerlo ya las tenemos (somos espectadoras de primera fila en el entorno sanitario cultural y social).

Existen distintos tipos de innovación y todos son válidos, necesarios y, lo más importante, complementarios y co-evolutivos la evolución siempre va paralela a otras innovaciones

Existen muchas definiciones, tipos, y maneras de innovar. Existen muchas

posibilidades de que nuestra innovación sea exitosa, pero es más probable que no lo sea, puesto que éste es el riesgo de hacer algo nuevo.

En la presente tesis se ha tratado la innovación en enfermería con la idea de desarrollarla, y ampliarla, generando conocimiento, aprendizaje y actuación, buscando situaciones en que la enfermería sea autónoma, y pueda actuar libremente, sin presiones ni delegaciones.

Hay un cierto desencanto profesional, dado que la innovación en enfermería en general nos viene dada (desde fuera) y la enfermería asimila y ejecuta. Esto ya es un éxito de esta innovación siempre y cuando se reconozca la mejora.

Un aspecto fundamental para iniciar la innovación es detectar la necesidad y conocer los límites de esta necesidad y las expectativas de cubrirla.

Como opinión personal creo que no hay mucha relación entre la docencia universitaria y la formación laboral, y este, es el intento de innovar y mejorar a través del conocimiento, expectativas profesionales nuevas.

Tengo una duda que podrías resolver, el grupo DELPHI consta solo de enfermeras de Atención Primaria, y creo que en este campo hay más posibilidades de trabajar y innovar libremente, si la enfermería consigue disociarse de la delegación médica, es decir el rol totalmente autónomo de la enfermera. ¿Existe esta posibilidad en la enfermera hospitalaria?

Respuesta experta 9

He estado mirando los listados de los cuestionarios tanto de los actores como los factores y creo que dentro de los actores hay dos ítems clasificados como actores, que en mi opinión pertenecen al grupo de factores. "Les noves demandes de la societat" y "les exigències irracionals de la societat". aunque las sociedades están compuestas por personas, es un concepto que está por encima de las personas, y que no sólo está influido por las personas, sino por factores como la evolución que ha tenido esa sociedad, el impacto de la formación, nivel cultural, recursos económicos, grupos de poder, compromiso con las instituciones etc..... son los factores sociológicos.

Creo que está demostrado que a mayor evolución de una sociedad, mayor es el nivel de sus exigencias.

El resto me parece adecuado.

Respuesta a experta #9

Ya nos dimos cuenta de que había algunos conceptos cambiados.

El criterio sobre los avances sociales tuvo su interés en una de las respuestas, dado que una de las expertas apostaba a que la enfermería, si tuviera más autonomía autoridad y tiempo podría adelantarse a los avances y cambios sociales, para actuar en el momento estratégico del cambio si la población lo requiere.

Tanto la primera como la segunda prevención tienen mucha influencia en la salud de la población.

Estamos hablando en términos de la asistencia primaria, en este caso la enfermería comunitaria tiene mucho que ver, la enfermera disfruta de espacios en que es la autoridad profesional y tiene autonomía propia, aunque estamos todavía muy condicionadas a los médicos por las técnicas tanto diagnósticas, como terapéuticas.

Se espera demasiado de la enfermera, es como un comodín, y los espacios autónomos son escasos y con mucha presión dado que se cambia de un escenario a otro en poco tiempo. Esto es muy estresante y desordenado.

Tiene situaciones parecidas la enfermera hospitalaria??, porque en realidad la mayoría de sus funciones son técnicas, cuales serían las autónomas.

Hace muchos años que deje el ámbito hospitalario y tengo poca información

Si te va bien mándame 4 líneas

Experta 10 Infermera

(enfermería hospitalària consultes externes)

Per a mi el metode delphi si que és edequat per aquest estudi.

Opinió:

Opino, a nivell personal, que a mesura que has anat incorporant qüestionaris al estudi, has incrementat opinions diferents, això complica però alhora enriqueix l'estudi.

Resposta:

Es cert és un treball molt laboriós, però sorpren la quantitat d'informació.

Opinió

Jo, penso referent al pacient exigent que no es valorable si dona un reforç positiu o negatiu, això depen del tipus d'exigencia, jo treballo amb gent amb pacients de diferents nivells culturals i la majoria són exigents a la seva manera, amb uns el que els interessa és se atesos de manera ràpida i eficaç sense importar els coneixements que tinguem, "que lo diga el médico que la enfermera no sabe" aquests reforçan de foma negativa, mentre que hi han altres que demanden coneixements i aquests si que reforcen positivament, per tant trobo que és un punt un tant difícil de interpretar.

Resposta

Aquí no penses en la possibilitat d'ampliar conceptes culturals i socials? es a dir, et permet ser més versàtil ampliar la informació que és una formació específica, tenir unes relacions multidisciplinars, sempre i quan es pugui procesar i utilitzar com a formació específica *in situ* es a dir en l'espai laboral.

Opinió

En quan a la interdisciplinarietat, opino que és més negatiu que positiu, un grup homogeni lluita per progresar, mentre que a vegades els altres col·lectius posen pals a les rodes a l'infermeria perque no tenen els mateixos interesos. Penseu realment que als altres col·lectius que treballen amb nosaltres els interessa la nostre formació? Penseu que els metges tenen algun interes en tenir infermeres més ben formades, o el que volen es expertes que els hi portin pocs problemes i no els qüestionin la seva feina? Les auxiliars tenen algun interes en que nosaltres ens formem, o el que volen es poder fer més part de la nostra feina? Deixo aquestes preguntes per a la reflexió.

Resposta.

Està clar que la formació acadèmica previa (Universitat) no es correspon a la formació just time a l'espai laboral. Aixó és una assignatura pendent posiblement de docència, i dels pròpis responsables de formació laboral, encara que tots i totes tenim algo que dir.

Opinió

No se que més vols que et digui però crec que són un col·lectiu lligats de mans i peus tant per els de més amunt com per els de més abaix, amb unes lleis que ens amparen molt poc, i amb poques ganes de lluitar per mantenir una posició ferma dins de l'organització. A part que són massa autodestructius, quan pasa quelcom ens intentem excusar culpant a un altre companya, no anem tots en la mateixa direcció, cosa que penso que el col·lectiu metge si que fa, o al menys intenta.

Resposta:

Tens molta raó i és una exposició molt sincera i molt molt propera a la infermeria es negativa i sobretot per a la innovació i possibles canvis i millores. Sobre el marc legal es escas i les obligacions molt comprometes i poc valorades.

Revisant el treball en general hi ha un comentari que te coses en comú amb l'ultima opinió teva.

