



# **HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN DE LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA. ANÁLISIS CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

CONCHA GERMÁN BES



**T E S I S   D O C T O R A L**

**HISTORIA DE LA INSTITUCION DE LA ENFERMERÍA  
UNIVERSITARIA. ANALISIS CON UNA PERSPECTIVA  
DE GENERO**

**Concha Germán Bes**

Universidad de Zaragoza

28 Junio 2006

DL: Z-3617-2007  
ISBN: 978-84-7733-955-7

Mi mas profundo agradecimiento a todas las personas que de diversas formas han colaborado en la elaboración de esta tesis, bien de una forma concreta y práctica o con su apoyo moral.

A Consuelo Miqueo, cuya dirección técnica y humana ha sido extraordinaria en todo el tiempo de trabajo de esta tesis ya que, a lo largo de estos tres años, ha sido una “maestra” en el sentido más amplio de la palabra, gracias a su dirección he logrado combinar técnicas históricas, antropológicas y documentales. Con ella he aprendido el rigor de la investigación, disfrutado con los debates conceptuales de género y reforzado sobre el valor de la Historia en la formación humanística de los estudiantes universitarios. Su disponibilidad, apoyo y ayuda han sido inestimables.

A la Fundación Index y su equipo que en todo momento me han facilitado todo su apoyo funcional. Mención especial quiero hacer de Alberto Gálvez, Maria Campos y Manuel Amezcua, por su gran dedicación a los temas de documentación y a la creación y gestión de la base de datos “Cuiden”. Su consulta me ha permitido realizar una parte importante de esta tesis.

A todas las enfermeras y enfermeros que han colaborado como informantes y me han ofrecido de forma generosa parte de su tiempo y dedicación para poder reconstruir una parte de la Historia de la profesión enfermera, pero sobre todo me han brindado su imagen de si desde el otro lado del espejo y con ella retazos de su vivir la vida.

A todas las personas que tan desinteresadamente me han facilitado información y documentos, especialmente a Ascensión Falcón y Mercedes Blasco (Universidad de Zaragoza), Isabel Gentil (Universidad Complutense de Madrid), Epifanio Fernández (Universidad Europea de Madrid), Carlos Álvarez Nebreda (Investigador autónomo), Fabiola Hueso (Enfermera Comunitaria de Cortés de Navarra), Encarna Gascón (Universidad de Alicante).

A las bibliotecarias y bibliotecarios de la Escuela de Ciencias de la Salud, del SIEM y de la Facultad de Medicina, que me han ayudado a localizar los documentos.

A Victoria Arbonés, Oscar Sobreviela, Asun Santesteban y Règine Illion, que me ayudaron en la transcripción de las grabaciones con esmero, orden y paciencia.

A Paco León, director de mi Escuela, que además de su comprensión y ánimo a la pasión por la Historia, ha dado facilidades “informales” para mi investigación que ojalá se trasformen pronto en formales u oficiales por las autoridades académicas de la Universidad de Zaragoza.

A todos mis seres queridos a los que les he dedicado menos tiempo de vida conjunta y me han apoyado en todo momento de una u otra manera mis padres, mis compañeros y compañeras del despacho de Comunitaria, el equipo del Santuario Nuestra Señora de Magallón (Leciñena), a los amigos y amigas de siempre. Y de manera especial a Enrique que ha leído parte del manuscrito, ha compartido la última e intensa etapa de esta tesis y siempre me ha infundido el ánimo y la confianza necesarios.

## ABREVIATURAS

- ABIC: Associació Balear d'Infermeria Comunitaria.
- ACAMEC: Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria. Creada en 1994
- ACENDIO: Asociación Europea para Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes en Europa
- AEC: Asociación de Enfermería Comunitaria. Creada en 1994.
- AECC: Sociedad de Enfermería Comunitaria Cantabra. Creada en el 2003
- AECA: Asociación de Enfermería Comunitaria Aragonesa. Creada en 2004.
- AEED: Asociación Española de Enfermería Docente. Creada en 1978.
- AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería
- AIFICC: Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. Creada en 1996
- ANECA: Agencia Nacional para la Evaluación de la Enseñanza Académica.
- ASANEC: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Fundada en 1997.
- ATS: Ayudante Técnico Sanitario. Programa de estudios de la enfermería española entre 1953-1977
- BOA: Boletín Oficial de la Comunicada Autónoma Aragonesa.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- BOJA: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- CENIDE: Centro de Educación Médica
- CI: Comisión Interministerial que realizó la reforma de los estudios universitarios de enfermería en 1977.
- CIE: Consejo Internacional de Enfermería. Su sede está en Ginebra. Fundado en 1898.
- CNPT: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo
- ECTS: *European Credit Transference System*. Crédito europeo que supone entre 25 y 30 horas de trabajo del estudiante.
- EIR: Enfermera/o Interno Residente que realizan la especialidad.
- GRD: Grupos relacionados con el diagnóstico.
- FAECAP: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.
- INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.
- LLL o ALV: *Long Life Learning* o Aprendizaje a lo largo de la Vida. Es la formación continuada obligatoria y reglada para la actualización profesional.
- LOU: Ley de Ordenación Universitaria del 2004
- LRU: Ley de Reforma Universitaria de 1984
- MEC: Ministerio de Educación y Ciencia.
- NANDA: *Nursing Asociation Nursing Diagnosis American*.
- NIC: *Nursing Interventions Classification*. (1995, *College of Nursing* de la Universidad de Iowa).
- NOC**: *Nursing Outcomes Classification*. La NIC y NOC están enlazados con **NANDA**

NIPE: Proyecto para la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. La entidad responsable de la gestión y ejecución del proyecto es el «Instituto Superior de Acreditación y Desarrollo Profesional de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud» (I.S.E.C.S.). Fundación del Consejo General de Enfermería.

OMI-AP: Programa informático de Atención Primaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud. Pertenece a Organización de Naciones Unidas - ONU-

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Una de las cinco regiones de la OMS.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería, aplicación del método científico a la disciplina enfermera

PPO: Programa de Promoción Obrera de la dictadura franquista.

q.d.g: Que Dios Guarde

SEAPA: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Creada en 1996.

SEAPCyL: Sociedad de EAP de Castilla y León Creada en 1999.

SEAPREMUR: Sociedad Enfermería de Atención Primaria de Murcia se creó en 1989.

SENFYCEX: Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura. Creada en el 2003

SEMAP: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria. Creada en 1997

SET: Suplemento Europeo a Título, que explicará los contenidos formativos universitarios.

SIEM: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza.

SIGNO: Proyecto de contabilidad analítica de las actuaciones enfermeras.

S.M. / s.m: Su Majestad

UCI o UVI: Unidad de Cuidados Intensivos (influencia anglosajona) o Unidad de Vigilancia Intensiva (denominación española inicial)

UCM: Universidad Complutense de Madrid.

## INDICE

INTRODUCCION.....	7
<b>I. CONFIGURACIÓN HISTORICA DE LA ENFERMERIA DOMESTICA, HOSPITALARIA Y COMUNITARIA</b>	
1. HISTORIOGRAFIA E HISTORIA DE LA ENFERMERIA (MASCULINA Y FEMENINA)	
<b>1.1. Los estudios y estudiosos de la historia de la Enfermería.....</b>	<b>21</b>
1. <i>Diversas denominaciones para distintas actividades de cuidado.....</i>	26
2. <i>La imagen del pasado de la profesión en manuales y revistas de enfermería.....</i>	32
3. <i>Las grandes etapas de la enfermería: una periodización epistemológica.....</i>	40
<b>1.2. La historia de las Matronas.....</b>	<b>52</b>
<b>1.3. El inicio de la institucionalización de la enfermería clínica hospitalaria.....</b>	<b>64</b>
1. <i>El contexto internacional inicial.....</i>	64
2. <i>Las primeras escuelas de enfermería en España.....</i>	66
3. <i>Los colegios y asociaciones profesionales, y el Consejo Internacional.....</i>	73
<b>1.4. Evolución histórica de la enfermería comunitaria en España.....</b>	<b>75</b>
1. <i>Marco histórico internacional de la Salud Pública.....</i>	76
2. <i>Antecedentes de la atención domiciliaria y de las enfermeras visitadoras.....</i>	86
3. <i>Un enlace entre familia y médico.....</i>	92
2. NUEVO MARCO TEORICO: EPISTEMOLOGIAS FEMINISTAS Y TEORIA SOCIAL DE GÉNERO.	
<b>2.1. Epistemologías feministas.....</b>	<b>109</b>
<b>2.2. Teoría social del género.....</b>	<b>117</b>
<b>2.3. El género, un organizador de las profesiones sanitarias.....</b>	<b>138</b>
<b>2.4. La crítica al androcentrismo del saber científico y valor del saber femenino .....</b>	<b>144</b>
3. GÉNERO Y SOCIALIZACION PROFESIONAL EN ENFERMERIA	
<b>3.1. Historia de las tareas de cuidado desde el punto de vista de género.....</b>	<b>157</b>
<b>3.2. Estereotipos de género en los cuidados de salud.....</b>	<b>163</b>
1. <i>En los manuales de enfermeras y enfermeros.....</i>	168
2. <i>En los manuales de matronas.....</i>	173
3. <i>La socialización de la subordinación en los reglamentos e internados.....</i>	174
4. <i>Reflexiones sobre desigualdad de género.....</i>	176

## II. ANALISIS DEL PROCESO DE INSTITUCION DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA

### 4. EL PROCESO HISTORICO: PROTAGONISMO DE LAS MUJERES EN LA INSTITUCION DE LA ENFERMERIA MIXTA (1977-2004)

<b>4.1. El contexto legal y sociolaboral del cambio.....</b>	<b>194</b>
1. <i>Ley de Educación de Villar Palasí (1970).....</i>	194
2. <i>Movilización de las “batas blancas” y la Coordinadora (1976).....</i>	202
<b>4.2. Grandes etapas de la enfermería universitaria.....</b>	<b>209</b>
1. <i>Formación de formadoras y primeras publicaciones científicas (1975).....</i>	213
2. <i>Las Escuelas Universitarias (1977).....</i>	225
3. <i>La enfermería en la convergencia europea: proyecto Tuning (2003).....</i>	233
<b>4.3. Autonomía profesional.....</b>	<b>241</b>
1. <i>Identidad y denominación profesional.....</i>	242
2. <i>Los diagnósticos enfermeros, NIC, NOC, NIPE.....</i>	250
3. <i>Producción y difusión de la información científica: Fundación Index.....</i>	258
<b>4.4. La Organización Colegial.....</b>	<b>261</b>
1. <i>Los conflictos iniciales.....</i>	262
2. <i>La convalidación de las enfermeras.....</i>	266
3. <i>La organización colegial actual.....</i>	269
<b>4.5. Espacialismo: Institución de la Enfermería Comunitaria.....</b>	<b>270</b>
1. <i>La Enfermería Comunitaria en la Transición Democrática (1977-1984).....</i>	270
2. <i>Enfermería comunitaria, Atención Primaria, Ley de Sanidad (1985-1999).....</i>	278
3. <i>Asociacionismo en Enfermería Comunitaria.....</i>	295
4. <i>La especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria.....</i>	301

### 5. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA: ANALISIS DE RELATOS DE VIDA PROFESIONAL DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS (1952-2005)

<b>5.1. Introducción, Material y Métodos.....</b>	<b>309</b>
1. <i>Selección de la Población.....</i>	194
2. <i>Contexto de la observación.....</i>	202
<b>5. 2. Resultados y Discusión de los Discursos.....</b>	<b>318</b>
1. <i>La motivación. Por qué elegir enfermería.....</i>	319
2. <i>Las fuentes del saber: el aprendizaje académico y el profesional.....</i>	322
3. <i>Imagen de la enfermera y el enfermero.....</i>	327
4. <i>La Promoción de la salud y los cuidados invisibles.....</i>	319
5. <i>El reconocimiento y apoyo.....</i>	336
6. <i>Género explícito.....</i>	354
7. <i>Poder explícito.....</i>	358
8. <i>Innovación.....</i>	365
<i>En el ámbito hospitalario.....</i>	366
<i>En el ámbito de la Atención Primaria.....</i>	368
<i>Innovaciones profesionales.....</i>	370
<i>Innovaciones para investigación.....</i>	370
<i>Innovaciones docentes.....</i>	371
<i>Experiencias en el extranjero.....</i>	373
<i>Alianzas cuidadoras.....</i>	376
9. <i>El futuro real y soñado.....</i>	377



6. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA COMUNITARIA: ANALISIS DE LA PRODUCCION CIENTIFICA (1980-2004)

<b>6.1. Introducción, Material y Resultados Cuantitativos.....</b>	<b>383</b>
<b>6.2. Etapa inicial: 1977-1984.....</b>	<b>391</b>
<b>6.3. Etapa de reformas sanitarias radicales: 1985-1999.....</b>	<b>395</b>
1. <i>Publicaciones extranjeras y españolas.....</i>	396
2. <i>Primeros manuales de salud pública y enfermería comunitaria.....</i>	398
3. <i>La Consulta de enfermería.....</i>	398
4. <i>Educación y Promoción de Salud.....</i>	404
5. <i>Atención domiciliaria.....</i>	406
6. <i>Técnicas enfermeras.....</i>	409
7. <i>Diagnóstico enfermero.....</i>	412
8. <i>Trabajo en equipo. Relaciones enfermeras y médicos.....</i>	415
9. <i>Enseñanza, formación.....</i>	418
10. <i>Investigación.....</i>	425
11. <i>Satisfacción Profesional.....</i>	431
<b>6.4. Etapa de la consolidación profesional: 2000-2004.....</b>	<b>433</b>
1. <i>Obras colectivas de referencia y manuales.....</i>	434
2. <i>La enfermería de salud familiar y comunitaria.....</i>	435
3. <i>Registros y diagnósticos enfermeros informatizados.....</i>	443
4. <i>Atención a población inmigrante.....</i>	446
5. <i>La formación académica.....</i>	447
6. <i>Investigar ahora.....</i>	451
7. <i>Satisfacción profesional y demanda de la especialidad.....</i>	458
<b>6.5. Legislación y Reformas del Modelo de Atención Primaria.....</b>	<b>460</b>
1. <i>Reflexiones enfermeras sobre la Atención Primaria.....</i>	461
2. <i>Mas innovaciones y retos.....</i>	468
7. CONCLUSIONES.....	477
8. BIBLIOGRAFIA	
<b>8.1. Fuentes Bibliográficas.....</b>	<b>487</b>
<b>8.2. Fuentes de Archivo: literatura gris y fuentes orales.....</b>	<b>519</b>
<b>8.3. Bibliografía Crítica .....</b>	<b>527</b>
9. ANEXOS.....	559
10. INDICE DE TABLAS, FIGURAS, CUADROS Y GRAFICOS.....	581

## **INTRODUCCION**

Los cuidados enfermeros o acciones enfermeras inherentes al hecho de cuidar son en gran medida intangibles e invisibles, ya que acompañar, facilitar, ayudar, brindar afecto son acciones que siempre han estado asociadas a los cuidados y son las que nos hacen esencialmente humanos. Sin embargo, en la etapa del positivismo y la tecnociencia han quedado prácticamente fuera del campo de estudio como se refleja en la bibliografía internacional relacionada con el tema. La labor enfermera se considera una extensión del trabajo doméstico, del cuidado atribuido de forma mayoritaria a las mujeres. De lo que se derivan al menos tres consecuencias relevantes que han constituido los ejes de esta investigación: 1) su consideración social está en estrecha relación con la valoración que la sociedad haga del trabajo doméstico; 2) se considera una profesión “femenina” a la que se le adjudican valores de género más que cualidades técnicas y profesionales neutras y universales; y 3) ha motivado escaso interés en el feminismo académico porque su asociación al ámbito doméstico le hace poco atractiva cuando eso es precisamente lo que se pretende superar para asegurar su profesionalidad.

Plantearse el enfoque de género en una profesión mayoritariamente femenina se ha hecho necesario, cuando no imprescindible, para comprender la situación actual. Nos proporciona un marco de análisis idóneo para diseccionar los conceptos y relaciones que pueden explicar algunos de los problemas de la profesión enfermera, tales como la caída de la vocación enfermera en los países occidentales, el abandono profesional, y el “malestar” de las enfermeras. Problemas enfermeros que tienen consecuencias sociales, el más importante de los cuales es la falta de enfermeras en los países desarrollados, aunque no lo sea todavía en nuestro país. Algunos estudios asocian esta carencia con la falta de reconocimiento y la baja autonomía profesional. Lo cierto es que los paradigmas enfermeros (Marriner 1982, Colliere 1984, Poletti 1988, Kerouac 1996), pese a haber producido numerosas publicaciones sobre teorías y modelos de cuidados en la segunda mitad del siglo XX, han tenido poco impacto en las ciencias en general, en el sistema sanitario en particular, e incluso entre las propias enfermeras y enfermeros. Esto puede ser debido a una falta de información, pero también a lo que algunas autoras feministas interpretan como la falta de autoridad femenina. Así, historiadoras y

enfermeras historiadoras descubrieron hace poco que hubo mujeres intelectuales o mujeres que han viajado mucho a lo largo de la historia y mujeres como las beguinas o beatas que organizaron una asistencia domiciliaria. Pero, ¿cuántas mujeres y enfermeras conocen esta genealogía, estas experiencias de poderío intelectual, simbólico o terrenal? Posiblemente se deba a una mera falta de información o de formación, pero bien podría ser que no estemos dando suficiente valor a estas investigaciones, a este conocimiento existente.

La progresiva incorporación de enfermeras a los estudios de doctorado por los caminos de la Antropología, Psicología, Sociología, Historia o desde la propia disciplina enfermera, ha generado preguntas tales como: ¿es la enfermería una ciencia?, o bien, ¿es un área disciplinar o una profesión sin disciplina? Para las enfermeras, bien sea desde el ámbito intelectual o del asistencial, está clara la aportación teórica a la práctica enfermera en los cuidados de salud. En cambio, a los médicos hegemónicos y a bastantes médicas y a otras élites profesionales del ámbito de la salud y otras académicas les produce reacciones de perplejidad, del tipo de ¿qué pretenden las enfermeras?, ¿para qué quieren doctorarse?, ¿hasta dónde vamos a llegar? Por ejemplo, en el curso 2003-04, un profesor invitado en la materia de Sociología de la Salud del Título Propio “Segundo Ciclo de Ciencias Sanitarias: Enfermería” de la Universidad de Zaragoza provocó una acalorada discusión al expresar que las ATS eran meros auxiliares de los médicos. Parte del alumnado abandonó el aula y los que permanecieron explicaron que este señor estaba obsoleto ya que desde 1979 somos Diplomados en Enfermería. El profesor invitado es médico en un hospital clínico y trabaja a diario con enfermeras y enfermeros.

Las enfermeras se sienten poco reconocidas en su trabajo, sobre todo por las Instituciones (Martin 1978:231-7; Colegio de Médicos 2005:37) y tienden a tener falta de confianza en su propio pensamiento enfermero, en su propio saber enfermero. Es un escalón más de la tradicional creencia de que las enfermeras, por el hecho de ser mujeres, no deben pensar sino que deben “observar al paciente, transmitir lo observado y ejecutar las órdenes médicas”, en palabras del profesor Segovia de Arana, asesor de la Comisión Interministerial para la reforma del Plan de Estudios de ATS en 1976, un perfil profesional por el que dicho médico, director de la Clínica Puerte de Hierro de Madrid, justificaba su propuesta de que enfermería no se convirtiese en una carrera universitaria. Un valor profesional extendido como

reflejan las palabras de otro varón, insigne médico como era el Profesor Matilla, Secretario Perpetuo de la Real Academia de Medicina de Madrid y director de la Escuela de ATS Masculino de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, quien durante el curso 1979/77 expresó públicamente: “Necesito un médico para dar clases a los ATS, bueno cualquiera sirve, es para los ATS” (APCGB)

En los cursos y los grupos de estudios multidisciplinares de género es donde las enfermeras hemos encontrado una actitud diferente, nos hemos sentido escuchadas y respetadas al expresar el pensamiento enfermero. No es de extrañar pues que esta investigación sea fruto del trabajo realizado en estos espacios de libertad académica. Seminarios e Institutos Universitarios de Estudios de las Mujeres que han fomentado el trabajo cooperativo y están dando luz en diversos campos de la ciencia donde se ignoraba la contribución de las mujeres.

Mi formación inicial como enfermera especializada en salud mental y la posterior formación antropológica recibida, me proporcionan los instrumentos metodológicos e intelectuales para describir y significar el fenómeno sociocultural de este estudio. Por otra parte, mi formación en salud pública y mi ya larga experiencia docente iniciada en la Universidad Complutense de Madrid en el curso 1976-77, me colocan en una posición privilegiada, y más comprometida, como observadora del proceso; un proceso en el cual he participado como parte del mismo –como “un actor” en el sentido sociológico del término- pero dotada de las herramientas metodológicas y conceptuales de la disciplina antropológica que no comprometen la necesaria objetividad y rigor de una investigación científica humanística. Especialmente relevantes para ese trabajo de “reflexión” han resultado los cursos de doctorado *Género, Salud y Ciencia*, y *Documentación científico-médica* del programa de Doctorado interdepartamental “Salud, Medicina y Sociedad”, el curso *Investigación con fuentes orales* del programa “Estudios sobre Aragón”, como parte importante de mi formación investigadora en el campo social de la salud y el XIII Simposio de la Sociedad Española de Historia de la Medicina: “Biografías médicas: una reflexión historiográfica”.

Antecedentes de mi interés por la perspectiva de género es mi pertenencia, con desigual dedicación, a diversos Seminarios de Estudios de la Mujer. Primero en la Universidad Autónoma de Madrid, dirigido por M<sup>a</sup> Angeles Duran en los año

ochenta, donde conocí su obra pionera *De puerta adentro*, en la que se reflejaban las diferencias de tiempo de hospitalización (menor para las mujeres) entre hombres y mujeres en iguales procesos patológicos, siendo la crianza –hoy decimos “mandato de género”- lo que diferencia a madres y padres. De esta primera época datan mis primeros balbuceos y reflexiones escritas. Una segunda época fue la del Seminario, hoy Instituto de la Mujer de la Universidad de Granada, que me permitió participar con el grupo de salud coordinado por la profesora de Historia de la Medicina Teresa Ortiz Gómez, donde tuve ocasión de conocer las diversas investigaciones sobre linajes, participación de las mujeres en la Ciencia y los malestares de las mujeres de un barrio de Granada publicado por Isabel Fernández en su libro *Entre el dolor de espalda y la tristeza* a principios de los noventa. La época actual comenzó con mi retorno a la Universidad de Zaragoza en la que me incorporé a trabajar como profesora a tiempo parcial, y el comienzo del Seminario de Estudios de la Mujer (SIEM) en el curso 1994-95. Por diversas razones laborales y familiares mi participación ha sido discreta, si bien el hilo conductor han sido las Jornadas bianuales de Género y Ciencia, y luego de Género y Salud organizadas desde 1997. En estas Jornadas conocí a la profesora Consuelo Miqueo, mi directora, y es donde entablamos fructíferos debates sobre género, historia de la ciencia, métodos cualitativos de investigación, que han dado lugar a una rica relación intelectual que fraguó en los dos cursos de doctorado en los que ha sido mi tutora. Mi tendencia a la dispersión, dado que suelo tener simultáneamente varios temas de sumo interés, ha encontrado en su persona un apoyo inconmensurable que ha logrado, no sin esfuerzo y espero que con cierto éxito, encarrilar esta investigación. Su dirección tiene dos grandes aportaciones: una conceptual, al haber dirigido mis lecturas, inquietudes y organizado académicamente mi pensamiento sobre género y enfermería, y otra, su inestimable ayuda operativa con los programas y técnicas de documentación, imprescindibles hoy para manejar importantes volúmenes de información a las que la tecnología nos permite acceder.

Las hipótesis que nos hemos formulado en esta investigación son las siguientes:

1. Una profesión es una ocupación u oficio socialmente privilegiada debido al universalismo de su saber, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación hacia la colectividad. Los indicadores sociales de la posición social profesional de la enfermería serían, como en las demás, la aparición de una

organización profesional que vela por sus intereses (colegios profesionales), la institución legal del proceso de socialización (titulación académica), la delimitación de una zona de actividad profesional autónoma y la creación de medios de comunicación del saber generado (revistas).

2. La socialización diferenciada de mujeres y hombres afecta de forma directa a las enfermeras en tanto en cuanto su papel de madre y esposa se proyecta en el trabajo hospitalario en un contexto patriarcal donde el papel médico se ejerce de forma hegemónica. Esto da lugar a relaciones de desigualdad y no de cooperación entre profesionales que además se nombran en su genérico como “médicos” y “enfermeras”.

3. El papel de cuidadora de la mujer, que en el ámbito doméstico es gratuito y amoroso, se trasladó al hospital quirúrgico moderno de principios del siglo XX con un doble valor de subordinación: las enfermeras debían seguir siendo generosas y abnegadas, por un lado, y por otro, auxiliares y cómplices de los médicos y de sus directos colaboradores, los practicantes.

4. El papel subordinado de la enfermera está en crisis, como está en crisis la subordinación de las mujeres a los hombres. La generación de unos nuevos modelos de relación de género todavía incipientes da lugar a malestar e influye en las vocaciones de las nuevas generaciones que, a su vez, tienen otras oportunidades laborales.

5. El estrés vital que ahonda y oculta la soledad de las enfermeras está causado por los desplazamientos automáticos entre las demandas de un trabajo afectuoso de cuidados y otro (en un mercado capitalista) de trabajo jerárquico, androcéntrico y precario; un continuo desplazamiento simbólico que escinde la vivencia de sus días y sus noches, entre incompatibilidades no sólo de espacio-tiempo sino de ritmos, valores y disposiciones anímicas.

6. Las enfermeras españolas han trabajado activamente por la sanidad pública y por lograr un espacio en sistema de salud y en el educativo desde principios del siglo XX, buscando sus propios espacios de investigación que el sistema académico les ha negado. Esta historia constituye una genealogía o memoria profesional de valor identitario en la actualidad.

7. La sociedad aumenta su cultura de salud por la acción profesional de las enfermeras comunitarias, que a su vez se sienten reconocidas por las familias y en menor medida por las instituciones.

8. Algunos enfermeros comienzan a reconocer el valor de los cuidados expresados teóricamente por enfermeras, sin embargo no hay un crecimiento sostenido del número de hombres en la profesión ni un progresivo incremento del discurso del cuidado en su producción científica.

De acuerdo con los supuestos anteriormente explicitados y estas hipótesis nucleares se ha realizado la investigación utilizando metodología cuantitativa y cualitativa, y técnicas historiográficas, antropológicas, sociológicas y documentales para la selección y tratamiento de tres tipos básicos de fuentes de información o material de estudio. Se ha recurrido a la información bibliográfica para analizar la contribución científica y sanitaria de la enfermería; a las fuentes orales para completar la información de la productividad científica y, sobre todo, para perfilar el proceso de definición de la nueva identidad profesional de la enfermería mixta universitaria (además de utilizar las imprescindibles fuentes legales e institucionales de las corporaciones profesionales involucradas en los procesos analizados) En tercer lugar se ha recurrido de un modo muy importante a diversa literatura crítica o secundaria para situar el contexto histórico, discutir o cotejar los datos propios sobre los procesos profesionales, y para fundamentar la tesis clave de esta investigación: que el género es un organizador sociocultural de las profesiones sanitarias.

Los resultados de la investigación se exponen en dos partes. La primera parte plantea el tema en sus orígenes, subrayando el peso de la tradición patriarcal, y discute las herramientas conceptuales necesarias para una nueva intelección del problema, mientras que la segunda parte es un análisis minucioso del proceso de transformación en España de varios oficios del cuidado de la salud segregados por sexos hasta configurar una sola profesión enfermera mixta y universitaria.

El primer capítulo da cuenta de la imagen historiográfica de la enfermería e indaga en la consideración social y papel de enfermeros y enfermeras en los espacios tradicionales del cuidado al enfermo, doméstico y religioso, con especial atención al espacio exclusivamente femenino de las matronas. Finaliza con una reconstrucción de los antecedentes más inmediatos de la institución de la profesión:



la organización de la enfermería hospitalaria y de la enfermería comunitaria en sus contextos internacional y español. El siguiente capítulo es de fundamentos. Se desarrolla la noción de género como categoría de análisis social y científico en el contexto de las epistemologías feministas, y así se justifica por qué decimos que las profesiones sanitarias están esencialmente construidas sobre la diferencia sexual o por qué la ciencia actual y la médica en la que se fundamenta la enfermería es heredera de un saber androcéntrico o de filiación masculina. En particular se desarrolla la teoría social de género aplicada a la construcción de la identidad personal, con especial énfasis en los mecanismos de socialización diferenciada de hombres y mujeres para asumir, o no asumir, labores del espacio doméstico o del público. El tercer capítulo analiza diacrónicamente, a lo largo del último siglo, los diversos mecanismos de socialización utilizados para conseguir la subalternidad de la enfermería a la medicina, desde las normas y valores expresados en los manuales de enfermería hasta el régimen de vida cotidiana de los internados femeninos anteriores a la instauración de la carrera universitaria.

La segunda parte comienza con un estudio histórico de un proceso que duró un cuarto de siglo. Siguiendo el esquema sociológico de la institucionalización profesional se analizan el contexto legal y laboral, los signos de autonomía profesional y la organización colegial y primeras publicaciones periódicas. Se ha buscado mostrar el cambio en su dinamicidad y beligerancia, sin obviar el carácter originario y creativo de un cambio histórico que siempre fue liderado por mujeres. Termina este capítulo analizando el proceso de nacimiento e integración social de una especialidad, la enfermería comunitaria, que representa mejor que ninguna otra la posibilidad real y los efectos positivos de una autonomía profesional siempre disputada y no bien reconocida. Los dos últimos capítulos tienen por objeto definir la identidad profesional; en el primer caso mediante los relatos de vida de un grupo de personas representativas de la diversidad geopolítica, generacional, científica y de género, y en el segundo caso, mediante la revisión sistemática de toda la producción científica de enfermería de este periodo entre 1977 y 2004. Ambos acercamientos proporcionan información valiosa sobre las cuestiones consideradas relevantes: la motivación, el valor de la experiencia profesional y el saber académico en la formación, la valoración social de los cuidados invisibles, la anorexia de poder de las enfermeras o su tradición internacionalista; los factores determinantes de la evolución de la productividad científica y el grado de innovación tecnológica aportado por las enfermeras, el papel de la metodología cualitativa o el

valor del enfermo y de los familiares en sus estudios e investigaciones o su iatrocenismo.

Finaliza la tesis con las conclusiones y la bibliografía. Se desglosa la literatura crítica de las fuentes, distinguiendo entre las fuentes impresas, las orales y las de archivo, correspondientes a literatura gris (procedentes del Archivo Personal de Concha Germán Bes, APCGB). En Anexos se ofrece la relación de las normas legales sobre la profesión y planes de estudios, así como el índice de tablas y gráficos.

Parece conveniente realizar, finalmente, una aclaración epistemológica preliminar debido a la condición transdisciplinar del estudio y a la peculiar interacción sujeto/objeto de investigación que se ha dado en este caso, puesto que la autora del estudio es también coprotagonista de muchos de los hechos investigados, y algunos capítulos se han construido tomando como fuente principal el “corpus” que constituye su archivo personal. Dos características que parecen atender varios de los atributos esenciales del conocimiento científico: universalidad, neutralidad, objetividad y autonomía disciplinar.

Entre los historiadores profesionales, lo biográfico no es tenido en alta estima. Como la historia se ha centrado cada vez más en las estructuras sociales, procesos y coyunturas, la biografía ha resultado cada vez menos defendible intelectualmente. Si los historiadores estudian a los individuos, suele ser simplemente como ilustraciones, estudios de un caso, ejemplificaciones de una tipología. Argumentan que la biografía nunca puede proporcionar más que la visión más sesgada, la muestra más distorsionada del pasado, como si la singularidad de los sujetos los invalidara para la investigación histórica. Pero es precisamente porque la persona es tan evasiva, sujeta a tales cambios en esa negociación constante entre el yo y las circunstancias, que la biografía resulta indispensable a la historia en cualquier época (como se afirma en el dossier editado en 2005 por Miqueo y Ballester *Biografías médicas, una reflexión historiográfica* en la revista *Asclepio*), y también en épocas próximas a la actual. Esto ocurre en esta tesis que ha recurrido de forma complementaria a las fuentes más objetivas y seleccionadas del modo más sistemático, como son las bases de datos bibliográficas de circulación nacional o internacional, junto a las fuentes orales de información más subjetivas como son los

Relatos de Vida profesional, y otras fuentes objetivas pero de discutible significado social como es la “literatura gris” (bien expresiva, sin embargo, de la historia de “los otros”) y subjetivamente seleccionadas. Este es el caso de la rica documentación que constituye el archivo personal de la autora del momento histórico nuclear en esta investigación: el cambio de la titulación profesional de Ayudante Técnico Sanitario -ATS masculino y ATS femenino- en Diplomatura en Enfermería, ocurrido a finales de la década de los setenta, y el inicio de la integración de España en el Espacio Europeo de Educación Superior, en los que la autora fue singular protagonista y representante significativa de diversos órganos de representación colegiada. En lo que tiene de autobiográfico ese “corpus”, afirmamos con Anna Caballé y otros historiadores renovadores que “la autobiografía exige/implica una reflexión donde el sujeto se vuelve objeto para sí mismo, con la objetividad que es posible en la metáfora del espejo. En esta reflexión el autobiógrafo puede verse a sí mismo bien, incluso verse a sí mismo como un sujeto aberrante” como puede leerse en el libro editado por JC Davis e Isabel Burdiel, *El otro, el mismo. Biografía y autobiografía en Europa (siglos XVII-XX)* p. 56 de 2005. El sesgo que introduce esta interacción sujeto/objeto no parece invalidar los resultados, sino enriquecerlos. Puede ser considerado otra variable de análisis y ser objeto, por lo tanto, de discusión. Pero, de acuerdo con la epistemología del punto de vista situado, tan útil en ciencias sociales, habría máxima objetividad posible (“objetividad fuerte”) precisamente cuando se da esa “reflexividad” exigida desde los años 70 por el programa fuerte de sociología del conocimiento científico que representa, por ejemplo, la revista *Social Studies of Science*, una de las de mayor impacto internacional en su campo.

Entre los antropólogos, sin embargo, el debate sobre la condición de objetividad y neutralidad que se exige a los estudios científicos está planteado en otros términos. El “extrañamiento” del sujeto de investigación, su no pertenencia a la cultura objeto de estudio, ha sido un requisito criticado y hoy superado incluso en los estudios etnográficos aplicados a la propia comunidad científica (Latour y Woolgar 1995). El método biográfico y más concretamente el Relato o Historia de Vida, que es una técnica específica de la Antropología Social y Cultural, se estima precisamente porque permite obtener el punto de vista del actor, dejando en un segundo plano la estructura social o las instituciones que lo conforman. Se valora porque da la palabra a los sujetos sociales que, en nuestro caso, serían las enfermeras y enfermeros; unos sujetos de saberes y de prácticas de salud que no

tienen por qué coincidir con los saberes médicos hegemónicos y reflejados en los textos científicos convencionales o en otras “fuentes” profesionales, administrativas y legales. En este sentido, el papel organizador de las propias fuentes de información del sujeto investigador, como ocurre en esta tesis, no resulta nada extraño en Antropología ni exige justificación epistemológica alguna. Mientras que esa misma interacción sujeto/objeto resulta discutible en Historia de la Ciencia y sería casi inaceptable en las investigaciones propias de las áreas científicas biomédicas colindantes a mi actividad docente habitual, o entre los colegas con los que he compartido la formación teórica del Programa de Doctorado interdepartamental “Microbiología, Salud Pública y Sociedad” en el que se inscribe esta investigación.