T'envio informació referent a la opinió que tinc de la xarxa sobre comentaris del **sostre de vidre**. La tercera referència tracta de la infermeria canadenca sobre les relacions ganar-ganar

http://www.stecyl.es/Mujer/el_techo_de_cristal.htm 7 Julio 07

<http://factorhumano.wordpress.com/2007/05/15/las-discriminaciones-positivas/>

tgrznar@cna-aiic.ca

Lista de respuestas abiertas

Delphi 1 Qüestionari 1 respostes obertes

Delphi 1 Qüestió 4

Quins creus que sons els motius d'aquesta valoració?

Expert 1 Per a mi molt ja que si no podem confiar amb els resultats quin sentit té el nostre treball

Expert 2 n/c

Expert 3 Punt 1 i 2: Perquè facilita la feina, però no aporta novetat. És fer el mateix, millor i més ràpid.

Punt 3: Perquè és important estar bé per pensar en positiu, en tenir ganes de fer i de pensar. El malestar s'encomana i invalida.

Punt 4: És important el recolzament jeràrquic, ja que són els que marquen la direcció de com han d'anar les coses. És difícil anar contra corrent si les línies de la direcció o del govern van cap a un altre cantó.

Punt 5: Perquè ho hem de conèixer i creure

Expert 4 És molt important tenir la tecnologia més avançada, però també és molt important saber utilitzar-la sense complicacions i amb total tranquil·litat i agilitat.

Els nostres procediments han de ser el màxim de bons possible. La nostra feina consisteix en fer-la el millor possible ja que treballem per la salut de la resta de la població, per això crec que les tècniques d'infermeria les hem de conèixer i hem de tenir la màxima habilitat a l'hora de practicar-les.

Molt important és la bona relació amb la resta de professionals, siguin o no infermeria. Tot i així, es pot innovar i treballar amb un clima regular. Crec que depèn de cadascú que la feina sigui ben feta. Tot i que el sumatori de feines ben fetes sempre és millor.

Resulta beneficiós que hi hagi jerarquies al món laboral, però no es pot deixar mai de banda que tots som persones i que tots tenim maneres diferents de treballar. El respecte davant de tot.

Per innovar cal un fil conductor amb els pacients. Penso que és molt important la resposta i la bona relació amb els pacients, tot i que per innovar no cal sempre un 100% d'acord amb el pacient. Tu pots innovar, però si ell no vol, no seguirà mai les teves recomanacions.

Em sento implicada dins el col·lectiu infermer, em sento realitzada fent la meua feina i crec que ajudar als altres és quelcom que em dona molta pau. Per això crec que sentir-se implicada en el col·lectiu infermer t'ajuda a innovar i a trobar recursos i noves pràctiques per a la "solució" dels problemes que ens trobem a la consulta.

Expert 5 Procediments tècnics: estalvi de temps

Clima laboral: millor relació personal/ millor treball

Estructura organitzativa : bàsica per poder portar a la practica

Pacients i població : es un conjunt inseparable

Sentit colectiu : bàsic per treballar

Expert 6 Per mi el més important és el sentit de col·lectiu que hem sembla que no tenim gens clar, no fem pinya unes amb les altres i fins que no ho fem infermeria no pot anar endavant.

Expert 7 n/c

Expert 8 Crec que més important que la tecnologia en sí , allò que afecta més són les persones ,perquè si aquestes no tenen la voluntat d'innovació i millora la tecnologia no serveix per res, per això he valorat molt més els ítems en que intervenen les persones.

Expert 9 n/c

Expert 10 n/c

D 1 Qüestió 5 Has viscut alguna situació, motivació o experiència especialment innovadora? Podries explicar-la?

Expert 1 Sempre m'ha agradat ser col·laboradora i ajudar a tothom però amb equip no ho havia fet mai, fins a fer a les escoles als nens de 12 a 13 anys xerrades sobre el tabac i l'alcohol amb va costar però baix acceptar les sugerencies que els meus companys amb donaven,ho recordaré sempre com una cosa positiva.

Expert 2 n/c

Expert 3 Treballar amb suport informàtic i informatitzar processos i informació ha estat clau per poder avançar en el treball infermer.

Poder actuar de forma autònoma i no sols com a tècnics també va ser un canvi molt important en el seu dia.

El fet de sortir a la comunitat i poder treballar amb grups i fer promoció i educació per la salut també va ser un canvi clau la professió.

Expert 4 La veritat és que he tingut el plaer de posar en pràctica juntament amb altres companys el curs de RCP. Ha estat molt interessant i crec que és un treball innovador. Tothom tenim nocions de RCP, però no les posem a la pràctica, o poques vegades. Fem un recordatori teòric i pràctic per les ABS de l'Anoia i crec que és beneficiós i innovador per a tothom. Que jo recordi no s'havia fet mai.

Expert 5 He viscut l'implantació de les "consultes d'infermeria", que va ser un pas molt important dins de les ABS, penso, vam tenir de posar molt voluntat i ganes per assolir el repte .

NO estva molt clar el paper de l'infermera i durant aquests anys continuem en la lluita per "saber i assolir " el nostre paper.

Expert 6 Si, vaig treballar amb una persona molt activa en el camp de la investigació i hem va demostrar que petits canvis són poderosos

Expert 7 RACI (*rebuda acollida cribatge i intervenció*): La idea del RACI, per mi, és una innovació fallida. A mi, personalment com a infermera, no m'aporta res a la meva professió. Tinc la sensació d'estar fent de "secretària del metge". Antigament es feien les receptes al costat de la seva taula i fèiem passar les visites, el RACI és una evolució d'aquella situació. No podem resoldre quan l'última paraula del usuari és: "Sí, sí, però jo vull que em vegi el metge..."

Per altra banda, jo he estat infermera de Capellades casi 7 anys. Ara en fa casi 1 que estic a Vallbona d'Anoia jo sola (metge, infermera, administrativa), però l'administrativa no hi és sempre i quan el metge es posa malalt alguns dies hi ha la infermera sola. Algú de l'equip em va "animar" a anar-me'n a treballar "jo sola" i realment, allà si que es fa RACI, la gent del poble et respecta i t'escolta i amb el que tu els hi expliques en tenen prou i de vegades no volen ni veure al metge.

Expert 8 Vam iniciar moltes de les activitats de salut comunitària que ara exigeix l'ICS però que en aquells moments el mateix ICS a nivell de direcció de la zona no va voler entendre ni recolzar, com els grups d'educació sanitària per a pacients, el programa d'activitat física , relaxació , etc...

Expert 9 n/c
Expert 10 n/c

Delphi 1 qüestió 6 En el decurs del teu treball quotidià se t'ha acudit aplicar alguna innovació? Has pogut fer-ho?

Expert 1 SI El treball explicat anteriorment em va faltar i molt ,fer un seguiment amb els nois i noies un o dos anys després de si fumaven o bevien i el perquè ho feien. I així hauria vist a on vaig fallar.
Testa NO. n/c

Expert 2 Aplicar vibracions mecàniques en comptes de clapping
Cures humides on abans es feien seques
No n/c

Expert 3 Quan treballava en l'àmbit rural, era més fàcil fer canvis i aplicar el que a mi em semblava. Era el meu espai i podies treballar de manera totalment autònoma i amb la confiança i complicitat de la comunitat on estava.
En un equip de treball és més difícil fer canvis per tu sol, ja que el que dèiem de les decisions jeràrquiques et marquen molt el que has de fer. També és complicat haver de compartir i entendre't amb la resta de companys. De totes maneres, una vegada aconseguits els canvis són més rics i tenen més ressò i solidesa.
NO n/c

Expert 4 Actualment estem amb el programa salut i escola, i la veritat és que m'he implicat bastant amb la feina. He presentat power points fets per mi a l'institut del meu poble, quelcom que mai s'havia fet anteriorment.
Tot això m'ha portat una feina que no es veu, i per tant, per a mi ja és alguna cosa innovadora.
Expert 5 No se
no n/c

Expert 6 SI. Ens ho pots explicar breument? He incorporat un servei d'educació per la salut via correu electrònic però estic en proves.

Expert No n/c

Expert 7SI.La idea original no era meva: treure les receptes de les consultes d'infermeria. En sentíem a parlar, però al meu lloc de treball els caps no volien aplicar-ho. Davant la meva insistència (i la d'altres infermeres, que no totes i molts metges en contra) es van acabar fent les receptes fora al taulell de manera administrativa.
NO n/c

Expert 8 la afirmacio es refereix a la qüestió anterior (veure)
En l'experiència explicada en l'apartat anterior perquè la mateixa empresa va frenar la iniciativa , en altres casos perquè part de les mateixes infermeres frenen la iniciativa d'altres , indistintament de que les afecti en el seu treball personal o no.
No n/c

Expert 9 SI. n/c

NO.No he tingut ocasió

Expert 10 SI.n/c

NO. Per fer-ho amb un volum massa gran de població

Delphi qüestió 9 En quina o quines creus que s'hauria d'actuar prioritàriament i perquè?

Expert 1 En la rigidesa a la organització, ja que ajuden a fer el camí planer.

Expert 2 Legal , rigidesa a la organització

Expert 3 En crear un marc legal que et recolzi, en motivar a les persones i crear un clima de treball (i social i de vida en general) favorable perquè es pugui donar aquesta creativitat

Expert 4 Penso que caldria actuar de forma immediata en la barrera cultural i la legal. Cultural: em de fer entendre a la gent que el món és canviant, i que, per tant cal adaptar-se als nous canvis i no quedar-se enrere. Legal: cal que tinguem unes lleis que ens protegeixin amb tota confiança de qualsevol problema que ens pugui sorgir, ja que avui està a l'ordre del dia denunciar a qualsevol professional sanitari per qualsevol cosa.

Expert 5 Legal: es bàsic que hagi una legislació clara sobre les competències d'infermeria

Jerarquia: que doni pas i faciliti l'innovació.

Persones motivades

Expert 6 En la manca de cobertura legal, doncs s'assumeixen moltes coses que no ens toquen per la nostra titulació i ningú en respon i en la desmotivació personal, si la infermeria no té ganes de tirar endavant no hi podem fer res.

Expert 7 En les personals i en les de rigidesa en l'organització.

Si no intentem que les persones treballin a gust, si no la motivem, mai no aconseguirem canviar les coses.

Expert 8 En primer lloc la legal , ja que sense cobertura legal les iniciatives estaran sempre suspeses d'un fill i en qualsevol moment poden ser refutades.

Per altre banda un cop superat el marc legal en lo primer que cal actuar és en el camp personal , si els professionals i les persones volen innovar algun pas endavant donaran però si no hi ha aquesta voluntat encara que tinguis tots els factors a favor no seviran per res.

Expert 9 n/c

Expert 10 n/c

Delphi 1 qüestió 10 Afegiries algunes preguntes més que consideris rellevants que no hagin sortit a aquest qüestionari?. Quines?

Expert 1 No diria preguntes sinó opinions: Les DPO, o com es digui, no premien el treball sinó la falsedat i la mentida. Per una bona infermera lo millor es anar a dormir amb la consciència molt tranqui-la de pensar que has fet les coses com voldries te les fessin a tu.

Expert 2 n/c

Expert 3 Correcte

Expert 4

Creieu que la infermeria/infermera està valorada tal i com es mereix? O encara continua sent la secretària del metge? P.ex: actualment encara hi ha pacients que volen al metge per curar una ferida, per mirar una TA, per demanar una dieta... i la infermera és la que fa les receptes que el metge pauta.

Els pacients confien amb la infermera? P.ex: dosis insulina, dietes...

Creieu que la infermera està capacitada per a resoldre situacions amb pacients sense la necessitat d'avisar al metge? P.ex: mal de panxa, vòmits, diarrea, infecció d'orina...

Expert 5n/c

Expert 6 NO

Expert 7n/c

Expert 8 n/c

Expert 9 n/c

Expert 10 No, tinc curiositat per veure la segona part.

Delphi 2 Q1 respostes obertes

Delphi 2 qüestió 4

Quins creus que sons els motius d'aquesta valoració? Innovació tecnològica (aparells)

Expert 1 La meua feina del dia a dia, tant en el camp de l'assistència com en el de la el mes important es l'aprofundiment en la identitat professional i les docència i recerca.

Expert 2 Crec que cures que oferim a la població utilitzant la recerca com a eina

Expert 3 En l'àmbit de la primària, la innovació tcnològica no aporta massa cosa en la innovació tecnològica. En canvi aspectes com la creació d'aliances amb institucions, i clima social en general, ens aporta un valor afegit molt important.

Per altra banda, és essencial la col.laboració amb jerarquia, com element facilitador pel desenvolupament professional, i més encara si s'ocupen càrrecs de gestió en llocs estratègics per professionals infermers

Expert 4 La innovació tecnològica suposa un avenç en comoditat de treball. Pot suposar en gran mesura simplificació de tasques i repercutir en comoditat i menys acarnissament pel pacient.

Expert 5 El primer és la població perquè ens demana el que vol. La professió avança perquè la societat avança.

Expert 6 n/C

Expert 7 La Innovació tecnològica valor de 8 perquè amb la informatització de la Hcap i de les nostres activitats diàries, queda reflectit la nostre autonomia.

La i. Procediments tècnics valor de 4 perquè encara falta unificar criteris a l'hora de fer i així racionalitzar millor el temps. (ex: gestionar millor la consulta amb el pacient crònic, així ens deixa temps per poder fer altres tasques)

La i. Clima laboral valor de 7 perquè penso que actualment això només depèn del nostre propi col.lectiu i de la bona predisposició de les infermers/eres.