En cierto modo, la interdisciplinareidad que *de facto* ha exigido esta investigación bien puede considerarse una auténtica experiencia de socialización en la “transculturalidad” entre culturas académicas; un tránsito o un diálogo que no siempre parte de las culturas científico-naturales, y en que Historia o Antropología serían las subordinadas disciplinas emigrantes de la Enfermería o Salud Pública o Pediatría (por nombrar las áreas de mis compañeros cotidianos con quienes comparto despacho). Por supuesto, no sólo la elección y valoración de las fuentes está determinada por esta colocación en el intersticio académico y la práctica del mestizaje disciplinar que ha exigido la tesis y era característica de mi biografía profesional. También se resiente de ese efecto transdisciplinar el estilo literario escueto o la escasez de notas explicativas a pié de pagina y el tipo de citas, el predominio del plano informativo sobre el interpretativo, o el estilo de las referencias bibliográficas (pues entre las biomédicas Vancouver o las Chicago o Harvard usuales en unas u otras disciplinas humanísticas o sociales, hemos optado por la alternativa más económica proporcionada por el programa informático Procite), o, la ausencia de la canónica separación de Resultados y Discusión.

**I. CONFIGURACIÓN HISTORICA DE LA ENFERMERIA DOMESTICA,  
HOSPITALARIA Y COMUNITARIA**

## 1. HISTORIOGRAFIA E HISTORIA DE LA ENFERMERIA (MASCULINA Y FEMENINA)

“En investigaciones recientes sobre las mitologías antiguas, las “Matronae” se representaban en grupos de tres mujeres de diferentes edades, probablemente abuelas, madres e hijas, sentadas con cestos de frutas y panes. Se tiende a pensar que simbolizaban la fertilidad tanto humana como de la tierra” (Enrique Bernárdez, *Los Mitos germánicos*. 2002, pp.147).

Cuidar a los enfermos y heridos ha sido en todas las sociedades una necesidad importante, que se considera por muchos historiadores de la enfermería, función enfermera. La consideración de la profesión y de la disciplina enfermera se han formado tardíamente respecto a otros colectivos con funciones sanitarias como la medicina y la farmacia. Mención especial merece la especialidad de obstetricia y ginecología de la enfermería, o matronería, que ha tenido una evolución profesional y académica propia. En la Baja Edad Media se produjeron importantes transformaciones de las profesiones sanitarias, al realizarse la separación entre la medicina académica y la popular. El aprendizaje empírico se transformó en gremial para sanadores, herbolarios, practicantes y matronas en el medio rural, y en universitario para médicos, cirujanos y boticarios en las urbes. Se inició la reglamentación de cada gremio, a partir de las ordenanzas de cada cofradía<sup>1</sup>.

En los países de cultura católica, el cuidado de los enfermos no fue considerado una verdadera profesión, dado que la atención y consuelo a los enfermos y necesitados era labor de caridad y humildad cristiana propiciada por la Iglesia como vehículo de salvación y como tal, no podía ser reglada ya que se impediría a las gentes sentirse generosas. Así, persistió la norma de que la labor cuidadora fuera realizada por religiosos, o laicos con inclinación religiosa, hasta mitad del siglo XX.

La laicización de médicos, cirujanos y boticarios no se extendió a enfermeras y enfermeros; al contrario, la mayoría de las personas que dedicaron sus cuidados a los enfermos eran religiosas o personas con fuerte componente de deber religioso y de práctica de la caridad cristiana. El concepto de cuidar estuvo, desde entonces, ligado al concepto de caridad, no al de profesión. A la tarea de cuidar ejercida por una mayoría de religiosos y religiosas sin beneficio alguno, se une la asociación de “mujer cuidadora” y por último, y posiblemente por los dos factores anteriores, la tardía existencia de un colegio o cofradía que defendiera los intereses de la enfermería. Todo ello, ha contribuido a mantener el *inconsciente colectivo de la gratuidad del cuidado*, reforzada por el interés de la asistencia a enfermos a cargo de las familias, sin coste económico para el Estado hasta muy entrado el siglo XX.

---

<sup>1</sup> Sobre diversidad asistencial y prácticas sanitarias populares, son relevantes los estudios de: Perdiguero, 1986, pp. 47-66; 1991; 2002, pp. 121-150; 2004, pp. 140-145; y, Zarzoso, 2001, pp. 409-433

Al hacer la revisión de la bibliografía, hemos seguido los criterios que propuso recientemente la profesora Ortiz<sup>2</sup>, una profesional de la historia de la medicina y otras profesiones sanitarias de reconocimiento internacional. Así, se ha realizado una mirada sexuada de los espacios profesionales, las relaciones de poder, jerarquía y autoridad entre hombres y mujeres. Cuáles son los niveles actuales de feminización, conflictos, pactos, rupturas, continuidad, transformación y las definiciones que hacen de la práctica profesional hombres, mujeres e instituciones. Hemos tratado de evitar el riesgo de esencialización y determinismo cultural con frecuencia presentes en los prolíficos aunque todavía poco profesionalizados estudios de la Historia de la Enfermería. Diversos trabajos de Rosa M<sup>a</sup> Alberdi<sup>3</sup> y Zapico ponen sobre la mesa un nuevo marco de análisis y numerosas preguntas que se dirigen a las propias enfermeras.

“Desde sus orígenes las prácticas quirúrgicas y especialidades terapéuticas en manos masculinas siempre han gozado de un enorme reconocimiento social, mientras que las prácticas asistenciales y las tareas de cuidado que tienen a las mujeres como sus principales protagonistas caen con frecuencias en el olvido y el silencio”<sup>4</sup>

¿A qué obedece esa valoración tan asimétrica y sexuada de las tareas?, ¿Cómo se expresan y explican estas diferencias entre hombres y mujeres, entre médicos y enfermeras?. Amezcua<sup>5</sup> añade nuevas preguntas ¿Cómo se expresan los cuidados de salud en aquellos ambientes y lugares donde los profesionales del cuidado no llegaban? ¿Cuál era el nivel de implicación de la mujer en el cuidado doméstico, -lo que hoy llamamos sistema informal de cuidados?

La revisión bibliográfica realizada hasta la fecha comprende artículos obtenidos de las bases de datos Cuiden, del que se han obtenido las principales referencias para este trabajo historiográfico inicial. La búsqueda se ha completado con las bases ISOC e IME que han aportado algunos trabajos sobre la enfermería en la historia de la medicina. El perfil de búsqueda inicial ha sido el de “Historia de la enfermería” AND “género”. No obstante se han revisado las publicaciones hasta el número nueve de la revista *Híades*, específica de Historia de la Enfermería y los manuales de Historia de la Enfermería. La mayoría de ellos se han obtenido de la biblioteca de la Escuelas de Ciencias de la Salud de Zaragoza, del Seminario

---

<sup>2</sup> Ortiz, 2003, p.120

<sup>3</sup> Alberdi, 1997, p.65. y 1999, p. 69.

<sup>4</sup> Zapico, 2003, p.23.

<sup>5</sup> Amezcua, 1995, p.10.



Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza y de la Fundación Index de Granada. El programa *Pro-cite* ha sido de gran ayuda en la gestión de la información bibliográfica.

### 1. 1. Los estudios y estudiosos de la historia de la enfermería

El interés por la historia de la enfermería se puede observar por el incremento del número de publicaciones, especialmente en la década de los 80. El interés por afianzar la identidad de la práctica profesional se generó como consecuencia del cambio en los planes de estudio de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) a la Diplomatura Universitaria de Enfermería. Gracia defendía en 1994 la tesis de que la enfermería se ha constituido como profesión, no concluida, en las últimas décadas. “No es solo una actividad técnica, sino algo más, una actitud social y humana no fácil de definir”<sup>6</sup>. En la base de datos Cuiden hasta diciembre de 2003 se encontraron 812 referencias bibliográficas, distribuidas entre las revistas de carácter general que publican artículos de Historia desde sus inicios, como es el caso de *Rol* desde 1978 y, en menor medida, *Enfermería Clínica* y *Enfermería Científica*. En los noventa nacieron: *Index* 1992, revista de humanidades. *Híades* 1994, íntegramente dedicada a la Historia de la Enfermería y, *Cultura de los Cuidados* 1997, dedicada a la Antropología y los cuidados. La revista digital *Enfermería Global* publicó un número monográfico dedicado a la Historia en el 2003 García y col<sup>7</sup>.

En 1993, en su aproximación bibliométrica, Amézcuca apuntó la dispersión de las publicaciones y destacó la biblioteca de Santa Madrona de Barcelona y la Biblioteca Nacional como dos de sus fuentes principales consultadas. En 1997 los hermanos García Martínez<sup>8</sup> señalaron la existencia de hasta 1000 referencias. Veamos algunos de los historiadores e historiadoras más relevantes del periodo actual en orden cronológico de publicación de sus primeros trabajos. Es imposible reflejar a todas las personas que investigan sobre la Historia de la Enfermería,

---

<sup>6</sup> Gracia, 1994, p. 53

<sup>7</sup> García Navarro, 2003, p. 3

<sup>8</sup> García Martínez, Manuel Jesús y García Martínez, Antonio Claret. 1997, p.123. En 1995, sep. Año 2 (2):27. García MJ, informó de que la revista *Qalat Chábir*, revista de humanidades publicada en Alcalá de Guadaíra (Sevilla), en su nº 3 de Julio de 1995, tiene una sección fija de Cuadernos de Historia de la Enfermería.

muchos autores están centrados en historia local; así Gallardo<sup>9</sup> ha publicado decenas de trabajos sobre el colegio de Sevilla y su revista, o la enfermera, Pilar Arcas prematuramente desaparecida, sobre las Matronas de Granada<sup>10</sup>.

1. Cecilio Eserverri Chavarri. Enfermero, hermano de San Juan de Dios. Desde 1984 ha publicado una veintena de trabajos sobre la Historia de la Enfermería. El primero de ellos *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*<sup>11</sup>. Es importante su aportación sobre la figura de Juan de Dios, fundador de la Orden del mismo nombre y también, de la enfermería medieval. Ha sido profesor y director de enfermería, en la actualidad está jubilado

2. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero, hermano de San Juan de Dios. En 1984 publicó *Historia de la Enfermería Española*<sup>12</sup>. Investiga la figura de Juan de Dios y la enfermería de Salud Mental. Ha sido profesor y gerente hospitalario en los hospitales de la Orden, en la actualidad está jubilado.

3. Roser Tey. Enfermera, fue directora de la escuela de enfermería de Santa Madrona. En 1986 publicó *La enfermería: dos visiones separadas por treinta años*, en la que realizó una de las primeras reflexiones de la historia profesional más reciente. Tras su jubilación, se licenció en Historia e Historia del Arte. Ha publicado sobre diversos temas históricos y no solo de enfermería. Con Isabel Fargues, constituyen el grupo más importante de historiadoras del hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona desde el siglo XV.

4. Carmen Domínguez Alcón, enfermera, socióloga e historiadora, publicó uno de los primeros trabajos de historia en 1986, *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*.

5. Francisca Hernández Martín. Enfermera, hermana de la Caridad. Publicó en 1996 *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*<sup>13</sup>. Fundadora del "Seminario Permanente de Historia de la Enfermería" en 1993. En su obra destacan la enfermería en las órdenes religiosas y la

---

<sup>9</sup> Gallardo, Gil-Martín y Jaldón, 1992, pp. 22:19-23

<sup>10</sup> Arcas, 1994, pp.73-77.

<sup>11</sup> Eserverri, 1984, p. 355

<sup>12</sup> Ventosa, 1984, p.125.

<sup>13</sup> Hernández Martín, 1996, p. 332.

profesionalización. Ha publicado una veintena de trabajos de investigación.

6. Los hermanos García Martínez (Manuel Jesús y Antonio Claret). Enfermeros y fundadores de la revista de Historia *Híades*. Tienen decenas de trabajos sobre una gran amplitud de temas: Matronas, órdenes religiosas y la descripción de fuentes nuevas, como son las *Fichas*, puestas al servicio de otros investigadores. El primer número de *Híades* salió a la luz en 1994<sup>14</sup>. Trabajan en el entorno de la Universidad de Sevilla.

7. José Siles. Enfermero y doctor en Historia. Profesor de la Universidad de Alicante, creó el primer programa de doctorado de enfermería. Uno de sus primeros trabajos fue sobre Enfermería Comunitaria, pero destacan sus dos monografías: *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: perspectiva histórica y epistemológica* (1996) e *Historia de la enfermería* (1999)<sup>15</sup>. Fundador de la revista *Cultura de los Cuidados*, aborda la relación de la enfermería y antropología.

8. Juana Hernández Conesa. Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia. Publicó en 1995 *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*<sup>16</sup>. Ha publicado diversos trabajos sobre la investigación de la historia de la enfermería.

9. Manuel Amezcua. Enfermero y Humanista. Presidente de la Fundación Index por él promovida. Director de la Revista Index de la base de datos Cuiden y del *entorno Cantárida* que agrupa una docena de revistas de enfermería en formato digital. Es etnólogo y folklorista<sup>17</sup> que ha publicado varios libros en los que aborda los cuidados y la salud. Autor de numerosas publicaciones, de las que se puede destacar la monografía *Sanidad y colectividad Sanitaria en Almería. El colegio de*

---

<sup>14</sup> García Martínez, Antonio Claret, García Martínez, Manuel Jesús y Valle Racero, Juan Ignacio. 1994, pp.45-51.

<sup>15</sup> Siles, 1996. p. 203 ; el segundo en 1999, p. 375

<sup>16</sup> Hernández Conesa, 1995. p. 195

<sup>17</sup> Es cronista del Reino por la provincia de Jaén, colaborador habitual en la licenciatura de Antropología de la Universidad de Granada en la que imparte clases. En 1992 publicó *El Mayorazgo de Noalejo, Historia y Etnografía de la Comunidad Rural*. En 1993 *La Ruta de los Milagros*. Un viaje fascinante por el mundo del misticismo popular de la Sierra sur. En 2005 *Lo que cambian los tiempos*, a partir de 23 relatos biográficos.

*practicantes (1994)*<sup>18</sup>

10. Magdalena Santo Tomás, enfermera, doctora en historia y profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Miembro de la Asociación Española de Investigación Histórica sobre la Mujer (AEIHM). Al interés por la investigación histórica añade la perspectiva de género y feminista y el uso del recurso de la iconografía<sup>19</sup>.

11. Carmen Chamizo, enfermera y antropóloga asturiana, investigadora en temas de la enfermería en el Camino de Santiago y las matronas entre otros. Participa en el Seminario Permanente de Historia de la Enfermería y actualmente es la directora de la revista electrónica de Historia *Temperamentum*, de la Fundación Index.

Otras autoras emergentes son Carmen González Canalejo, profesora en la Universidad de Almería, que señala criterios metodológicos para el estudio de la historia de la enfermería<sup>20</sup>, Paloma Moral de Calatrava, en la Universidad de Murcia.

#### *Manuales de Historia de la Profesión. Historiografía Española*

En los ochenta Domínguez publicó tres trabajos con enfoques sociohistóricos, estudiando la naturaleza de los cuidados y su vinculación como actividad social a la distribución sexual del trabajo. Ventosa, en 1981, estudió la evolución normativa de practicantes sangradores, matronas y enfermeras. Esevenri, 1984 trató de reconstruir la historia de la Enfermería española e hispanoamericana. En la década de los noventa se publican Manuales de Historia de la Enfermería y, Francisca Hernández<sup>21</sup> en la Universidad Complutense de Madrid creó el Seminario Permanente de Historia de la Enfermería, que organiza los congresos bianuales, el último celebrado en Zaragoza en Noviembre de 2005.

---

<sup>18</sup> Amezcua, Germán, Heierle y Pozo, 1994. p. 264

<sup>19</sup> Santo Tomás, 1996, pp.57-67

<sup>20</sup> González Canalejo, 2000, pp.27-34.

<sup>21</sup> Hernández, Pinar y Moreno, 1995, pp. 21-26

Del contenido temático y de los manuales se pueden diferenciar dos épocas históricas: a) la enfermería como profesión auxiliar (1923-1979) en la que los historiadores son casi siempre médicos, que no suelen usar fuentes primarias, promueven el conflicto ideológico enfermera-practicante, promueven símbolos ajenos como los de médicos que fueron practicantes, refuerzan la imagen sacralizada de San Juan de Dios, ignorando referencias enfermeras prestigiosas. La etapa b) la enfermería como disciplina (1980-1992) en la que los autores son enfermeras sobre todo docentes, usan fuentes documentales originales, les preocupa la metodología histórica, la motivación es la identidad profesional, recuperan la figura profesional de San Juan de Dios, junto al hecho histórico se promueve el enfoque sociológico y se utilizan referentes internacionales de enfermeras de prestigio<sup>22</sup>.

Ventosa<sup>23</sup> también expresó que la historia del cuidar en España es muy abundante y pendiente de recuperar en su mayoría, contextualizarla, contrastarla, documentarla, exponerla y debatirla. Coincide con Amezcua que identificó los problemas de: falta de especialización, carencia de estudios sistemáticos, inexistencia de planes de investigación en este campo y falta de interés institucional. Ambos autores proponen equipos multidisciplinares, la recuperación de archivos históricos, financiación y la inclusión de la historia de la enfermería como asignatura independiente dentro de los planes de estudio.