La i. Estructura organitzacional valor de 5 perquè encara falta que en llocs de responsabilitat i hagin infermeres molt competents. Actualment, encara que no sempre, continuen decidint la tasca a realitzar les infermeres altres col.letius.

La i. Clima social valor de 6 perquè falta expansió pels mitjans de comunicació i per nosaltres mateixas fer marketing de la nostre professió.

La i. Professional valor de 5 perquè encara tenim l'habilitat de "tirar-nos pedres" a nosaltres mateixos.

Expert 8 La innovació tecnològica i els procediments tècnics estan íntimament relacionats i son elements que faciliten fer més i millors feina però s'han de donar els altres elements relacionats per al seu desenvolupament amb efectivitat i repercussió.

Considero cabdal la identitat professional, és la que ens porta a crear i a donar-li sentit a la tècnica a més de que l'estructura ho ha de permetre, no es prioritza la innovació en infermeria si aquesta va acompanyada en molts casos del suport a la medicina.

Delphi 2 qüestió 5 Has viscut alguna situació, motivació o experiència especialment innovadora? Podries explicar-la?

ex: treballar amb una persona innovadora que et va motivar a aplicar noves idees a la teva feina, o una innovació tecnològica que va canviar la teva feina, etc. Les innovacions fallides també son il·lustratives: alguna cosa que va ser una bona idea però va fallar.

Expert 1 Al llarg de 6 anys vaig ser responsable de docència i recerca d'un consorci de salut d'atenció primària; juntament amb una metge de família.

L'experiència va ser enriquidora i productiva : dues adjudicacions de beques FIS, participació conjunta amb ECAs, etc..... emperò quant les infermeres van créixer professionalment, no totes evidentment, en les seves competències i cartera de serveis, la direcció del centre les va escapçar de manera fulminant; doncs va veure i viure com una amenaça la unitat del col·lectiu infermer i es va dedicar a crear un clima laboral amb tanques, enfrontat i radicalitzant postures, desfent les experiències innovadores que afavorien el treball en equip

Expert 2 En el seu moment a pesar de les dificultats va ser innovador començar a treballar amb models infermers i taxonomia diagnòstica pròpia.

Un altra experiència innovadora va ser l'impuls que es va donar a la atenció domiciliària i el lideratge que va exercir en aquell moment la infermeria

Expert 3 Sí. El fet de col·laborar amb professionals infermers potents, m'ha permès poder iniciar una reestructuració dels serveis infermers al centre que treballa.

La implementació de la infermera gestora de casos, amb resultats excel·lents, la posada en funcionament de la consulta d'acollida per aconseguir que la infermera sigui identificada per la població com a referent de salut.

Expert 4 El fet de participar en un FIS dona un rodatge en investigació que ajuda en altres projectes. Tant a nivell d'organització interna d'un equip com per la projecció externa que se'n dona.

El fet d'organitzar un servei des de l'inici ofereix la particularitat de rescatar coneixements previs que han funcionat i aplicar-ne de nous per provar; això no és tan àgil en serveis que funcionen de temps. Amb això vull exemplificar que cal aprofitar moments de canvis estructurals importants per a la innovació.

Curiosament treballa en un equip amb una persona molt innovadora; el seu secret és veure les coses aplicades en un futur com si ja funcionessin. Creure en el projecte, sense perdre la factibilitat i aplicabilitat.

Un centre "pilot" en diferents línies dona una obertura de ment molt satisfactòria.

Expert 5 Per nosaltres és innovador fer educació grupal i sobre tot ara visitar la patologia aguda

Expert 6 He pogut establir una complicitat amb una companya que va liderar un projecta que representa un canvi qualitatiu d'infermeria. Fa referència a altra organització d'infermeria en l'àmbit d'atenció primària i encara avui estem lluitant per aconseguir-ho. Estem intentant demostrar-ho amb un treball d'investigació.

Expert 7 Si. Implantació del programa Pacient Expert com a centre pilot en I. Cardíaca. Formació del pacient amb una patologia crònica que després s'encarregarà de transmetre mitjançant sessions grupals a altres pacients amb la mateixa patologia.

També vaig formar part de la creació d'una trajectoria única (model de coordinació entre primària-hospital) per la cirurgia de mama ambulatoria. Aquesta ha estat una experiència negativa perquè el programa no va acabar de funcionar mai, majoritàriament per la complexitat organitzativa de l'hospit

Expert 8 Sí: he tingut la oportunitat en diferents moments de coincidir amb persones amb visió de futur (Aula d'infermeria, aportació de la infermera a l'AP)

Delphi 2 qüestió 6 En el decurs del teu treball quotidià se t'ha acudit aplicar alguna innovació? Has pogut fer-ho?

SI. Ens ho pots explicar breument?

NO. Ens pots dir perquè

Expert 1

M'han adjudicat una formació i un mòdul de recerca -remuneració econòmica- per un projecte de recerca – educació grupal-. Implantar al EAP un aula d'educació grupal per optimitzar i/o modificar el risc cardiovascular mitjançant canvis d'estils de vida

Expert 2 A part del que explico a la pregunta anterior crec que tota la innovació que s'ha fet en el món de les cures de ferides cròniques a estat molt important per les infermeres i els pacients

Expert 3 Reestructuració dels serveis infermers trencant l'organització tradicional de la UBA i posant en marxa consulta d'acollida infermerai La implantació de la figura de la infermera gestora de casos.

Expert 4 Innovació en la informatització de consultes: vaig participar en centre pilot d'informatització. Gràcies a l'aposta pels recursos telemàtics de caire transversal que es va realitzar a nivell d'entitat. Innovacions en forma de circuits administratius per tal d'agilitzar temps.

Expert 5 Va ser, en el seu moment, poder demanar hora directament per a la infermera, sense passar pel metge. Vam fer una cartera de serveis d'infermeria perquè els usuaris sabessin el que podem fer. Ara ja ho fa tothom.

Expert 6 La infermera com Agent de Salut en l'àmbit d'atenció primària. Es el treball que he fet referència en l'apartat anterior.

Expert 7 Sempre les innovacions me las han proposat externament.

Expert 8 Organitzar els serveis infermers des d'una visió infermera, amb entitat pròpia, molt difícil de desenvolupar i portar-ho a terme a causa de les resistències que es generen quan es volen canviar coses per part dels propis professionals i d'altres disciplines (medicina) opinen.

Delphi 2 qüestió 9 En quina o quines creus que s'hauria d'actuar prioritàriament i perquè?