García Martínez<sup>24</sup> director de la revista *Híades* propone tres agrupaciones de fuentes para el estudio de la Historia de la Enfermería: a) Tratados y manuales de enfermería escritos o no por enfermeros; b) Reglas de órdenes y congregaciones religioso-asistenciales y constituciones u ordenanzas de hospitales y entidades benéficas que regulan el quehacer enfermero. Por ejemplo la Orden de San Juan de Dios, o Bernardino Obregón<sup>25</sup>; c) Textos legislativos, por los que se ha regulado la historia de la Profesión; y, d) Textos de diversa índole que aludan de forma

---

<sup>22</sup> Amezcua, 1993, pp. 16-24

<sup>23</sup> Ventosa, 1993, p. 5; Eseverri, 1995 otoño; IV(14):19-22; Para más bibliografía sobre Orden y figura de S. Juan de Dios, Eseverri, *Index Enferm* 2001 otoño; Año X(34):50-51 y 2001 invierno; Año X(35):41-44; *Calat Chabir* 2001:57

<sup>24</sup> García Martínez, MJ, Valle Racero y García Martínez, AC, 1994 pp. 60-61.

<sup>25</sup> Constituciones y Regla de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (primera edición, año 1634), 1994, agos: año 1 (1):71-116. La Regla se estructura en 7 Tratados, se publican en este número cuatro, y 39 capítulos. Puede consultarse la obra de G<sup>a</sup> Martínez, M.J. et al., 1993, p. 70

directa o indirecta al desarrollo histórico de la enfermería, por ejemplo biografías de personajes, crónicas y anales. Se ha encontrado información sobre Matronas en los libros de visitas pastorales, que suelen estar bien conservados<sup>26</sup>.

También en 1993, se publicó en la sección de bibliografía de la revista INDEX, noventa artículos sobre Historia de la Enfermería<sup>27</sup> agrupados temáticamente con la particularidad de que no estaban incluidos todavía en la base de datos Cuiden (Veáse en Anexo biográfico). Peral y col<sup>28</sup> realizaron una revisión en Medline encontrando 100 referencias

En la década de los noventa se publicaron diversos trabajos y manuales de Historia de la Enfermería y la Matronería: Hernández<sup>29</sup>, Eseverri<sup>30</sup>, Martínez<sup>31</sup>. A partir de los noventa, se publicaron las actas de los congresos del Seminario Permanente de Historia de la Enfermería<sup>32</sup> Domínguez Alcon, Blasco, Muñoz<sup>33</sup>. En 1995 se celebró el Vº Centenario del nacimiento de San Juan de Dios y se publicaron diversos trabajos, Castro<sup>34</sup>, Sánchez<sup>35</sup> y un número monográfico de la revista *Index de enfermería*. Una de las obras recientes de 2002 es de gran utilidad para el trabajo histórico es el *Código Enfermero Español Siglo XX: Compendio Legislativo*<sup>36</sup>.

### 1.1.1. Diversas denominaciones para distintas actividades de cuidado

Muchas de las enfermeras que estudiaron con el Plan de Estudios de Ayudante Técnico Sanitario, (ATS) no se sintieron identificadas con esta nomenclatura que

---

<sup>26</sup> Blasco, profesora de Historia de la Enfermería de la Universidad de Zaragoza, está utilizando esta fuente con buenos resultados al estudiar los hospitales del Camino de Santiago en Aragón.

<sup>27</sup> Noventa estudios de Historia de la Enfermería Española, 1993, pp. 25-28.

<sup>28</sup> Peral, Pulgarán y Mahedero, 1999, pp. 25-37.

<sup>29</sup> Hernández Conesa, 1995,

<sup>30</sup> Eseverri, 1995,

<sup>31</sup> Martínez Molina, 1994,

<sup>32</sup> Hernández Martín, 1995, p.

<sup>33</sup> Muñoz y Lastra, 1982, pp. 48-52.

<sup>34</sup> De Castro, 1995,

<sup>35</sup> Sánchez, 1995,

<sup>36</sup> Alvarez, 2002,

había impuesto el gobierno en 1953. Las veteranas enfermeras y veteranos practicantes a quienes hemos entrevistado en el marco de esta investigación, nos han transmitido su disconformidad con esta denominación impuesta. De tal forma que las jóvenes generaciones profesionales tuvieron dificultades para una identificación nominativa. Una vez acabados los estudios, debían colegiarse en la sección correspondiente según se fuera Ayudante Técnico Sanitario Femenino o Masculino, hecho discriminatorio y que no tenía precedentes en otras profesiones. A la vez, las ATS femeninas de los años sesenta y setenta recibían el mensaje de pretendida superioridad del colectivo de los practicantes sobre el de las enfermeras, situación que a todas luces a las jóvenes generaciones, al menos a las mujeres, grupo mayoritario, les parecía absolutamente injusto y obsoleto. Así, cuando en 1977 se logró la unificación colegial y el plan universitario de Diplomados en Enfermería, fue muy clara la necesidad de acabar con estas diferencias y se adoptó el título genérico de enfermeras y enfermeros<sup>37</sup>. Hubo algunas voces discrepantes minoritarias que trataron de oponerse a este proceso<sup>38</sup>. En los amplios debates sobre la decisión que se iba a tomar, se analizó la aceptación de las diversas raíces de origen<sup>39</sup>; se comprobó que había discriminación injusta que tenía que ver con lo que hoy llamamos género y, por tanto y quizás por eso, se decidió la convalidación automática de las enfermeras y matronas un convalidación que los practicantes ya tenían. Al hacerlo se aceptó la diversidad y complejidad del colectivo profesional hoy identificado como enfermero o profesionales de la enfermería. Este proceso de cambio de titulación y perfil profesional de los setenta se analiza en el capítulo 4.

Revisar los diversos nombres que se han vinculado con la labor de cuidado a través de esta revisión histórica, puede ser una aportación al conocimiento de cómo el lenguaje es expresión social de la cultura de los pueblos en cada etapa histórica. Quizás esta diversidad del linaje profesional nos diferencia de otras formas de abordar la historia de la profesión, que han seleccionado de partida el origen

---

<sup>37</sup> Los responsables de la Coordinadora de centros participaron en las negociaciones tanto con el gobernador civil de Madrid para el tema colegial, como con el Ministerio de Educación para el plan de estudios. Archivo personal. (en adelante APCGB)

<sup>38</sup> Miñana, 1980, pp. 205-7. Defendió la propuesta de Diplomados en Medicina y Cirugía,

<sup>39</sup> Una de las discrepancias eran los requisitos de partida diferentes para practicantes (bachillerato) y para las enfermeras que se les requería Magisterio o Comercio, o con un examen de ingreso Otro obstáculo era las diferentes formaciones de las Damas de la Roja, Damas Militares y Enfermeras con certificado de guerra, quienes no tuvieron opción de convalidar. El plan ATS unificó los requisitos exigidos, bachillerato elemental para ingresar en la carrera.

femenino del cuidado, cosa que no compartimos al ver la diversidad de modalidades de la función cuidadora y la importante presencia de los hombres en las órdenes religiosas dedicadas al cuidado enfermero. Esto podría deberse a dos factores, por un lado, a la falta de análisis de género en los estudios históricos de la profesión; y por otro, a no tener en cuenta las diferentes expresiones que han modulado la expresión religiosa, que marcó un hecho diferenciador entre católicos y protestantes, sin entrar en otras religiones que escapan nuestra capacidad de análisis. Lo cierto es que, las órdenes religiosas católicas han dado posibilidades de expresión del cuidado caritativo tanto a mujeres como a hombres de las órdenes religiosas desde el siglo XVI.

Fenómeno religioso distinto es el que se dió en el ámbito protestante, cuyo determinismo religioso no requiere la realización de buenas obras para ganar la vida eterna. El valor de la caridad, como el del trabajo y la salvación son hechos diferenciales que atraviesan transversalmente la cultura de los pueblos europeos y con mucha facilidad tendemos a no considerar, siendo de gran importancia en la formación del capitalismo moderno y la ciencia como de forma lúcida señaló Weber<sup>40</sup>, y a nuestro parecer, también, en la formación de la profesión enfermera. Siles<sup>41</sup> habla del “poder configurador de la paradoja”, es decir la necesidad impostergable del vacío asistencial de la reforma protestante, mientras que en los países católicos los cuidados enfermeros siguieron vinculados mucho tiempo a la vocación religiosa. Así, creemos que será necesaria la revisión de lo que se ha dado en llamar por diversos autores la “época oscura de la enfermería” y que a través de la *Historia de la Enfermería* de ámbito anglosajón de Donahué<sup>42</sup> ha pasado en los últimos años a los lectores enfermeros españoles.

#### *Diversidad de nombres, diferencias de género*

Domínguez Alcón<sup>43</sup>, recogió diversas denominaciones: hospitalera, hospitaler, donado, clauera, sirviente, sirvienta, macipa, mossa, ministro, enfermero,

---

<sup>40</sup> Weber, 1988, p. 262

<sup>41</sup> Siles, 1999, p.42.

<sup>42</sup> Donahue, 1993,

<sup>43</sup> Domínguez Alcón, 1986, p. 246.



enfermera, practicante, barbero, esclavo, nodriza<sup>44</sup>, freyre, freyra. Francisco Ventosa<sup>45</sup>, hermano de San Juan de Dios, experimentado, gestor docente e historiador, en su artículo sobre los *Manuales de Técnicas* cita diversas denominaciones de las profesiones sanitarias, sin fácil diferenciación, tales como: físicos, médicos, cirujanos latinos, barberos, barberos sangradores, parteras y comadrones, enfermeras y enfermeros, algebristas, hernistas, sacadores de piedras, batidores de cataratas, especieros, curadores de tiña, practicantes, ministrantes...y el flebotomiano<sup>46</sup>.

Las *Beguinas*, en España *Beatas* pertenecieron sobre todo a la clase media y popular de las ciudades aunque hubo aristócratas y campesinas. Vivieron de sus rentas y sobre todo de su trabajo en la industria y en la artesanía textil tejiendo y cosiendo, *en la enfermería y hospitales de pobres*, en el copiado y miniado de manuscritos, en la enseñanza de las niñas. Trabajaron para vivir y tener tiempo para dedicarse a su espiritualidad. Vivieron solas, discretamente vestidas, en relaciones duales o en pequeños grupos. Formaron un movimiento internacional, se escribieron numerosas cartas y viajaron mucho y largos viajes, hay numerosos testimonios en la península ibérica. La iglesia católica las persiguió desde principios del siglo XV, pero no desaparecieron; a finales del XV intentó incorporarlas a la vida monástica reglada, en especial a San Jerónimo. En el XVIII, las condenó y prohibió la Revolución francesa pero su forma de vida persiste<sup>47</sup>.

Rosario Gil<sup>48</sup> analizó las *Magas, Sanadoras, Curanderas, Mireses, Amezcuas*<sup>49</sup> ha indagado las prácticas populares a partir de los archivos locales civiles, eclesiásticos y del tribunal del Santo Oficio, testimonios de personas mayores y a través del folklore (canciones, refranes, poesías). Entre los nombres usados encontró las *saludadoras, hechiceras, brujas, santiguadoras*, personas humildes, a las que el antropólogo Lisón llama "*brujas curanderas*" cuyo hogar era como un pequeño santuario donde lo religioso se mezcla con lo médico; igual usaban hojas de sanalotó, que administraban inyecciones prescritas por el médico a la vez que

---

<sup>44</sup> Cabré, 2001, pp. 15-32 y 2005, pp. 637-657

<sup>45</sup> Ventosa, 2000, pp. 209-217.

<sup>46</sup> Cabré, Madrinas

<sup>47</sup> Rivera, 2005, p. 200.

<sup>48</sup> Gil, 1999, pp. 93-101.

<sup>49</sup> Amezcuas, 2000, pp. 117-134.

daban consejos diversos. Tenían personalidad mágica y un peso específico quizás reducto de aquellas brujas iniciadas en *saberes antiguos*. Aprendían de la transmisión oral y de forma selectiva; los escasos textos escritos sobre sus prácticas son de hombres como Rodrigo de Narvaéz, que tuvo licencia de la Inquisición para ejercer de *salvador*. Santo Tomás<sup>50</sup> nos hablará de *Freixas*, mujeres que atienden a enfermos en la Baja Edad Media. En 1722 se regularon los derechos y obligaciones del personal que conformaba una malatería (leprosería en Asturias), y encontramos la figura de la *Panadera*.

“Amasar el pan a todos los malatos, siempre que ellos se lo manden. Y así mismo es su obligación, siempre que estén enfermos, asistirles de día y de noche, componiéndoles su puchero y lo más necesario”<sup>51</sup>

En el número primero de la revista *Híades* se referencia el término *la enfermera* en el 580 en el Xenodoquio que el obispo Masona fundó en Mérida. En el año 1000 en el hospital San Miguel de Pamplona encontramos el *Canónigo Enfermero*. En 1128 se recoge la función de la Hospitalera en el hospital de Dios Padre de Burgos. Durante el siglo XVII se hace referencia en Aragón, a ciertas actividades profesionales de los enfermeros como *tablajero* de cirugía, *cataplasmero* para aplicar baños y unturas y *llaneros*, encargados de preparar los vendajes<sup>52</sup>

Calvo<sup>53</sup> al analizar la formación de las enfermeras en el hospital de la Cinco Llagas de Sevilla, hospital dirigido a mujeres con enfermedades no contagiosas encontró varias figuras: la *madre enfermera* que dirigía, asistía y enseñaba, y, las *doncellas de dote*. Estas, tras tres años consecutivos de servicios continuados y, pasando por diversas dependencias del hospital, recibían un certificado y el derecho a percibir 30 reales de vellón cuando tomaran estado religioso o matrimonial.

---

<sup>50</sup> Santo Tomás, Castro Castanedo, Fernández y Melchor, 1996, pp. 57-67.

<sup>51</sup> Suárez y Germán, 1984, pp. 25-7. Documento sacado del Libro del Archivo Hospicio actualmente en la Diputación con el nº 374, con el título “Tabla de los vienes de este apeo del glorioso S. Lázaro de la Espina en el conzejo de Salas y otros 1669 MS. Tolivar J. Hospitales de leprosos en Asturias durante la edad media y moderna. Oviedo: Instituto de estudios asturianos 1966. Nota: Según Roel (pp.605 y 609), las malaterías eran visitadas por el médico una vez al año; así en el año 1762, el patrono de La Silva, se quejaba de que hacía once años, que no acudía ningún médico a dicha malatería.

<sup>52</sup> Gigante, 2003, pp. 76-81.

<sup>53</sup> Calvo, 2003, pp. 69-75.

Para Tey el término *enfermera* se creó como extrapolación de la función de cuidado de la mujer, y del *infirmarium*:

“El *infirmario* monástico, no quería decir infierno, sino el no estar firmes en su salud; en los conventos antiguos a los viejos y a los demasiados jóvenes no les hacían cumplir con todas las reglas de la comunidad y como no podían pertenecer por completo a la misma, ni estar en el comedor, porque llevaban otro régimen, estaban a cargo del “infirmario”, que después derivó en enfermedad, pero no era exactamente enfermedad. Esto se ve claro al estudiar las reglas monásticas, cuando una persona tenía un problema, incluso si quería hacer un día voluntario de ayuno, no podía comer en la mesa con los demás donde comían todos, aquel día comía en la enfermería. Alguien que no siguiera los horarios de los demás, iba a la enfermería. Era el cuidador no exactamente de los enfermos, sino de los “no firmes”

“En el origen de la profesión tienen mucho más peso los monasterios masculinos que los femeninos. Los Benedictinos, los del Cister, se creaban en centros que constituían etapas de los viajes, eran hospederías que se transformaban en hospitales cuando necesitaban una atención especial. Las rutas de los monasterios eran de hombres, pero como realmente la figura de cuidadora era más y en mayor número de mujeres, por extrapolación de la función de la mujer tomó el género de la mujer, aunque lo hicieran hombres. No es una discriminación de sexo, es una discriminación por género ya que la misma función la hacían hombres y mujeres. Los practicantes hacían lo mismo, pero se asimilaban a los médicos para tener más prestigio”<sup>54</sup>.

#### *Ayudante Técnico Sanitario: ¿Consenso o Imposición?*

En 1953 el nuevo plan de estudio salió con la denominación enfermera, y se cambió por el de Ayudante Técnico Sanitario en el decreto del 4 de Diciembre de ese mismo año. En el contexto de autoritarismo del régimen franquista, los practicantes lograron imponer el nombre de ATS, pese a las tendencias internacionales en contra. Un nombre que nos igualaba a los desratizadores del Ayuntamiento de Barcelona, porque se llamaban Técnicos Sanitarios<sup>55</sup>. Los desacuerdos entre practicantes y enfermeras se mantuvieron en este periodo, en el que identificarse con una función considerada femenina era inaceptable para los hombres, una denominación que podía poner en riesgo su virilidad<sup>56</sup>.

El plan de estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios sustituyó al de de practicantes y al de enfermeras y, las matronas pasaron a ser una especialidad de esta nueva carrera. La denominación de ATS que permaneció hasta 1976 en que a propuesta de la Comisión Interministerial pasó a denominarse “Enfermería” con el único voto en contra del representante de los Practicantes<sup>57</sup>. La decisión de la

<sup>54</sup> Tey, 2005, Relato de vida profesional. Noviembre 2005. APCGB. Ver capítulo quinto.

<sup>55</sup> Tey. Relato de Vida Profesional. Noviembre de 2005. APCGB

<sup>56</sup> Amezcua, Germán, Heierle y Pozo, 1994. p. 264.

<sup>57</sup> Coordinadora. Comisión Interministerial, 1976, p. 6. APCGB.

denominación fue un paso coherente con el debate del plan de estudios y con las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería y de la propia Organización Mundial de la Salud. En el verano de 1977 se legisló el primer plan de Estudios del Diplomado en Enfermería, de manera que se recuperó la denominación de Enfermera y Enfermero.