Expert 1 Per resumir les meves postures, posaré un exemple del dia a dia Fa aproximadament un parell de mesos va surti en un programa de TV del canal 33, anomenat AGORA, un debat versant la innovació de les estratègies de les polítiques sanitàries i de salut pública del sistema sanitari català Informar-vos que a la taula rodona no hi havia cap infermera: tot eren metges; a la taula hi havia la màxima responsable de la sanitat catalana – un metge- Sublevat, vaig fer valer la meua opinió via sms i mail en el mateix moment; de ven segur que ja us podeu imaginar que la meua opinió va ser emesa només en format de teletxt com un sms mes.....

Fins que no hi hagin infermeres ubicades en llocs de poder al organigrama del sistema sanitari, poc podrem innovar de manera brillant, doncs sempre el col·lectiu metge, enfonsat en el fracàs del seu model biomèdic, intentarà sobresortir més que nosaltres fen "incursions" en el nostre model i taxonomia més holística, per poder emportar-se els "honor" de la innovació

Això vull dir i per concloure que el nostre col·lectiu està manat per metges, majoritàriament homes, això es un "handicap"; i d'altra banda crec que les infermeres tenim el que es mereixem, perquè si més no el col·lectiu metge es molt més corporativista que nosaltres, i estan units i es defensen; nosaltres tenim una mala costum; quant veiem que hi ha alguique pot sobresortir amb estratègies innovadores, si podem, l'ataquem....

Tot i això soc optimista, crec que tinc una situació privilegiada a l'actualitat, doncs tinc temps i puc dedicar-me a fer recerca per innovar; no hem queixo de

la meua situació laboral, ni molt menys; doncs sempre he tingut comandaments que poc o molt han cregut amb la innovació infermera i les persones que intentem dur-la a terme

L'èxit de la innovació passa per les infermeres en època de formació, passa per el nou pla d'estudis i per la imatge que donem les actuals infermeres a les que ens veuen de lluny.....

Expert 2 En la manca de motivació (bàsicament per manca de lideratge) i en la de gènere i cultural

Expert 3 1. Trencar les barreres estereotipades. Donar a conèixer a la població el treball i l'aportació pròpia de la infermera. S'hauria de treballar des dels col.legis professionals les competències ja que són els únics òrgans que poden modificar-les. No s'hauria de permetre que d'altres institucions i entitats puguin opinar lliurement sobre els nostres àmbits competencials. També s'hauria de revisar el marc legal de la professió per poder ampliar camps d'accions en el treball diari

Expert 4 Rigidesa en la organització, per ser una de les barreres que les entitats han d'apostar derribar i que repercuteix clarament en la identitat del grup Infermeria. Destaco aquesta per ser l'entorn més pròxim i d'on ha de sorgir en gran manera la innovació per l'aplicabilitat a la quotidianitat.

Expert 5 En les personals.

Expert 6 Us puc dir que la rigidesa dins de l'organització no facilitar la motivació ni la implicació dels professionals, s'ha d'establir un clima de confiança i també s'ha de donar autonomia, informació i facilitar la formació a les professionals que demostrin implicació en els diferents camps d'actuació es a dir no totes poden fer de tot si no entre totes podem i hem de fer-ho tot.

Expert 7 En les que valoro amb 10. Sense motivació no es pot implantar cap canvi i sense cobertura legal tampoc.

Expert 8 Crec que s'hauria d'actuar en canviar l'imaginari social respecte de la professió infermera ja que té una influència directe sobre el que s'espera de la infermera des de tots els àmbits (professional, alumnes, població, altres disciplines, gestors, polítics...) alhora també s'hauria d'incidir sobre el marc legal, no es poden tirar endavant iniciatives que signifiquen creixement professional i que trobaran en aquest aspecte un entrebanc molt important

Delphi 2 qüestió 10 Afegiries algunes preguntes més que consideris rellevants que no hagin sortit a aquest qüestionari?. Quines?

Expert 1 n/c

Expert 2 n/c

Expert 4 n/c

Expert 5 n/c

Expert 6 n/c

Expert 7 n/c

Expert 8 no

Cuestionarios del estudio por Internet

Español

1.

género

masculino

femenino

¿has cursado estudios superiores no relacionados con la enfermería?

si

no

experiencia

0-5 años

5-10 años

10-20 años o mas

2.

principales áreas en que desarrollas tu trabajo:

<input type="checkbox"/> área hospitalaria	<input type="checkbox"/> técnicas diagnósticas y terapéuticas
<input type="checkbox"/> atención primaria	<input type="checkbox"/> investigación
<input type="checkbox"/> asistencial	<input type="checkbox"/> docencia y formación
<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> especialidades
<input type="checkbox"/> consultas externas	<input type="checkbox"/> dirección y gestión

3. Entendiendo innovación como la generación de una idea y su puesta en marcha, independientemente del resultado,
¿has podido desarrollar innovaciones en tu centro de trabajo?

sí

no

¿ha asumido tu centro tus ideas?

sí

no

4. ¿en qué áreas crees que la enfermería innova más?

<input type="checkbox"/> área hospitalaria	<input type="checkbox"/> técnicas diagnósticas y terapéuticas
<input type="checkbox"/> atención primaria	<input type="checkbox"/> investigación
<input type="checkbox"/> asistencial	<input type="checkbox"/> docencia y formación
<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> especialidades
<input type="checkbox"/> consultas externas	<input type="checkbox"/> dirección y gestión

5. **¿qué tipo de obstáculos relacionas con la innovación?**

aspectos legales

organización mecanicista

clima laboral entre compañeros

relación con los mandos

falta de iniciativa o riesgo de error

6. ¿en qué áreas crees que la enfermería dispone de más autonomía y/o capacidad de decisión?

<input type="checkbox"/> área hospitalaria	<input type="checkbox"/> técnicas diagnósticas y terapéuticas
<input type="checkbox"/> atención primaria	<input type="checkbox"/> investigación
<input type="checkbox"/> asistencial	<input type="checkbox"/> docencia y formación
<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> especialidades
<input type="checkbox"/> consultas externas	<input type="checkbox"/> dirección y gestión

1. **gender**
 male
 female

other than nursing training, have you got any higher training, degree or speciality?
 yes
 no

experience
 0-5 years
 5-10 years
 10-20 years or more

2. **main areas in which you develop your work:**

<input type="checkbox"/> hospitalary area	<input type="checkbox"/> diagnostic and therapeutic techniques
<input type="checkbox"/> GPs surgery	<input type="checkbox"/> research
<input type="checkbox"/> asistential care	<input type="checkbox"/> teaching and training
<input type="checkbox"/> community	<input type="checkbox"/> specialties
<input type="checkbox"/> outpatient	<input type="checkbox"/> management

3. understanding innovation as the generation of an idea and its implementation, regardless of the outcome,
have you been able to develop innovations in your workplace?

si
 no

has your center/organisation assumed your ideas?

si
 no

4. in which areas is nursing more innovative?

<input type="checkbox"/> hospitalary area	<input type="checkbox"/> diagnostic and therapeutic techniques
<input type="checkbox"/> primary care area	<input type="checkbox"/> research
<input type="checkbox"/> asistential care	<input type="checkbox"/> teaching and training
<input type="checkbox"/> community	<input type="checkbox"/> specialties
<input type="checkbox"/> outpatient	<input type="checkbox"/> management

5. **what kind of obstacles are related to innovation in nursing?**

legal issues
 mechanistic organization
 peer working environment
 management relationship
 lack of initiative or risk of error

6. in which areas does nursing have more autonomy or decision making?

<input type="checkbox"/> hospitalary area	<input type="checkbox"/> diagnostic and therapeutic techniques
<input type="checkbox"/> primary care area	<input type="checkbox"/> research
<input type="checkbox"/> asistential care	<input type="checkbox"/> teaching and training
<input type="checkbox"/> community	<input type="checkbox"/> specialties
<input type="checkbox"/> outpatient	<input type="checkbox"/> management

1. **genre**

masculin

féminin

Enseignement supérieur pas liés à l'infirmierie?

oui

non

expérience

0-5 ans

5-10 ans

10-20 ans ou plus

2. principaux domaines où vous développez votre travail?

<input type="checkbox"/> hôpital	<input type="checkbox"/> techniques diagnostiques et thérapeutiques
<input type="checkbox"/> primaire	<input type="checkbox"/> recherche
<input type="checkbox"/> soin/assistance	<input type="checkbox"/> enseignement et formation
<input type="checkbox"/> communauté	<input type="checkbox"/> spécialités
<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> direction et gestion

3. Si l'on accepte le concept d'innovation comme étant la génération d'une idée et sa mise en œuvre, quel que soit le résultat, **avez-vous développé des innovations dans votre travail?**

oui

non

votre centre/organisation a-t-il accepté vos idées?

oui

non

4. dans quels domaines se trouve l'infirmierie la plus innovatrice?

<input type="checkbox"/> hôpital	<input type="checkbox"/> techniques diagnostiques et thérapeutiques
<input type="checkbox"/> primaire	<input type="checkbox"/> recherche
<input type="checkbox"/> soin/assistance	<input type="checkbox"/> enseignement et formation

<input type="checkbox"/> communauté	<input type="checkbox"/> spécialités
<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> direction et gestion

5. **quel genre d'obstacles sont liés à l'innovation infirmière?**

- questions juridiques et légales
- organisation mécaniste
- environnement de travail entre infirmières
- relation avec la direction
- manque d'initiative ou crainte du risque d'erreur

6. **dans quels domaines à l'infirmierie plus d'autonomie ou capacité de décision?**

<input type="checkbox"/> hôpital	<input type="checkbox"/> techniques diagnostiques et thérapeutiques
<input type="checkbox"/> primaire	<input type="checkbox"/> recherche
<input type="checkbox"/> soin/assistance	<input type="checkbox"/> enseignement et formation
<input type="checkbox"/> communauté	<input type="checkbox"/> spécialités
<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> direction et gestion

看護と革新の調査

機械翻訳。迷惑をおかけし申し訳ありません。バージョン [英語](#) [フランス語](#) [スペイン語](#) ([english](#) | [español](#) | [français](#))

やあ! 私の名前 emilia aparicio と i よ革新に関する研究を実施する看護します。アンケートは、排他的看護師のように設計されています。約 1 分で回答する質問を 6 で構成されます。匿名ですが、結果のコピーしたいかどうかは分析したら、ください、Eメール出て i、送信されますが、i はそれらを取得したらすぐ。電子メールへの回答はリンクされません。

emilia (+ 34) 670 357 760 または emi@sinerzia.com

1. ジェンダー

雄

雌

トレーニングを看護以外、すべて高いトレーニング、度や特産品をお持ちですか。

はい

いいえ

発生します。

0-5 年

5-10 年

10-20 年以上

2. あなたの作品を開発する主な領域:

hospitalary 地域

GP 手術

asistencial ケア

コミュニティ

外来患者

診断と治療技術

研究

教育・訓練

専門

管理

3. 世代として革新の考え方と、結果にかかわらず、実装を理解します。

職場での技術革新を開発することができたでしょうか。

si / yes / oui

いいえ

中央/組織アイデアとがあるだろうか。

si / yes / oui

いいえ

4. のどの領域より革新的な看護ですか。

<input type="checkbox"/> hospitalary 地域	<input type="checkbox"/> 診断と治療技術
<input type="checkbox"/> プライマリ世話領域	<input type="checkbox"/> 研究
<input type="checkbox"/> asistential ケア	<input type="checkbox"/> 教育・訓練
<input type="checkbox"/> コミュニティ	<input type="checkbox"/> 専門
<input type="checkbox"/> 外来患者	<input type="checkbox"/> 管理

5. 障害の種類は革新で看護する関連ですか。

法的な問題

mechanistic 組織

ピア作業環境

管理関係

イニシアティブまたはエラーのリスクの欠如

6. のどの領域で看護自治または意思決定の詳細がありますか？

<input type="checkbox"/> hospitalary 地域	<input type="checkbox"/> 診断と治療技術
<input type="checkbox"/> プライマリ世話領域	<input type="checkbox"/> 研究
<input type="checkbox"/> asistential ケア	<input type="checkbox"/> 教育・訓練
<input type="checkbox"/> コミュニティ	<input type="checkbox"/> 専門
<input type="checkbox"/> 外来患者	<input type="checkbox"/> 管理