### 1.1.2. La imagen del pasado de la profesión en manuales y revistas enfermería

Al realizar la revisión documental hemos conocido numerosos trabajos que informan sobre la existencia de manuales formativos, localizando hasta un total de veintiocho. Alberdi<sup>58</sup> y Valle<sup>59</sup> compararon diversos manuales de enfermeras de los años centrales del siglo XX. Nos ha parecido importante revisar los primeros textos, dado que nos dan una idea del perfil profesional y de los valores de género, los cuales tratamos más específicamente en el capítulo segundo, dedicando este apartado a su descripción cronológica y análisis general de este tipo de documentación profesional.

Las publicaciones sobre Enfermeras y Enfermeros son abundantes. Un primer título *Modo como se había de aplicar los remedios que los médicos ordenaren a los enfermos, para que los enfermeros sepan como los han de aplicar y cumplir, con el mandato de los médicos*, tuvo su primera edición en 1617, constaba de 87 páginas y fue realizado por los hermanos enfermeros pobres. Ocho años después se editó la edición comentada. Su autor pertenecía al Hospital General y casa central de esa congregación en Madrid<sup>60</sup>.

En 1625 se imprimió *Instrucción de Enfermeros, para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobreviven en ausencia de los médicos*. Escrito por Andrés Fernández. Enfermero Mayor del Hospital de la Pasión en Madrid. "...la más ambiciosa obra destinada a iniciar a los empíricos en funciones de su oficio", en palabras del historiador de la medicina Luís Sánchez Granjel. Consta de 232 páginas + 15 de dedicatoria e índice. En 1664 se realizó una 3ª edición en Zaragoza con el mismo título y extensión. Una 4ª en 1728

---

<sup>58</sup> Alberdi, 1983, pp. 21-26.

<sup>59</sup> Valle, 2003, pp. 211-219.

<sup>60</sup> Fechas clave, 1994, pp. 63-68.

se imprimió en Madrid a la que se le añaden 11 advertencias que son explicadas por el hermano Francisco de Soledad a partir de sus propias observaciones. Para García Martínez se trataría de “Una de las obras más emblemática de la enfermería española moderna escrita por y para enfermeros”<sup>61</sup>.

Sobre barberos y sangradores, Ventosa<sup>62</sup> nos informa de diversas obras: En 1604, Juan Bautista Zamorro publicó *Indicaciones de la sangría*. En el mismo año *Defensa de las criaturas de tierna edad*, de Cristóbal Pérez de Herrera trataba de la práctica de la sangría, la aplicación de ventosas y cornetillas en lactantes. En 1618 Cristóbal Granado escribió el *Tratado de Flebotomía* y en 1621 Alonso Muñoz *Instrucciones de los barberos flebotomiamos*. En 1627 Diego Pérez de Bustos editó *Tratado breve de flebotomía*, que se reeditó en 1700. En 1630 el libro del Padre Quintanilla *Breve compendio de cirugía*, pasó de unos a otros de forma manuscrita hasta que, un discípulo Ignacio Gutiérrez lo editó en 1683 en Valencia. En 1634 Pedro Gutiérrez de Arévalo escribió *Guía de enfermeros y remedios de pobres* en Madrid. En 1734 *Recetario Medicinal*, escrito por el hermano Diego Bercebal, en forma de avisos para facilitar los conocimientos a otros enfermeros. En 1620 funcionó una Escuela donde se preparaban los Practicantes, Ministrantes y Enfermeros, en el Hospital Antón Martín en Madrid a cargo de la Orden Hospitalaria. En 1724 se publicó *Doctrina moderna para los sangradores*, por Ricardo de Preux, sangrador real y examinador del protobarbeirato, libro del que se hicieron varias reimpresiones. Y en 1794 se publicó el *Tratado completo de flebotomía*, de Juan Fernández del Valle<sup>63</sup>.

A mediados del XVII, Simón López que vivió y trabajó en Valladolid y Salamanca hizo un *Manual para enfermeros*, consultando obras de médicos y notas de sus lecciones, que se difundió en copias manuscritas, No llegó a editarse aunque obtuvo aprobación para hacerlo en 1652. Los epígrafes son:

“A los enfermeros, que son con quienes tengo de hablar en todo este libro. Declárese un aforismo de Hipócrates, que enseña a los enfermeros cómo se han de hacer, con los enfermos, que tienen postrado el apetito. Cómo aprenderá el enfermero a tomar el pulso, y el conocimiento de las urinas. De los remedios en general, en la apoplejía, y qué usa la Medicina. Cómo se ha de preparar un difunto en parte, no en todo. La valoración se completaba con la descripción de la orina”<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> García Martínez, MJ, Valle, y García Martínez, AC, 1995, p. 4.

<sup>62</sup> Ventosa, 1994, pp. 9-14.

<sup>63</sup> Ventosa, 1994, p. 11.

<sup>64</sup> García Martínez MJ, Valle y García Martínez, AM. 1995, pp.100-106 y pp. 66-70.

En 1730 se publicó *El manual para enfermeras* del enfermero<sup>65</sup> de Fray Gil de Villalón del convento de San Antonio de Capuchinos del Prado de Madrid, y tuvo una segunda edición en 1750. En el libro se describe ampliamente la toma del pulso y la temperatura, siguiendo los criterios de Galeno basados en la teoría de los humores. En 1786 se publicó *Manual para el servicio de los enfermos* de Carrere, traducido por Francisco Salvá. En 1833 se publicó el manual *El arte de la Enfermería*, cuyo autor fue Jesús Bueno González, hermano de San Juan de Dios<sup>66</sup>

En respuesta a la legislación de 1861 que reguló los estudios de practicantes y matronas, se publicaron diversas obras. *Compendio de Flebotomía y operaciones propias de la Cirugía Menor o Ministrante*<sup>67</sup> fue publicado en Cádiz en 1862, 3ª edición, siendo la primera en 1851, su autor fue Rafael Ameller y Romero, catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla en Cádiz, y constaba de 275 páginas y 4 láminas, 5 capítulos y 33 artículos. Gigante y col. analizando los vendajes informan del *Manual al uso para practicantes*, cuyo autor es el doctor Calvo Martín, que ocupó la cátedra de San Carlos y hacia 1866 presentó este libro entre sus publicaciones<sup>68</sup>. *El Vademécum del practicante* fue publicado en Barcelona en 1861. El autor fue Juan Marsillach y Parera, médico de número del hospital de la Santa Cruz, constando de 476 páginas y 19 láminas, 41 capítulos y 75 artículos. La obra es todo un compendio teórico-práctico de los conocimientos indispensables a los aspirantes al título de Practicante; a los que deseen optar a plazas de practicantes de los hospitales civiles o militares; a los sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc<sup>69</sup>.

En 1891 se editó en Madrid *Prontuario del Enfermero*<sup>70</sup>, obra destinada a

---

<sup>65</sup> Sánchez y Ortega, 2002, pp.18-22.

<sup>66</sup> Bueno González José. Arte de Enfermería para la asistencia teórico práctica de los pobres enfermos que se acogen a la de los hospitales de la sagrada religión de S. Juan de Dios. Madrid. El autor fue prior del convento hospital de la Santa Misericordia de la ciudad del Puerto de Santa Maria y lo dedicó al glorioso arcángel S. Gabriel. En 1997, el Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Aragón lo reeditó.

<sup>67</sup> Ficha nº 1, 1994 p. 5. La obra se dedica *exclusivamente a los alumnos de Cirugía ministrantes, á los flebotomistas o sangradores que necesitan, según les está mandado por a superioridad, cursar por espacio de dos, a los estudios teóricos que corresponden a Cirugía menor*. Uno de sus capítulos se dedica a la Odontotecnia y fórmulas de célebres autores dentistas. Parece que fue usada por muchos cirujanos ministrantes como prueba del hecho de sus tres ediciones.

<sup>68</sup> Gigante, Gomez, Torres, Megias, Blanco y González, 2003, pp. 76:81.

<sup>69</sup> Ficha nº 3, 1994, p.p 53-60.

<sup>70</sup> Ventosa, 1994, pp. 9-14.

continuar la escuela de formación de los jóvenes en la Orden Hospitalaria como continuación de la línea iniciada en el hospital de Antón Martín; de este libro se hicieron varias reimpressiones. En 1894 se editó en Barcelona el *Manual de la enfermera* escrito por el doctor Seco, trataba ampliamente de asepsia, antisepsia y cuidados a la parturienta. En 1905 se publicó *La enfermera moderna*<sup>70</sup>, de 403 páginas cuyo autor fue el doctor Baltasar Pijoan, que tuvo una segunda edición en 1919. En el prólogo, el célebre doctor Cardenal elogiaba la obra, su claridad y síntesis. Constaba de los siguientes apartados:

“Breves nociones de anatomía y fisiología humana. La enfermera. Medios que rodean al enfermo. De la enfermedad en general. La asistencia en las enfermedades internas. Asistencia a enfermos de cirugía. Auxilios inmediatos en caso de accidentes. Obstetricia y puericultura para enfermeras. Alimentación y terapéutica. Auxilios a enfermos de afecciones especiales. La muerte y sus síntomas”<sup>71</sup>.

La congregación de Siervas de María fue la autora corporativa<sup>72</sup> del *Manual práctico de Asistencia a los enfermos* de 1920. Esta obra dió respuesta a las diversas materias que abarcaba el programa para la enseñanza de enfermeras aprobado el 7 de Mayo de 1915, publicado en la *Gaceta de Madrid* a instancias de la solicitud que realizó la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorizara, para ejercer la profesión de enfermera a las religiosas de dicha Congregación. El texto se basó en los apuntes de las mismas alumnas de las explicaciones que recibieron de sus profesores los doctores: Simonena, Jiménez y Barajas, un manual que fue prologado por el Dr. Nicasio Mariscal.

Las hijas de la Caridad disponían del *Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad Española*, publicado en Madrid, a cargo de la Compañía en 1925. Hernández y col. al comparar este manual con otros nos informan de otros manuales, tales como *Manual del Practicante* de Arturo Cubells Balsco de 1903; El *Manual de la Enfermera Hospitalaria* de la Cruz Roja publicado en 1931; El *Manual de la Enfermera*, de Valls Marin publicado en 1940; El *Manual de la Enfermera*, de Rafael Fuster, publicado en 1946 y el *Manual de la Enfermera* de Usandizaga en su edición de 1934.

Valle<sup>73</sup> coincide con Hernández Martín en la elección de los manuales objeto de

---

<sup>71</sup> Fargues y Tey, 2003, pp.99-103.

<sup>72</sup> Valle, 1999, pp. 47-53.

<sup>73</sup> Valle, 2003, pp. 211:219

análisis: el *Manual de la Enfermera*, 1940, del Dr. Carmelo Valls Marín, el *Manual de la Enfermera*, 1943, de Dr. Manuel Usandizaga Soraluze (4ª edición en Valle) y *La Enfermera Española*, 1942 del Dr. Jorge de Murga y Serret. Son manuales que se dirigían no solo a las enfermeras sino que contemplaron de forma conjunta a practicantes y matronas, y más cuando a partir de 1953 será una titulación única. Hay uniformidad en la estructura de los manuales. Valle destaca la obra de Usandizaga por ser el manual de enfermería más completo, mejor informado internacionalmente y mejor adaptado a los programas de la época.

Hernández Martín considera el Usandizaga un manual con un concepto de la enseñanza de la Enfermería mucho más progresista; no obstante, le llama poderosamente la atención la similitud en el planeamiento de las condiciones y cualidades físicas, morales e intelectuales que debe tener la enfermera en el desarrollo de su profesión, similares a los de su coetáneos.

“Obediencia en relación a sus superiores, respetando la jerarquía y la cadena de mando, cumplir íntegramente lo que se le ordena, pero no puede ser ciega y rígida sino *obediencia inteligente*, consagrada al cuidado de los enfermos, austera dignidad. Enfermera social o visitadora, educadora, higienista, preventiva y de enlace entre el hospital y el medio. Compendiar tanto las funciones técnicas como las asistenciales en un profesional único que es, sin duda, la enfermera. Incluye un capítulo de visitadora puericultora, que estaba de moda”<sup>74</sup>.

Desde el análisis de género se puede entender el denominador común de subordinación que se espera de las enfermeras en las relaciones patriarcales y jerárquicas con los médicos en la sociedad española de los cuarenta y un ambiente social de autoritarismo político social y cultural. Sin embargo debemos señalar que Usandizaga que nombró a una enfermera como subdirectora del hospital, María Teresa Junquera Ibrán, tenía un claro papel de la enfermera:

“La enfermera es administradora única de la totalidad de los cuidados -sean estos los que sean- que haya que aplicar a los pacientes "No debe llamarse enfermera quien no quiera encargarse de todos los cuidados, absolutamente todos, que necesite un enfermo". Es imprescindible la vocación para el ejercicio profesional y es necesario un mínimo de espíritu vocacional, que no debe verse enturbiado por aspectos económicos y que debe de valorarse desde la *abnegación* de la enfermera. Resistencia física, gran energía, paciencia, equilibrio nervioso, buena presencia física y sin impedimento físico. Moral, perseverancia, bondad y sinceridad”<sup>56</sup>.

Los manuales indicados<sup>75</sup> estaban escritos desde una concepción de la enfermería como una actividad de cuidado, técnica pero siempre subsidiaria o

<sup>74</sup> Hernández Martín, 1995, pp 169-178.

<sup>75</sup> No hemos podido localizar el año de un librito titulado *Manual de la Enfermera*, cuyo autor fue el doctor Javier Solano. En la portada interior se anuncia *El Parto sin dolor*, de JM. Bedoya, por lo que podría ser entorno a 1940. La fotografía de portada está pegada y no impresa. Como subtítulo de la obra dice: *Como se asiste a los enfermos y cómo se ayuda al Médico- con láminas*.



subordinada a la del médico. Todavía en los años setenta podría leerse en los manuales de ATS lo siguiente: “Deben dominar los conocimientos técnicos a los teóricos, evitando que el exceso de estos últimos le hagan al ATS extralimitarse de sus funciones. Debemos conseguir ATS poco sabios, siempre con la conciencia de la función que deben llenar en relación con el médico, el enfermo y la sociedad”.

### *La historia en las publicaciones periódicas de enfermería*

En 1885 se publicaron por primera vez dos revistas el *Practicante* en Zaragoza y *El defensor de los Practicantes* en Madrid<sup>76</sup>. En 1888 nació la revista más antigua estadounidense *The trained nurse and hospital review*. Hay acuerdo sobre los inicios de la profesionalización con Florence Nigthingale (1820-1910), a ella se atribuye la creación del diagrama circular para representar los datos, resultados de sus intervenciones y el análisis estadístico. Florence demostró estadísticamente que la mortalidad en los hospitales de campaña del ejército británico descendía considerablemente en cuanto mejoraban las condiciones higiénicas. Llevó el registro de la tarea asistencial en su libro *Notas de Enfermería*. La representación gráfica de la función estadística era parte esencial de los informes que enviaba de la evolución de los heridos de guerra desde Crimea, a la Cámara de los Loores<sup>77</sup>. Estas importantes aportaciones (principios higiénicos, representación estadística y normalización del registro), hacen que se siga considerando a Nigthingale como una de las creadoras de la enfermería moderna. Del impacto de su vida y obra resultan elocuentes las páginas web a ella dedicadas, y la cantidad y calidad de la información circulante en Internet. Proporcionan una buena imagen biográfica las siguientes.

Para un análisis clave de género sobre el principio de autoría femenina, puede verse Riboli<sup>78</sup>, 2005. Sus concepciones perviven en gran parte encuadradas en la corriente teórica llamada “ecologista”.

---

<sup>76</sup> Herrera, 1995, pp.153-167. En 1864 se publicó en Madrid *La voz del Ministrante y revista dental*. En 1865, en Sevilla se publicó *El Genuino*. En 1872 se publicó *El cirujano menor* en Madrid. En 1883 en Barcelona *Cirugía menor*.

<sup>77</sup> B.I. Cohen, 1992, pp. 92-100.

<sup>78</sup> Riboli, 2005, pp. 85-89. Interesante el análisis de esta autora sobre Florence Nigthingale en Actas III Jornadas de Género y Salud. Zaragoza, 2005 (en prensa)

“Pero si usted no puede conseguir el hábito de la observación de una forma u otra, es mejor que deje de ser enfermera, porque no está usted llamada para ello, pese a lo amable que sea”. (libro *Notas de enfermería*)<sup>79</sup>

En 1927 se publicó por la American Nursing Association creada en 1900, el *American Journal of Nursing*. Uno de los primeros artículos fue: *The place of Research and Experimentation in improving the nursing care of the patient*. En Barcelona en 1950, por iniciativa de tres enfermeras y asesoradas por un médico y un periodista se publicó la revista *Las Enfermeras* que alcanzó hasta el número 18<sup>80</sup>, En 1952 se publicó *Nursing Research*. En 1960 nació *International Nursing Studies*. En 1978 *The Journal Advance in Nursing Studies - of Nursing*, y, en 1979 *The Western Journal of Nursing Research*<sup>81</sup>.

Los trabajos históricos se publicaron periódicamente a cargo de la investigadora Mary M. Roberts en *The American Journal of Nursing* en 1900, un año después de la creación del Consejo Internacional de Enfermeras –CIE- en 1899. En 1978 apareció *The Nursing History Review*, publicación anual de la Sociedad Internacional de Historia de la Enfermería, que publican el boletín trimestral y convocan dos premios y una beca para nuevos investigadores. Relacionada con la Historia se halla la revista *Transcultural* creada en los ochenta de la mano de la Sociedad de Cuidados Transculturales. Las revistas española comenzarán en la década de los setenta, a la vez que se produce el cambio universitario, véase desarrollo en capítulo cuarto.

A mitad del siglo XX, a nivel internacional, principalmente en Estados Unidos, ante la nueva tecnología hospitalaria, las enfermeras percibieron que se alejaban de sus objetivos principales, la autonomía y el bienestar de los pacientes<sup>82</sup> y se publicaron diversas obras sobre los cuidados como fueron los trabajos de Henderson, 1955 y Abdhellac, 1960 dando comienzo un proceso de reflexión sobre las bases teóricas de la Enfermería. En España este proceso se producirá dos décadas después (lo se desarrolla en el capítulo cuarto). Cada autora (son en su casi totalidad mujeres), ofrecerá una reflexión sistemática, rigurosa y serena en la que predominarán determinados presupuestos. Unas veces será la relación

---

<sup>79</sup> Poletti, 1982

<sup>80</sup> Tey, 2003, pp. 3-10.

<sup>81</sup> Sobrido, 2003, pp. 82-86

<sup>82</sup> Lewis, 1980, pp. 58-63

interpersonal, otras la relación de ayuda. Comunes a todas son el enfoque humanístico y la preocupación por averiguar la efectividad de los cuidados básicos, no necesariamente sujetos a las prescripciones médicas. De aquí surgen los Modelos y Teorías Enfermeras.

En 1952, Peplau publicó *Interpersonal Relations in Nursing*, donde analizó el proceso de relación interpersonal enfermo-enfermero y definió la enfermería como “un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y la sociedad”, definición que sigue conservando su validez<sup>83</sup>. Peplau dio lugar a una tendencia de enfermería llamada “de interrelación”, que continuaron y desarrollaron autores como Ujhely<sup>60</sup> (*Determinants of the Nurse-Patient Relationship*, 1968) o Travelbee (*Interpersonal Aspects of Nursing*, 1971), ambos trabajos de gran importancia. O el trabajo de Paterson (1979)<sup>84</sup> sobre *Enfermería Humanística*. En 1961, Orlando publicó *The Dynamic Nurse-Patient Relation-ship*. Siguiendo las ideas básicas de Peplau, aportando una idea diferenciada del proceso de interrelación, en la que señalan la necesidad de distinguir acciones automáticas y acciones voluntarias en enfermería; propone distintos métodos de estudio de las necesidades humanas según sean éstas fisiológicas o psicosociales. Todo ello convierte a este libro en obra fundamental.

En 1956 apareció en EEUU *Fundamentals of Nursing*, de Fuerst y Wolff<sup>85</sup>, traducida al castellano en 1958, dedicado especialmente a las “ramas de la salud: educación sanitaria, mecánica del organismo, necesidades psicológicas y de rehabilitación”. Este libro es una importante aportación a la enseñanza de la Enfermería, tanto por su contenido como por su estructuración pedagógica, y es obra obligada de consulta para los estudiantes, sobre todo en las partes referentes a las necesidades biológicas.

En 1959 se publicó *Science Principles Applied to Nursing*, fruto de un trabajo de investigación desarrollado durante cinco años en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington, que pretendía mejorar la relación entre las ciencias básicas y la enfermería “clásica”. En 1975 apareció una edición ampliada, *Scientific*

---

<sup>83</sup> Werner y Rouslin, 1996, pp.84-96

<sup>84</sup> Paterson y Zderad,

<sup>85</sup> Fuerst y Wolff, 1980,

*Foundations of Nursing*, traducida al castellano en 1979 como *Bases Científicas de la Enfermería*. Los autores, Nordmark y Rohweder<sup>86</sup> elaboraron una metodología propia y desarrollaron su trabajo en tres grandes capítulos: (A) Ciencias físicas y biológicas en relación con los cuidados de enfermería; (B) Aplicación en enfermería de los principios psico-sociales; (C) Orientación y guía de uso para instructores de enfermería. Esta obra sigue representando una base de consulta fundamental.

En 1960 se publicó *Principios Fundamentales de Enfermería*, de Henderson<sup>87,33</sup>, revisada por el Consejo Internacional de Enfermería en 1969, donde se aislaron los catorce elementos que componen los cuidados enfermeros, se propuso una metodología de trabajo y se definió un Plan de Cuidados. Henderson ha dado lugar a una tendencia enfermera, la de “Suplencia-Ayuda”, desarrollada por autores como Orem<sup>88</sup>, que acuñó el término “autocuidado” en su obra de 1971.

Todos estos trabajos llegaron a España a partir de la transformación de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería y de la incorporación de las enfermeras y enfermeros como docentes en la disciplina enfermera, que utilizaron estas obras como obras de consulta. Primero se introdujeron las traducciones y luego las publicaciones de autoría española, que van a lograr un fructífero desarrollo de la enfermería contemporánea que analizamos en el capítulo cuarto.

### 1.1.3. Las grandes etapas de la enfermería: una periodización epistemológica.

Diversos autores proponen varias formas de organizar las fases de la Historia de la Enfermería en base a criterios como: quiénes ofertaban los cuidados, desde dónde y de qué manera. Estos periodos históricos guardan relación con el propio desarrollo socioeconómico de la sociedad y con su capacidad para cubrir sus necesidades de Salud. Alberdi propone hablar de contexto conceptual histórico (CCH) como “aquel período temporal de la Historia que se caracteriza por presentar una homogeneidad en relación a valores relativos a la salud, a la enfermedad y su

---

<sup>86</sup> Nordmark y Rohweder, 1959. A España llegó la 2ª edición en castellano en 1979 (la 1ª edición de esta misma editorial salió en 1967).

<sup>87</sup> Henderson, 1958. En 1971, primera edición en castellano.

<sup>88</sup> Orem, 1980. En 1983, primera edición en castellano.

atención; y, por ser trascendente a la hora de explicar la actual situación de la profesiones sanitarias en general y la enfermería en particular<sup>89</sup>. En cada contexto analiza el papel asignado a mujeres y hombres en la prestación de cuidados y sugiere cinco periodos: primitivo, pre-cristiano, cristiano, renacimiento-reforma y profesionalización. Siles<sup>90</sup> nos propone cuatro periodos: tribal doméstica, religioso-institucional, pre-profesional y profesional. Muy sugerente es la propuesta de Poletti<sup>91</sup>, que propone tres grandes etapas a lo largo de la historia: Identificación de la práctica de los cuidados de Enfermería con la mujer, desde la antigüedad hasta la Edad Media. Identificación de la práctica de los cuidados *de la mujer consagrada* hasta final del XIX e Identificación de la práctica de los cuidados por *la mujer enfermera- auxiliar del médico*, hasta los años sesenta, aunque en trabajos anteriores he utilizado cuatro periodos<sup>92</sup>. Finalmente presentaremos una síntesis de las diversas propuestas historiográficas, distinguiendo las siguientes grandes etapas o espacios simbólicos diferenciables: periodo primitivo, periodo religioso, órdenes religiosas y periodo científico-técnico.

### *Periodo primitivo*

Se caracterizó porque su población fue joven, escasa y con esperanza de vida corta. La reproducción fue endógena y la alimentación se basó en los productos de la caza y recolección; posiblemente sus principales problemas de salud se derivaron de la desnutrición, traumatismos y enfermedades hereditarias por la consanguinidad.

La atención en el nacer, el morir, a los niños, enfermos, ancianos, así como las actividades del cuidado de salud como la higiene, la nutrición, la prevención de accidentes infantiles, la compensación de limitaciones se debieron resolver en las unidades familiares y clanes. Dependiendo de la estructura del grupo familiar, en una primera época matrifocal, los cuidados se centrarían en la madre de forma prioritaria y se repartirían entre hermanas, hijas e hijos mayores, abuelas, abuelos,

---

<sup>89</sup> Alberdi, 1999, pp. 63-73.

<sup>90</sup> Siles, 1999, p.23

<sup>91</sup> Poletti, 1982, pp. 11-20.

<sup>92</sup> Germán, 1999, p.10

tíos y padre. Las mujeres eran las sanadoras y actuaban como enfermeras y comadronas. Cuando interviniera alguna figura femenina o masculina como curanderos, magos o hechiceros una vez realizada sus prácticas curativas, los cuidados seguirían prestándose por el grupo familiar.

En este período no consta que hubiera una asistencia sanitaria organizada fuera del grupo familiar. Para Collière existió un diferente objetivo en los cuidados proporcionados por hombres y mujeres, ya que para los cuidados masculinos se trataba de hacer retroceder la muerte o alargar la vida, para los cuidados femeninos se aseguraba el mantenimiento de la vida. Esta diferencia, según ella, se hará después evidente en las distintas metas de la Medicina y la Enfermería<sup>93</sup>.

### *Período religioso*

Al desarrollar las técnicas agrícolas, aumentó la producción de alimentos, la alimentación se hizo más variada, aumentó la población y se hizo sedentaria. Se incrementó la esperanza de vida, nacieron los burgos, el intercambio comercial y el desarrollo de la vida social supuso la aparición de enfermedades infecto-contagiosas que se expandieron por las rutas comerciales y dieron lugar a grandes epidemias que mermaron las poblaciones. A medida que la sociedad adquirió mayor complejidad estructural se desarrollaron las funciones religiosas. Los magos y sacerdotes detentaron el poder sobre la vida y la muerte como intermediarios de la Divinidad. Los conocimientos sobre la curación y los rituales para conseguirla se transmitieron en círculos cerrados y dentro de la estructura del poder social.

Las mujeres en el ámbito doméstico continuaron prestando los cuidados y procurando las medidas necesarias para el mantenimiento de la vida. Surgió en este periodo la enfermería que prestaba sus cuidados a la comunidad. Es una práctica antigua que según Leahy y Cobb<sup>94</sup>, se inició con la irrupción del cristianismo que practicaba la visita a los enfermos en sus hogares; práctica recogida por San Pablo en sus escritos en torno al año 60 de nuestra era. Febe fue la primera “enfermera visitadora” que surgió dentro de una organización religiosa, lo

---

<sup>93</sup> Collière en: Alberdi, 1999, pp. 63-73.

<sup>94</sup> Cobb, 1984.

que impregnará a lo largo de la historia el carácter “caritativo” de la profesión enfermera.

En el Mundo Clásico también se desarrollaron acciones que indican una conciencia sanitaria pública. Los griegos valoraban las medidas de higiene corporal y comunal. Los romanos realizaron importantes obras públicas de ingeniería sanitaria, crearon leyes que disponían de censos de población, así como la inspección sanitaria de locales y mercados. También crearon los hospitales de campaña y *valetudinarium* para atender a las víctimas de las guerras y pobres o necesitados. En muchos casos las casas de nobles se convirtieron en verdaderos centros sanitarios, donde la población enferma de la plebe fue atendida por mujeres de la nobleza romana cristiana. En Ostia en el año 400, se creó un hospital estable al frente del cual, estuvieron un grupo de mujeres nobles.

Durante la Edad Media, se instauraron los conceptos de aislamiento, cuarentena, cordón sanitario, como medidas sanitarias para controlar las epidemias. Se crearon los lazaretos para atender a los leprosos. En los burgos se crean los hospitales al amparo de las abadías. En España, los antecedentes de grupos enfermeros se encuentran desde los Reyes Católicos con diversos nombres como ya hemos comentado anteriormente: enfermeros de hombres, enfermeras de damas, barberos, sangradores. En el siglo XVI se dieron tentativas esporádicas de establecer un servicio de cuidados de enfermería domiciliaria a cargo de religiosas con la aparición de las órdenes religiosas, hermandades y cofradías. Estas organizaciones, resolvieron de forma autosuficiente gran parte de los problemas colectivos de enfermedad, viudedad, entierro y funerales. A estas organizaciones hoy les llamaríamos de “desarrollo comunitario” u “ONG”, contrataban “enfermeras y enfermeros” para la atención de los asociados y regulaban la selección y el comportamiento de los profesionales<sup>95</sup>. Todavía siguen cumpliendo alguna de sus funciones en el momento actual en ciertas instituciones como las que desarrollan las hermandades y cofradías de la Semana Santa en algunos lugares de Aragón y Andalucía<sup>96</sup>, que durante el año resuelven problemas sociales de sus barrios.

Las órdenes religiosas en los siglos XVII y XVIII cubrieron un amplio abanico en la atención a los pobres y enfermos, llevando a cabo una normalización de la labor

---

<sup>95</sup> Ventosa, 1984,

<sup>96</sup> Moreno, 1982,

enfermera (Título 9º y 10º de Reglas y Constituciones para el hospital de Juan de Dios de la ciudad de Granada, 1585). Existen referencias sobre los antecedentes históricos de la Enfermería de Salud Pública que se sitúan en el siglo XVII, con la fundación de la "Cofradía de la caridad" por San Vicente de Paúl (1576-1660), que contemplaba la atención de enfermería a domicilio a los enfermos pobres. Este servicio estaba basado en dos principios actualmente vigentes: consideraban a la familia como unidad de servicio y realizaban un seguimiento continuado de las familias atendidas.

Es también en ésta época, por tanto, cuando comienza, aún de forma balbuceante, el desarrollo de las concepciones que podríamos llamar "teóricas" sobre las funciones y el carácter de la profesión.

Durante el Renacimiento y la Reforma, con el nacimiento de la era moderna se crearon las primeras escuelas de Medicina, cuyos médicos se hicieron cargo de los hospitales municipales existentes. Según Alberdi<sup>97</sup> se inició el agravio comparativo entre medicina académica y enfermería doméstica. En los países de religión protestante, los cuidados se desprestigiaron porque los prestaban mujeres de baja extracción social, ya que no eran motivo de santificación, como sí sucede en el ámbito católico. Los pobres y enfermos pasaron a ser incurables y se tendió más a su "aislamiento" que a su curación.

García Navarro denomina este periodo como la "Etapa vocacional de la Enfermería"<sup>98</sup>, ligada a las necesidades que plantearon la Reconquista y las peregrinaciones del Camino de Santiago. Las peregrinaciones supusieron un medio de propagación de enfermedades infecciosas. Los hospitales de peregrinos albergaban, a la vez que educaban y custodiaban a los discapacitados<sup>99</sup>. Diversos autores han tratado de identificar las normativas y funciones de las y los enfermeros. Parrilla y Sánchez<sup>100</sup> de los hospitales de Santa Marta y San Hermenegildo también llamado Hospital de los heridos en Sevilla. Fargues y Tey<sup>101</sup>, han revisado los reglamentos, registros notariales, actas y otros documentos del

---

<sup>97</sup> Alberdi, 1999, pp. 63-73.

<sup>98</sup> García, Moreno y Vera, 2003, pp. 1-11.

<sup>99</sup> Canal, Morlans, Carrero. y Prado, 1999, p. 42.

<sup>100</sup> Parrilla y Sánchez, 1999, pp. 103-114.

<sup>101</sup> Fargues y Tey, 1995, pp. 47-53.



hospital de la Santa Cruz de Barcelona. Calvo<sup>102</sup> ha estudiado los dos grandes hospitales de Sevilla en el XVI Amor de Dios y Espíritu Santo, realizando una amplia descripción de los y las enfermeras y enfermeros mayores, los llamados menores, sus salarios y sus reivindicaciones. Tanto Fargues como Calvo han realizado una comparación con los modelos actuales de Necesidades Básicas de Henderson comprobando que asumían muchos de los cuidados con criterios semejantes a los actuales. Hay coincidencia entre los autores a la hora de destacar la capacidad de decisión de los enfermeros en relación directa con los administradores en la toma de decisiones, tales como contratación de personal y gestión de donativos, capacidad que luego se perdió.

El siglo XVII es el final de la Reconquista con la expulsión de los moriscos en 1610, lo cual supuso una importante pérdida de población que en la península, en Aragón, supuso un 30%. Los principales hitos se relacionaban con el hospital Ntra. Sra. de Gracia (ubicado en lo que hoy es el Banco de España en la plaza del mismo nombre de la ciudad de Zaragoza). En el siglo XVIII Teresa Herrera fue la fundadora del Hospital de la Caridad en la Coruña en 1712 con ayudas de la iglesia y de la alcaldía. En 1789 inició la construcción de otro hospital que contó con tres médicos, siete enfermeros y un capellán. Anexo hubo un hospicio para recoger expósitos, 18 de los cuales fueron en la expedición de la vacuna, que Jenner llevaba al nuevo mundo. Isabel Cendales enfermera y rectora de este hospital, fue con los niños en esta expedición<sup>103</sup>. Con Carlos III se inició la atención a los expósitos que Godoy sugirió que fueran educados para la armada. A finales del XVIII y comienzos del XIX comenzaron a abrirse en Francia e Inglaterra los primeros dispensarios para facilitar a las madres trabajadoras<sup>104</sup> una educación sanitaria elemental y hospitales pediátricos con una atención sanitaria diferenciada. De los comienzos del siglo XIX, hemos de destacar la gesta heroica de las enfermeras<sup>105</sup> en la guerra de la Independencia.

---

<sup>102</sup> Calvo, 2001, pp. 355-379.

<sup>103</sup> González, Iglesias y Prol, 1995, pp. 9-13.

<sup>104</sup> González, Méndez, Pichel, Prieto y García Sánchez, 2000, pp. 451-456.

<sup>105</sup> Blasco ha encontrado figuras femeninas de relevancia tales como la condesa de Bureta, Juliana Domínguez, en Ejea que también tuvo un importante papel en esta guerra. Al igual que Agustina de Aragón, la figura de Lorenza Marcén en la Batalla del Llano en Leciñena.