- ALBERDI R. (1995) *Ante los problemas de la marginación: las enfermeras responden*. En XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca: ADEA,; 215-237.
- ALBERDI R. (1999). *Los conceptos contextuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX*. *Hiades*, 5-6: 63-73 Palma de Mallorca.
- ALFARO, R. (1990) *Applying nursing diagnosis and nursing process: A step-by-step guide*. (2nd edition) J.B. Lippincott, Philadelphia.
- AMELANG, J. S. M T NASH. (1990) *Historia y Género Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. de Alfons Magnànim, Barcelona.
- AMORÓS, CELIA. (1991) *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Anthropos Barcelona.
- AMORÓS, CELIA. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*. Ed Cátedra, Madrid.
- AMORÓS, CELIA Y DE MIGUEL ÁLVAREZ, ANA. (2007). *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización*. Minerva ediciones, Madrid.
- ARAGÓN, DONOSO. F. (1982) *Un nuevo lugar para la religiosa sanitaria*. Instituto Teológico, Madrid.
- ARAGÓN DONOSO.F. (1982) *Religiosos al servicio de los enfermos*. Instituto Teológico, Madrid.
- ARENDT, HANNAH. (1995) *De la historia a la acción*. Paidos, Barcelona.
- ARENDT, HANNAH. (1996) *La condición humana*. Paidos, Barcelona.
- ARENDT, HANNAH. (1986) *Los orígenes del totalitarismo*. Alianza Editorial, Madrid.
- AUER, A. (1970) *El cristiano en la profesión*. Barcelona, Herder.
- AYUSO MURILLO, D. Y GRANDE SELLERA, RF (2007) *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Ed Díaz de Santos, Barcelona.
- BACHOFEN, J. J. (1967) *Myth, Religion and Mother Right*. Bollingen Series, Princeton.
- BADINTER, B. (1993) *XY La identidad masculina*. Alianza Editorial, Madrid.
- BALL, STEPHEN J. (1987) *La Micropolítica de la escuela. Hacia una teoría de una organización escolar*. Paidos, Barcelona.
- BARNARD, CHESTER. (1968) *The Functions of Executive* Harvard University press, Cambridge, Mass.
- BATESON, GREGORY. (1958) *Naven* Stanford, California.
- BATTU H., BELFIELD C.R., SLOANE P.J. (2004) *Human capital spillovers in the workplace: evidence for the service sector in Britain*. *International Journal of Manpower*, Vol.25 nº1 (123-138).
- BELMONT, N. (1989) *Superstición y religión popular en las sociedades occidentales*. Júcar, Madrid.
- BENTHAM, J. (1967) *Escritos Económicos*. Fondo de Cultura Económica, México.
- BENTHAM, J. (1991) *Antología*. Península, Barcelona.
- CAJA LÓPEZ. (2004) *Enfermería comunitaria III*. Masson S.A, Barcelona.
- CARPENITO L.J. (2001) *Diagnósticos de enfermería 5ª edición*. Interamericana Mg Graw-Hill, Madrid.
- CASTELLS M. (2001) *La galaxia Internet, Reflexiones sobre internet, empresa y sociedad*. Arete, Madrid.
- CASTELLS M., HIMANEN P. (2003) *La societat de la informació i l'estat del benestar. El model finlandès*. (UOC/Portic).
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE). (2009). *Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores*. Edita : CIE. Ginebra.

- COLLIERE, M. F. (1993) Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados enfermeros. Interamericana Mc Graw, Madrid.
- COLLIERE, M. F. (1982) Promouvoir la vie. De les pratiques des femmes soignantes aux soins infirmières Inter editions, Paris.
- COMAS D'ARGEMIR D. (2000) *Mujeres, familia y estado del bienestar*. en Valle del T (edit) Perspectivas feministas desde la Antropología Social. Ariel, Barcelona.
- CRESSWELL, Y GODELIER.(1981) Útiles de encuesta y de análisis antropológico. Fundamento, Madrid.
- CRUZ, MANUEL, DELGADO MANUEL. (2005). Pensar por pensar. Aguilar, Madrid.
- CRUZ, MANUEL. (1999) Hacerse cargo. Paidós, Barcelona.
- CRUZ, MANUEL. (1995) A quien pertenece lo ocurrido. Paidós, Barcelona.
- DE MIGUEL, J. M. RODRÍGUEZ, J. (1990) Salud y poder. Centro de investigaciones sociológicas C. I. S, Barcelona.
- DE PERETTI, CRISTINA. (1989) Jacques Derrida Texto y deconstrucción. Antrophos, Barcelona.
- DERRIDA, JACQUES. (1977) Posiciones Pre-textos, Valencia.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. (1989) *La percepción del cuidar*. REVISTA ROL de enfermería 127; 24-25. Barcelona.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. RODRIGUEZ, DE MIGUEL. J. (1983) Sociología y enfermería. Pirámide, Madrid.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. (1992). *Dimensiones del cuidar sanitario*. (Documentación de créditos de doctorado). UNIVERSITAT DE BARCELONA. Dept Sociología de las organizaciones. Barcelona.
- DOUGLAS, M. (1973) Pureza y peligro. S. XXI, Madrid.
- DOUGLAS, M. (1978) Símbolos naturales, exploraciones en cosmología. Alianza, Madrid.
- DURAN M, A. (1987) De puertas adentro. Instituto de la Mujer. Madrid.
- DURKHEIM, E. (1982) El suicidio. Akal Universitaria, Barcelona.
- DURKHEIM, E. (1971) Las formas elementales de la vida religiosa. Barral, Barcelona.
- DURKHEIM, E. Y MAUSS, M. (1971) De ciertas formas de clasificación. Barral Barcelona.
- ECO, U. (1982) Como se hace una tesis. Gedisa, Barcelona.
- ENGELS, F. (1970) El origen de la familia la propiedad privada y el Estado. Ed Fundamentos, Madrid.
- FABREGAT, E. (1978) Cultura, Sociedad y Personalidad. Promoción Cultural, Madrid.
- FAWCETT, J. (1995) Conceptual Models of Nursing. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- FDEZ PIERA, J. M. (1962) El kempis del enfermo. Atenas, Madrid.
- FERNANDEZ, BUEY, N. (1992) La ilusión del Método. Crítica, Barcelona.
- FIRESTONE. S. (1973) The dialect of Sex. The case for feminist Revolution. Pladin, Londres.
- FOUCAULT, M. (1966) El nacimiento de la clínica. siglo XXI, Madrid.
- FOUCAULT, M. (1993) El orden del discurso. Tusquets, Barcelona.
- FOUCAULT, M. (1995) Un diálogo sobre el poder. Alianza, Madrid.
- FOUCAULT, M. (1983) Las redes del poder. Almagesto, Buenos Aires.
- FROMM, ERICH. (1994) El miedo a la libertad. Paidós, Barcelona.
- FUNDACIÓ CIREM; INSTITUT CATALÀ DE TECNOLOGÍA. (2000) Economía y trabajo en la sociedad del conocimiento. Cirem, Barcelona.
- GADAMER, HANS GEORG. (1996) El estado oculto de la salud Gedisa, Barcelona.
- GADAMER, HANS GEORG. (1992) El giro hermenéutico. Gedisa, Barcelona.
- GADAMER, HANS GEORG. (1990) Verdad y método. Gedisa, Barcelona.

- GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA DE JESÚS. (2002) El proceso de enfermería y el modelo Virginia Henderson. Ed progreso, SA de CV. México.
- GARCÍA MARTÍN-CARO, C Y MARTÍNEZ MARTÍN, M. L. (2007) Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. MMI Elsevier, SA, Madrid.
- GEERT, C. (1989) El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona.
- GEERTZ, C. (1990) La interpretación de las culturas. Gedisa, Barcelona.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. (1988) Més enllà del Silenci: Les dones a la Història de Catalunya. Comissió Interdepartamental de Promoció a la Dona, Barcelona.
- GIDDENS, ANTHONY. (1996) El capitalismo y la moderna teoría social. Ed Labor, Barcelona.
- GIDDENS, ANTHONY. (1991) Sociología. Alianza Universidad, Madrid.
- GIL CALVO, E (1991) La mujer cuarteada. Anagrama, Barcelona.
- GORZ, A. (1980) Ecología y Política. El Viejo topo, Barcelona.
- GUILLEN, MAURO F. (1990) Profesiones y burocracia: Desprofesionalización, proletarización, y poder profesional en las organizaciones complejas. REIS nº 51: 35-51. Documentación créditos doctorado en ciencias sociales y salud (1992).
- HENDERSON, V. (1984) Principios básicos de enfermería Ponencia CIE Israel Congreso Internacional de enfermería. Tel Aviv, Israel.
- HENDERSON V. (1994). La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid.
- IRANZO, J. (2003). Globalización y nueva economía. Instituto de Estudios Económicos. Madrid.
- IRIGARAY, LUCE. (1994) Amo a ti. Icaria, Barcelona.
- IZARD, J. SMITH, P. (1989) La función Simbólica. De Júcar, Barcelona.
- KAY MARTIN, M. Y VOORHIES, B. (1978) La mujer un enfoque antropológico. Barcelona, Anagrama.
- LEDESMA, M^a DEL CARMEN. (2004). Fundamentos de enfermería. Ed Limusa, México.
- LEININGER, M. (1985) Transcultural care, diversity and universality. Charles Black, New Jersey.
- LEININGER, M. (1984) The essence of Nursing and Health. SlaK. New Jersey.
- LEONARD, S. (1977) Les mèdecins et les soignants. S. Annales, Paris.
- LÉVI STRAUSS, J CLAUDE. (1987) Antropología Estructural. Paidos, Barcelona.
- LEVI-STRAUSS, J CLAUDE. (1998) Las estructuras elementales del parentesco. Paidós. Barcelona.
- LEYVA-MORAL, JUAN M. (2007). Silencio organizacional. Revisión bibliográfica de las razones y consecuencias del silencio en el trabajo, REVISTA FUNDACIÓN INDEX, v16 n57, Granada.
- LILLO CRESPO, M. (2002) *Antropología, género y enfermería contemporánea*. REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, : 25(12): 56-62, Barcelona.
- LOPEZ IZUEL, C. (2005) Cuidados enfermeros. Ed Masson, Barcelona.
- LORITE MENA, J. (1987) El orden femenino origen de un simulacro cultural. Anthropos, Barcelona.
- Luis Rodrigo, M^a Teresa. 2004 Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson, Barcelona.
- LYOTARD, J.F. (1999) La posmodernidad (explicada a los niños). Gedisa, Barcelona.
- LLOBERA, J. (1990) La identidad de la antropología. Anagrama, Barcelona.
- MARRINER TOMEY, A. (2009) Guía de gestión y dirección de enfermería. Ed. Elsevier España, SL, Barcelona.
- MARTINES, VEIGA UBALDO. (1995) Mujer, trabajo y domicilio. Icaria, Barcelona.
- MATAIX, SUSANA. (1999) Matemática es nombre de Mujer. Rubes, Barcelona.
- MEAD, MARGARET. (1972) Símbolos Naturales. Alianza, Madrid.

- MEDINA, J.L. (2005) Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- MOORHEAD, S. Y JOHNSON, M. (2006) Clasificación de resultados de Enfermería. Ed. Elsevier España, SL, Barcelona.
- NIGHTINGALE, F. (1995) Notas sobre enfermería, Qué es, qué no es. Masson-Salvat, Barcelona.
- OMS, (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el sXXI. OMS, Madrid.
- ORLANDIS, J.(1959) La vocación cristiana del hombre de hoy. Rialp, Madrid.
- OSBORNE, RAQUEL. (1993) Construcción Sexual de la realidad. Madrid, Ed Catedra.
- PARSONS TALCOTT. (1960). Structure and process in modern societies. Free Press. New York
- PINEAULT, M.RAYNALD; DAVELUY, CAROLE. (1989) La planificación Sanitaria. Masson, Barcelona.
- PERROW, CHARLES. (1991) Sociología de las organizaciones Mc Graw-Hill inc, Madrid.
- PONS, IGNASI. (1993) Programación de la investigación social. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- POPPER, KARL. (1994) La lógica de la investigación científica. Tecnos, Madrid.
- PRITCHARD, E. (1977) Los Nuer. Anagrama, Barcelona.
- POVERA, P.(1959) Vive tu vocación. Herder, Barcelona.
- RIOPELLE, LISE, E.A. (1993). Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- RIVERA, MARIA MILAGROS. (1994) Nombrar el mundo en femenino. Icaria, Barcelona.
- RORTY, RICHARD. (1995) La filosofía y el espejo de la naturaleza. Catedra, Madrid.
- RODRÍGUEZ, JOSEP A, BOSCH, JOSEP LLUÍS C, E.A. (2005). Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones del estudio sociológico 2004. Col-legi oficial d'infermeria de Barcelona.
- Santos Heredero, Francisco Xavier Rodríguez Arias, Carlos A. Rodríguez Ballesteros, ROSARIO. (2004). Metodología básica de investigación en enfermería. Díaz de Santos, Barcelona.
- SAVATER, F. (1999). Las preguntas de la vida Ariel, Barcelona.
- STAUDINGER, J. (1955). Esposas del Señor Ejercicios Espirituales para religiosas. Herder, Barcelona.
- TERRADES, IGNASI. (1969) Antropología del campesino catalán. Ed. Redondo, Barcelona.
- TETHERY, BRUCE, Y HOWELLS, JEREMY. (2004). Innovation in service: Issue at stake and trends. Study for DG Commission of the European Communities
- TONER P, MARCEAU J. (2004) Innovation agents : vocational education training skills and innovation in Australian industries and firms. Formal report NCVET, Sydney.
- TORRENS CLARA. (2008) Formació i empreses innovadores de la formación tradicional a la economía del conocimiento. Vespella de Gaià sin ISBN, Tarragona.
- URIBE JARAMILLO TM. (2002) La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. Investigación y Educación en Enfermería. Disponible en <http://tone.udea.edu.co/revista> [Consultado el 20.02.2004].
- VATIMO. G. Y OTROS. (1994) En torno a la posmodernidad. Antrhopos, Barcelona.

- VILASECA J., TORRENT J. (2004) Principis d'economia del coneixement. Ed. UOC, Barcelona.
- VIVAS LLORENS, E. (1976) El concilio de la sabiduría. Balmes, Barcelona.
- WEBER, M. (1985) La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Península, Barcelona.
- WHITAKER, REG .(1999) El fin de la privacidad. Paidós, Barcelona.
- ZEUS I SKIFFINGTON. (2004) The complete guide to coaching at work. McGraw-Hill Education. New York.