### *Las Órdenes Religiosas Asistenciales*

Las órdenes religiosas fueron numerosas en la península ibérica desde la Edad Media en pro de la Reconquista y por su presencia en la Ruta Jacobea. La reforma cisterciense se introdujo en España en el siglo XII, la nueva orden de San Bernardo y algunos monasterios benedictinos como el del Leire adoptaron la nueva regla. Una de las órdenes más importantes del Camino Jacobeo fue la de San Benito, y también la de San Agustín en Roscivalles<sup>106</sup>. De las reglas de San Fructuoso<sup>107</sup> que se basaban en la de San Isidoro se destaca, la acogida a los enfermos y el trato preferente a los ancianos. Los antonianos se dedicaron a los leprosos y a los hospitales los hospitalarios o sanjuanistas. Hubo numerosas villas y pueblos con hospitales para acoger peregrinos del camino de Santiago, hospitales para acoger enfermos, y los hubo mixtos<sup>108</sup>

La orden de San Juan de Dios<sup>109</sup> surgió en el siglo XVI junto con la de los hermanos Obregones y la de los Belenitas, esta última ya a comienzos del XVII. Jugaron un importante papel en la reforma de Felipe II, y transformaron de manera no traumática, en el mundo católico, las estructuras hospitalarias tradicionales por otras más eficaces y modernas. Su ideal fue socorrer al enfermo pobre<sup>110</sup>, para lo que establecieron criterios homogéneos en la organización, formación del personal en las técnicas y el uso de medicamentos<sup>111</sup>. También en las colonias españolas en América hubo atención por parte de las órdenes religiosas, entre otras de los Bethelimitas<sup>112</sup>

La orden de San Juan de Dios se difundió por España, Europa e Iberoamérica, fundando sus primeros hospitales en Granada en 1539, Italia 1572, Francia París 1602, Austria 1605, Polonia 1609, Colombia 1596, Panamá 1596, Cuba 1603, México 1608, Perú 1608, Bolivia 1615, Chile 1615, Checoslovaquia 1620 y en

---

<sup>106</sup> Urmeneta, 2001, pp. 519-527.

<sup>107</sup> Canal, Morlans, Álvaro y Pedrera, 2001, pp. 245-248.

<sup>108</sup> Blasco, Cía J, Cía P, 2000, p.

<sup>109</sup> García Martínez, AC, García Martínez, MJ y Valle, 1995, pp. 31-35.

<sup>110</sup> Ventosa, 1995, pp. 15-18. En 1540 Carlos I y su Consejo Real en Madrid, promulgaron una ley que estipula que todos los pueblos procurase reducir sus hospitales a uno solo.

<sup>111</sup> García Martínez, AC, García Martínez, MJ y Valle, 1995, pp. 65-72.

<sup>112</sup> Sanz, 1995, pp. 129-141.

años posteriores en Portugal y Australia. Fueron varias ciudades por cada país las que fueron implantando los hospitales de la orden<sup>113</sup>.

El siglo XVI supuso para los países que permanecieron fieles a Roma, la consolidación definitiva de una espiritualidad que, surgida en el siglo XII, llevó el ideal de perfección cristiana a todos los creyentes, eclesiásticos o laicos. En este nuevo ambiente era ya posible alcanzar el cielo viviendo entre los hombres, sin necesidad de retirarse al convento o al desierto; más aún la solidaridad con el prójimo, la caridad y el servicio hacia los demás, se convirtieron en las mejores garantías para asegurarse la gloria. La iglesia católica defenderá, frente al calvinismo, el valor insustituible que tenían las obras de caridad para la consecución de la salvación.

En este clima religioso y social<sup>114</sup> se ubica la obra de San Juan de Dios, uno de los personajes más estudiados y emblemáticos de la espiritualidad del siglo XVI que supo llevar a la práctica el ideal del hombre nuevo propuesto por la reforma española en el que la unión íntima con Dios se traducía en una entrega total a los demás. Su figura fue tan popular que se sabe que los moriscos acudieron a su cortejo fúnebre debido al buen entendimiento que hubo con ellos

“La rica pero sosegada vida interior de San Juan de Dios, su espiritualidad pasiva y reflexiva, intimista, alejada de grandes dogmas, estaba cercana a la sensibilidad religiosa morisca y a la forma de concebir la relación entre el hombre y Dios. Lo que fue una virtud teológica para los cristianos, constituía uno de los cinco preceptos básicos del Islam<sup>115</sup>”.

“La filosofía del modelo Juan de Dios en el que los cuidados son sinónimo de ayuda, confortación y crecimiento personal del más necesitado. Ideas centrales: que se nombren los religiosos suficientes para el cuidado de los pobres. Exortatorios para la mejor asistencia de los pobres que deben leerse con cuidado. Cuidado con los pobres que están agonizando. Que haya vela del día y de noche en las enfermerías con penas si se falta. Que se reciban cuantos pobres vinieren a las enfermerías y lo que en ellas debe hacer el enfermero. Que se pregunte a los enfermos lo que quieren comer y noticia que se ha de dar al Prelado. Se cuidará del aseo de la ropa de los enfermos. Regula la entrada de mujeres

---

<sup>113</sup> Miralles, 1995, pp. 59-61. Juan Ciudad y Duarte nombre de San Juan de Dios, nació en 1495 en Montemos o Novo (Portugal). A los 8 años pasó a España, recogido y educado por el Mayoral del Conde de Oropesa, fue soldado, pastor y librero. Abrió su primer centro hospitalario en 1540 en Granada donde murió el 8 de marzo de 1550. El primer sello se emitió por Portugal en 1949, en España en 1950 para conmemorar su IV Centenario. Para celebrar años de la llegada de la Ordena sus países emitieron: Austria en 1965; Irlanda en 1979 y el Vaticano en 1986. Son sellos con intención devocional donde se refleja sobre todo el motivo religioso; El monográfico de Juan de Dios, 1995, recoge artículos interesantes. Se conocen: 5 obras en los Textos Clásicos. 13 referencias en Apuntes Biográficos. 6 en Textos divulgativos. 7 en Recreaciones literarias. 8 en Materiales Hagiográficos y Devocionales. 28 Orden hospitalaria. 7 Hospitales de la Orden. 3 Juan de Dios y la enfermería. 7 Textos históricos. pp. 40-42.

<sup>114</sup> Viñes, 1995, pp. 9-14. Describe e ilustra el especial clima de la ciudad de Granada tras la conquista por los Reyes Católicos. Ciudad en la que Juan de Dios realizó su obra social.

<sup>115</sup> García Pedraza, 1995, pp. 23-26.

y hombres en las salas respectivas. Pedirá el enfermero cuanto precise al prelado. El aseo que deben tener las enfermerías. Confesión y lavado de pies en la recepción de los enfermos. Las comidas, los oficios religiosos, los entierros y el registro de los pobres en un libro cuando ingresan”<sup>116</sup>.

Pobres, desvalidos y enfermos eran los asistidos en los hospitales medievales influidos por las órdenes religiosas como los Franciscanos<sup>117</sup>. Así se puede observar en la *Regula Monachorum* (529) o la de San Benito. O, en la regla de San Isidoro (556-636), obispo de Sevilla: “Los enfermos de cualquier enfermedad que adolezcan, han de residir en una sola casa y han de estar encomendados a un solo individuo apto para ello”<sup>118</sup>.

El trato fue el mismo para hombres y mujeres y la atención se prestaba en los monasterios, y en los pequeños hospitales permanentes que a partir del siglo XII crearon los nuevos concejos de las nacientes ciudades. Hubo diversas instituciones cuidadoras: Albergues, hospederías para transeúntes y peregrinos; hospitales para enfermos; lazaretos para leprosos; hospicios para huérfanos, asilos para pobres, viejos y enfermos mentales.

El oficio de enfermera en el Hospital de San Antolín de Palencia en 1398, describe las funciones de la enfermera Mayor:

“Sepa que está puesta en oficio de madre para con sus hijos y ansí a de tratar a todos los enfermos, con gran amor, sufriendo sus importunidades que la enfermedad les hace tener, y mire que le cabe el nombre de huésped de Jesucristo. Aborda la higiene de la cama, la ropa, la comida, el pase de visita médica, el mando de las enfermeras menores, estimular el apetito, dar la extraunción, acompañar en la muerte, madre de los expósitos.”<sup>119</sup>

Blasco y col. analizan diversos trabajos relacionados con la orden de San Jerónimo<sup>120</sup>. El enfermero mayor supervisaba los cuidados relacionados con las necesidades básicas, gestionaba tareas administrativas como la contratación de personal y de los ingresos por limosnas, la compra de productos y la aplicación de prescripciones derivadas del trato con médicos y practicantes cirujanos.

---

<sup>116</sup> G<sup>a</sup> Pedraza, transcripción, de 1992, pp. 57-61.

<sup>117</sup> Prieto, Santos J, Santos C, y Vivas, 2001, pp. 46-48.

<sup>118</sup> Ferrer, 2001, pp. 49-50.

<sup>119</sup> Eseverri, 2001, pp. 50-51. Documento manuscrito que contiene las “Instrucciones para la gobernación del Hospital San Antolín y lo que cada uno es obligado a hacer en su oficio”. Catedral de Palencia (Armario III, Leg 15, hospitales nº 618). Escrito en latín, describe las funciones de la enfermera Mayor.

<sup>120</sup> Blasco, Cía J., Cía P, 2001, p. 53

En el Hospital de la Santa Cruz la enfermas eran atendidas por las “dona de los malaltes”, cuya organización era similar a la de las salas de hombres en la atención dada a los enfermos. Sin embargo la contratación de sirvientas y la gestión económica era llevada a cabo por el enfermero mayor que cada día visitaba las salas de mujeres<sup>121</sup>.

El hospital Antón Martín de Madrid<sup>122</sup> se fundó<sup>123</sup> como albergue para pobres y mendigos llegando a ser después un importante hospital renacentista. Al igual que en los anteriores, los hermanos Mayores en los Hombres y las Madres Hermanas Mayores para las mujeres se encargaban de los cuidados de los hospitalizados, alimentación, aplicación de tratamientos médicos y consuelo espiritual<sup>124</sup>. El hermano mayor y los semaneros tenían a su cargo la recogida y control de limosnas y la compra de alimentos.

En Francia, las Hermanas de la Caridad realizaron un importante servicio cuyo modelo asistencial se implantó en España, siendo en Aragón figura clave María Rafols<sup>125</sup>.

La figura de esta enfermera, está ligada al hospital de Nuestra Señora de Gracia. De origen catalán, llegó a Zaragoza en 1804 a demanda de la Sitiada (Junta gestora) para reorganizar la vida interna del hospital. Durante la guerra de la Independencia la ciudad de Zaragoza sufrió asedio en dos ocasiones por los ejércitos napoleónicos. En este período el papel de María Rafols fue clave. Ante la falta de alimentos y ropas en la que se encontraban los enfermos y los soldados heridos, solicitó del mariscal Lannes una tregua para recoger a los heridos y alimentos para evitar su muerte: “Acompañada por dos hermanas sale por la puerta de Santa Engracia, atraviesa la zona peligrosa y arrojándose a los pies de Lannes solicita su amparo y que le facilite medicinas y víveres. Estas salidas fueron

---

<sup>121</sup> Fargues y Tey, 1995, pp. 47-53

<sup>122</sup> Transcripción, 1993, pp. 50-53. El artículo reproduce un manuscrito encontrado en la Biblioteca Nacional (19 de enero de 1723) cuyo original está en el archivo de Simancas (6 de Diciembre de 1589).

<sup>123</sup> Ventosa, 1994, pp. 58-59. Inicialmente fue el Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios, nombre dado por su fundador el hermano Antón Martín en el año 1552, que sufrió varias reformas debido a la integración de varios hospitales pequeños hasta ser hospital general en 1603.

<sup>124</sup> Fernández, 1995, pp. 143-152.

<sup>125</sup> Sáez, 2000, p.p 247-260.

realizadas varias veces<sup>126</sup>. Organizó un equipo de atención de varias enfermeras y evitó la muerte de muchas personas. Posteriormente fue requerida por los franceses para realizar la misma labor entre sus ejércitos. Entre 1808 y 1809, Rafols realizó una labor similar a la de Henry Dunant, precursor de la Cruz Roja por su labor de tregua en las guerras para asistir a los heridos.

### *Periodo Técnico*

Este periodo se corresponde con la revolución industrial. Se produjo una gran emigración de la población del campo a la ciudad, apareciendo nuevos barrios hacinados e insalubres y con deficientes condiciones de las viviendas. Aumentaron las enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, el cólera y los problemas asociados al nuevo sistema productivo, los accidentes de trabajo. Aparecieron la fatiga, las enfermedades profesionales y neurosis causadas por la cadena de producción. Los descubrimientos científicos de Pasteur y Koch y la medicina experimental que preconiza Bernard, proporcionaron a la acción sanitaria, la base científica para desarrollar las actividades en el campo de la prevención.

Los hospitales de la caridad privados fueron insuficientes para atender la demanda de la población y además carecían de la nueva tecnología que requerían las intervenciones quirúrgicas. Los trabajadores no podían costearse las nuevas y costosas técnicas médicas. Por ello, los Estados se plantearon soluciones para atender a la masa obrera, importante fuerza productiva de manera que se reincorporasen pronto al trabajo. Así se crearon los primeros pasos para la Medicina Socializada. La cobertura abarcaba la enfermedad y los accidentes de trabajo, cubriéndole el sueldo y la asistencia sanitaria. El primer Seguro de Enfermedad se creó en Alemania durante la República de Bismark en 1890.

Aparecieron también los primeros servicios de vigilancia sanitaria que actuaban sobre el medio ambiente, principalmente con la canalización de aguas residuales y

---

<sup>126</sup> Blasco Solana, 1995, pp. 33-39. María Rafols fue una de las heroínas de la Guerra de la Independencia durante los Sitios de Zaragoza. Destacamos el cuaderno-homenaje nº 23 de la Institución Fernando el Católico. Este homenaje se realizó con ocasión de dedicar la Sala de Grados de la nueva Escuela de Ciencias de la Salud a esta enfermera. Fernández Doctor contextualiza la sanidad de la época, Eguía de las hermanas de la Caridad y Solsona de la mujer en Aragón, con énfasis en las heroínas. La Asociación los sitios de Zaragoza, en su recorrido anual por los lugares emblemáticos de la ciudad, visita las tumbas de las heroínas. [www.asociacionlossitios.com/madrerafol.html](http://www.asociacionlossitios.com/madrerafol.html)

la potabilización de aguas; igualmente las normas y medidas para el aislamiento en caso de enfermedades infecciosas.

En los países de cultura católica, la Enfermería sigue en las Ordenes Religiosas que siguen llevando el peso de la sanidad. La corriente liberal generó movimientos sociales en el que estuvieron las mujeres burguesas que reivindicaron unas mejores condiciones sociales. Destacamos “El visitador del pobre” (1860), obra en la que Concepción Arenal abordó el tema de la visita domiciliaria, una de las actividades más características de las enfermeras. Los planteamientos de Arenal estaban en sintonía con los propiciados por el colectivo de mujeres que colaboraban con el movimiento sanitarista británico (1850-1890)<sup>127</sup>.

#### *Periodo Científico-Técnico. Actual*

Es el período actual que se caracteriza por un espectacular aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general y sobre todo infantil, a la vez que aumentan las enfermedades degenerativas, crónicas y las incapacidades e invalideces. Varias son las causas: accidentes laborales, de tráfico, enfermedades mentales, drogadicción y enfermedades crónicas diversas. Hay un encarecimiento progresivo de la asistencia debido al aumento de la demanda de servicios de la población, sofisticada tecnología sanitaria, especialización médica, crecimiento espectacular de la industria farmacéutica y a los largos procesos de atención que requieren los enfermos crónicos.

Todo ello hace que los estados europeos tengan que asumir, no sólo la asistencia de los trabajadores y sus familias, sino de toda la población. Esto obliga a una profundización del sistema de medicina socializada y desarrollo de los servicios sociales. Los objetivos de la atención se hacen más amplios: Proporcionar cobertura a toda la población, no solo a los enfermos discapacitados, sino también a los sanos. Actuar sobre el medio ambiente como determinante de salud.

Tras dos guerras mundiales en menos de medio siglo, en 1948 se realizó la declaración universal de los derechos humanos y se creó la Organización de Naciones Unidas (ONU);. Poco después, dependiendo de ésta, se creó la

---

<sup>127</sup> Gascón, 2002, p.5

Organización Mundial de la Salud (OMS) que definió la salud como: *el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad*. Muchas definiciones han seguido a ésta en la segunda mitad del siglo XX.

Hoy en día el concepto de salud se considera no solo desde la óptica de los profesionales sino también de los ciudadanos. Así, tras la definición considerada *ideal* de la OMS, hay otras diversas definiciones que refuerzan aspectos concretos. El énfasis en la Salud Mental de la cual son defensores Peplau y Talcott Parsons entre otros muchos autores. Otro grupo de teorías explican la salud como una fuerza o habilidad personal para adaptarse de manera positiva a los problemas y sufrimientos de la vida. Uno de los conceptos que predomina en la actualidad es el de considerar la salud como un bien, es decir una cosa que puede ser dada o adquirida sin participación personal en el proceso. Gascón habla de “salud médica” como lo que puede obtenerse comprando cirugía o drogas para curar una enfermedad cualquiera. Esta teoría deja en manos de los médicos y las medicinas la posibilidad de mantener y en su caso de recuperar “la salud ideal”, anulando los potenciales de la persona. Mas adecuada al pensamiento enfermero es la definición de Salud de Mónica Caballé: “El cuidado entendido como el compromiso cotidiano con la propia integridad o la capacidad de crear espacios de diálogo que favorezcan que la persona pueda desplegar su ser en plenitud”<sup>128</sup>.

En resumen, la salud es un concepto complejo y controvertido. Quizás sería interesante que los profesionales hiciéramos, periódicamente, una reflexión de cuál es nuestra concepción personal y en qué medida influye en nuestra manera de ejercer la profesión.

### 1.2. La historia de las Matronas

Los estudios sobre matronas han sido motivo de interés de los investigadores de la Historia de la Enfermería y la Matronería como son los trabajos de los hermanos García Martínez<sup>129</sup> y, de las investigadoras de las Historia de la Medicina. De nuevo

---

<sup>128</sup> Caballé, 2004, p.55

<sup>129</sup> García AC, García MJ y Valle, 1997, pp. 62-82; García MJ 85-99; García MJ y Espina, 1999, pp. 285-332; García MJ, García AC y Valle, 1994, pp. 47-56



Teresa Ortiz la historiadora de la medicina nos introduce en las diferencias entre saber y reconocimiento.

“La capacidad sanadora de las mujeres y el saber médico no han sido condiciones suficientes para obtener el reconocimiento de autoridad de los profesionales hombres. Han sido relaciones conflictivas durante los procesos de institucionalización y especialización médicas que han sido de exclusión y de subordinación para las mujeres. Son diáfanos en las profesiones de tradición femenina, elemento básico de análisis entre las matronas y los médicos que se disputan un mismo espacio de práctica. La contradicción entre la subordinación técnica y la autonomía profesional de las matronas inglesas se ve en otros contextos y es una manifestación de las mujeres en los procesos de marginación profesional”<sup>130</sup>.

Desde enfoques feministas ha habido importantes reflexiones acerca del trato que se ha dado a las matronas, en asociación al dado a las brujas y enfermeras. Así fue emblemática la obra *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras*. Dolencias y trastornos, política sexual de la editorial feminista La Sal<sup>131</sup>. Este título ha inspirado trabajos posteriores como la ponencia con el título *Brujas, enfermeras y parteras* presentadas en el congreso de Enfermería en Atención Primaria en Palencia<sup>132</sup>.

Los hermanos García Martínez, impulsores y directores de la revista *Híades*, en su artículo *Fechas clave para la Historia de las Matronas en España*<sup>133</sup>, dan una visión de conjunto, lo iniciaron con tres textos bíblicos, extraídos del Génesis y señalaban que las comadronas hebreas gozaban de un elevado prestigio social. Este concepto de prestigio de las matronas permanece en algunas sociedades occidentales como en Dinamarca y Holanda. En estos países las mujeres son vistas y atendidas por matronas y solo en casos especiales se consulta con los tocólogos. Los tres textos bíblicos analizados fueron: el parto de Raquel, hija de Labán y esposa de Jacob; el parto gemelar de Tamar en el 1700 antes de Cristo y, las parteras Sifrá y Puá hacia el 1600 antes de Cristo que desobedecieron al Faraón que había decretado: *arrojareis al Nilo a todo niño que nazca entre los hebreos, pero dejareis con vida las niñas (Exodo, I, 15-22)*. Las matronas no mataron a los niños varones tal y como les había ordenado. Cuando fueron requeridas en su presencia utilizaron un interesante argumento: “Las mujeres hebreas no se parecen

---

<sup>130</sup> Ortiz, 1999, pp. 17-24. Sobre educación 1996; sobre trabajo 1996; de los siglos XVII y XVIII 1995.

<sup>131</sup> Ehrenreich, y English, 1984, p. 89

<sup>132</sup> Eiranova P y Eiranova B, 1999, pp. 111-116. Martínez Vidal, 2001, pp. 3-27 ha analizado las parteras en la época de la Ilustración.

<sup>133</sup> García MJ y García AC, 1999, pp. 243-260.

a la mujeres egipcias, ya que están llenas de vida, y dan a luz antes que llegue a ellas la partera”<sup>134</sup>.

En la Edad Media el aprendizaje empírico se transformó en gremial para sanadores, herbolarios, practicantes y matronas en el medio rural y en universitario para médicos, cirujanos y boticarios en los recientes burgos. En el siglo XV, las matronas gozaban de mucho prestigio en la Corte de Castilla y recibían formación teórica y práctica. En 1477, la reina Isabel la Católica creó el Protomedicato de los reinos de Castilla y León<sup>135</sup>. El primer presidente y el segundo eran médicos de la corte del rey y la reina respectivamente y, había alcaldes examinadores que procedían de la casa de Borgoña. Sus componentes recibían los honorarios por la corona y por las tasas de los examinados. Aprendían de maestras y por su buena o mala fama hacían su clientela.

El Protomedicato era heredero de las leyes del Fuero real de Castilla que establecía que los Alcaldes (en el sentido de juez) de los pueblos examinaran a los aspirantes a ejercer un oficio sanitario y controlar su buena práctica. Era un título otorgado por el rey y los había de físicos (médicos), maestros en llagas, cirujanos, alfagemes (barberos), albítares (veterinarios), parteras y de *semejantes oficios*. Las mujeres ejercían de parteras, especieras o drogueras que también recibían los nombres de *saludadoras*, *santiguadoras*, y *ensalmadoras* y solían combinar las oraciones con el uso de las hierbas. Eran inofensivas, sin embargo en situación de tortura declaraban lo que se les acusaba y, esto último, es lo que ha llegado hasta nuestros días. Estas figuras están a caballo entre la superstición y el arte de la curandería; Lisón las denominó "brujas curanderas"<sup>136</sup>. En 1576 Felipe II abolió la legislación que hacía referencia a la obligatoriedad de que la matrona fuera examinada por el tribunal del Protomedicato<sup>137</sup>. Al no exigirles examen a las matronas, se favoreció la aparición de parteros hombres<sup>138</sup>.

---

<sup>134</sup> Ruiz, 1995, pp. 35-42

<sup>135</sup> Ferrer, 1999, pp. 37-40.

<sup>136</sup> Amezcua, 2000, pp. 117.134.

<sup>137</sup> Ortiz Gómez, 1996, pp. 109-120; Arcas MJ, Ortega, Navarro Jiménez, María del Carmen y Arcas P, 1994, pp. 139-144.

<sup>138</sup> En las ciudades de Zaragoza, Barcelona, Sevilla y Valencia no fue de aplicación la suspensión de examen a parteras ordenada por los Reyes Católicos. Arcas MJ, Ortega, Navarro Jiménez, María del Carmen y Arcas P, 1994, pp. 139-144.

Durante los siglos el siglo XVI y parte del XVII las matronas aprendieron su oficio mediante la observación y participación en multitud de partos<sup>139</sup> y lectura de textos. A diferencia de los barberos, las matronas brindaban apoyo físico y emocional<sup>140</sup> y realizaban peritajes<sup>141</sup>. Las licencias a las matronas las concedían las autoridades eclesiásticas que les prohibieron recetar e informar sobre desfloraciones sin el consejo de un médico licenciado. Como no estaban organizadas en gremio, no tenían voz pública ni influencia social suficiente para que pudieran ser una amenaza para los médicos y demás profesionales autorizados por el Protomedicato. Fueron acusadas de practicar sangrías, las cuales practicaban en la safena para provocar abortos<sup>142</sup>.

En la primera mitad del XVII el jurisconsulto Alonso de Carranza escribió un alegato en el que resalta los valores de buena imagen de la matrona mantenida a través de los siglos, privilegios mantenidos desde la Antigüedad, importancia de sus funciones para la sociedad, mantenimiento del nivel demográfico, labor jurídica de peritaje (confirmación del embarazo, certificación del parto, de la esterilidad, de virginidad) y, conocimientos de la patología femenina. Se apoyó en los clásicos como Phenareta, madre de Sócrates, y Victoria Sabina a la que dedicó un libro Teodoro Prisciano

“Las comadres como los médicos y otros profesores de artes liberales, gozan de privilegio de ser despachadas breve y sumariamente para poder acudir prontamente a su trabajo”<sup>143</sup>.

¿Qué estaba ocurriendo en torno al oficio de las matronas para que un reconocido jurisconsulto decidiera emplear parte de su valioso tiempo en escribir y preocuparse de imprimir un trabajo en defensa de estas profesionales? En la primera mitad del XVII de 100 matronas cuantificadas por el arzobispado de Sevilla, 15 tenían título o carta o Licencia, 6 eran ocasionales y 79 no tenían requisito legal, pero ejercían habitualmente.

“Era una situación difícil que se venía acentuando en los dos últimos siglos... dos concepciones entre la tradicional matrona experimentada y la de formación teórico-práctica...la presión sobre estas profesionales se hizo cada vez mayor...contribuyó a un deterioro paulatino de la imagen de la partera entre médicos y practicantes”<sup>149</sup>

---

<sup>139</sup> Martínez, 1992, pp. 169-176.

<sup>140</sup> Mata, Martínez, Chás y Castro, 2001; Kairmont, 1999, p. 82

<sup>141</sup> Urmeneta, 2001, pp. 33-34.

<sup>142</sup> Bover, Gallego, Mulet y Ruiz, 1991, pp. 349-354.

<sup>143</sup> García MJ, 2001, pp. 299-309.

En 1750 el rey Fernando VI estableció la necesidad de realizar un examen a las parteras. Se les exigía (como a médicos, cirujanos o barberos) ser cristianas, con fé de bautismo, certificado del cura párroco de buenas costumbres e información sobre limpieza de sangre. En Aragón se les dio el título desde el Colegio de médicos y cirujanos agregado a la universidad<sup>144</sup> y se inició el control del intrusismo<sup>145</sup>. En Navarra en 1845, por una Real Orden se convalidaron todos los títulos de Matronas expedidos por el Protomedicato de Navarra antes de 1844<sup>146</sup>.

Desde el siglo XV hasta el XVIII, hablar de matronas es hablar de mujeres expertas en partos y otros aspectos de la salud de la mujer. A partir del XVIII las ideas mercantilistas pasan a ser política de los Estados, lo que dio lugar a una mayor regulación, elaboración teórica, prestigio social del oficio; a la entrada de cirujanos y mayor prestigio a éstos, que dejaron para las mujeres el espacio de los partos no complicados. El hospital era el lugar para los hombres y el hogar para las matronas.

Las matronas reaccionaron escribiendo una escritura técnica que buscaba instruir a otras matronas y a la vez demostrar el dominio de su oficio. Una y otra cosas eran necesarias para hacer frente al proceso de difamación profesional, que las acusaba de ignorantes y les hacía responsables de la mortalidad infantil, y para conservar el oficio de partear. Usaron la técnica de los textos dialogados, preguntas y respuestas, obras cortas en un estilo que también usaron los cirujanos y médicos de la época. Reconocieron la jerarquía médica y a los cirujanos, a los que criticaron su modo de hacer:

"Quisiera suplicar a los cirujanos que asisten a mujeres en su parto que saquen la placenta con paciencia, como las matronas, o que dejen que la matrona las saque, por el desgarramiento que he visto en las placentas que algunos cirujanos extraen"<sup>147</sup>.

Como excepcionalidad, las "matronas" usaron la estrategia de decir que recibían su información de Dios, lo cual les hacía excepcionales y así las podía aceptar mejor el Antiguo Régimen. También se desmarcaban de las "parteras" que eran totalmente empíricas. Su obra fue muy divulgada, pero no fue suficiente para

---

<sup>144</sup> Cuadri, 1999 pp. 261-270.

<sup>145</sup> Buendía, García y Guil, 2001.

<sup>146</sup> Valle y García MJ, 1994, pp. 61-67; A partir de los libros de visitas pastorales se puede conocer la situación de las matronas, distribución por pueblos y habitantes, formación o sin ella, prácticas de bautismo, edad de las matronas y críticas sociales. Registro, 1994, pp. 13-33.

<sup>147</sup> Ortiz y Sánchez, 1995, pp. 249-56. El tránsito del XIX al XX Martínez y Ortiz, 1998.

afrontar la dinámica social que las quería encerradas en la domesticidad y acabaron sepultadas bajo montones de otras obras a muchas de las cuales habían servido de fuente de inspiración. Diversos trabajos abordan la figura de la matrona desde aspectos éticos<sup>148</sup>.

Las matronas también se ocupaban de la educación que debían brindar las madres a los hijos, lo que actualmente ha hecho que algunas autoras argumenten los fundamentos de la educación maternal y sus inicios a partir de la primera guerra mundial<sup>149</sup>.

Tenían su propia concepción sobre el dolor de parto, considerándolo muy influenciado por los condicionantes sociales, ya que en sociedades “primitivas”, -se decía- el parto era natural y con baja percepción del dolor. Ello lo atribuían a la actividad física y al influjo psicológico, aspectos ambos que se desarrollan en la educación maternal. Como refuerzo de sus hipótesis psicológicas y culturales en pro de hipervalorar el dolor, se sabe que la reina Victoria de Inglaterra en 1853, fue la primera mujer en dar a luz bajo los efectos del cloroformo. Las ideas de un parto natural o fisiológico, se están recuperando actualmente por científicos<sup>150</sup> y grupos emergentes que cuestionan el aumento del número de cesáreas y el miedo al dolor del parto de nuestra cultura actual<sup>151</sup>.

### *La formación de las matronas*

La formación oficial ha sido una continua preocupación a lo largo de la historia y se llevó a cabo de muy diversas maneras. Todavía en pleno siglo XX, existían las parteras empíricas que recibían la formación de otras parteras o comadres<sup>152</sup>, de manera que el aprendizaje junto a una maestra acreditada, se completaba con actividades académicas<sup>153</sup>. En 1776 la Regia Sociedad de Medicina y Ciencias de

---

<sup>148</sup> Martínez Molina, 1992, pp.72-77; Ruiz, 1995, pp.57-62; Towler y Bramall, 1997, p. 393.

<sup>149</sup> Gala, Díaz y Lupiani, 1993, pp. 41-44.

<sup>150</sup> Odent, 2002, p.5

<sup>151</sup> Olza y Lebrero, 2005, p. 125

<sup>152</sup> Gaviria y Ramalle, 1996, pp. 62-64; Gala, Díaz y Lupiani, 1993, pp. 41-44; Fernández, Álvaro, Carrero y Morlans, 2001, pp. 78-79.

<sup>153</sup> Cuadri, 1999, pp. 261-270

Sevilla propuso crear "Una academia pública para instruir matronas en el arte obstétrico", pero no se aceptó. En 1771, la duquesa de Sajonia creó en Jena la primera escuela de matronas de Europa. Estudiaban anatomía, preñez, parto, cuidados de los niños y enfermedades de las mujeres, aspectos que se excluyeron a mitad del XVIII. La legislación de las Matronas en el siglo XIX fue simultánea con la de Practicantes<sup>154</sup>. En 1861 se legislaron los programas de formación que continuaron prácticamente igual hasta la unificación de 1952 y la posterior creación de la especialidad de ATS en 1957<sup>155</sup>.

Durante la República se propició la figura de la profesora matrona en equivalencia a la de los practicantes. El decreto de Junio de 1952 organizó las escuelas y la Orden de Agosto de 1953 reguló las normas de estudios de las escuelas y los estudios de 3 años de duración; en diciembre del mismo año se regularon los estudios con la denominación ATS. Debían estar dirigidas por un catedrático o médico, una Jefa de Escuela y una secretaria de estudios, ambas enfermeras, profesores médicos para las distintas asignaturas, enfermeras instructoras, capellán y administrador.

"La legislación apoyaba e institucionalizaba la subordinación de la profesión de enfermería a medicina sin olvidar componente religioso"<sup>156</sup>

Desde 1957, la formación de la Matrona es una especialidad de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, se requería tener el título de ATS femenino y menos de 45 años. En 1980 se admitió a los Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos. En 1987 se reguló la obtención de enfermera/o especialista como en Enfermería Obstétrica Ginecológica, sustituyendo a la legislación anterior. En 1992, se regularon los programas y las Unidades Docentes y el acceso al título de especialista. Para cursar los estudios se requiere tener el título de Diplomado en Enfermería o su equivalente de la Comunidad Europea, según directivas, no padecer enfermedad ni limitación física ni psicológica que impida el normal desarrollo del programa formativo. Deben superar una prueba y acreditar méritos académicos y profesionales. Una vez seleccionado se suscribe un contrato de trabajo como enfermeros en formación bajo la supervisión de la Unidad Docente,

---

<sup>154</sup> Camaño y Pedro, 2001, pp. 45-46; Iboleón, 2001, p.34; Ortiz, 1992, pp. 323-346; Ramos, 1994, pp. 35:22; Altamirano, Prieto, Hernández y Galindo, 2003, pp. 291

<sup>155</sup> Arcas P, Arcas MJ, Ortega y Herrera, 1994, pp. 73-77; GAIHE, 1994, pp. 123-131; Cuadri, 1985, pp. 13-16.

<sup>156</sup> Fernández Mérida, 2003, p. 50.

encarga de brindar los conocimientos teóricos y prácticos que constan en el programa. Esta formación se desarrolla en 2 años a tiempo completo mediante el sistema de residencia, comprende 1190 horas teóricas y 2410 prácticas, en total, 3600 horas. Disponen de dos convocatorias en caso de evaluación desfavorable y no pueden faltar más de un 10% en cada materia. En 1993 se crearon 8 Unidades, tres más en 1994, a las que hay que añadir la de Aragón en el 2001. Los objetivos formativos son:

“Formar un especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) que, con una actitud científica y responsable, proporcione una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo reproductivo en relación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación en los procesos patológicos, y a la madre y al hijo en diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al recién nacido sano hasta el 28 día, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados”<sup>157</sup>.

En las Unidades docentes el profesorado titular o asociado deben ser Matronas con “Venia Docendi”. Actualmente existen grupos muy activos con proyectos como, poner en marcha una revista informática de. Animan a la realización de segundos ciclos o Master oficiales (según legislación de la Convergencia Europea), para promover la investigación y manifiestan la necesidad de matronas en los órganos de decisión de la administración a la hora de planificar los programas de prevención y promoción de la salud de su campo de actuación.

### *Los manuales de matronas*

En 1541 se publicó *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridad y de los niños*<sup>158</sup>. Su autor fue el médico mallorquín Damián Carbón siendo la primera obra en lengua castellana y la segunda en el mundo tras el texto de Roesslin. En 1551 el médico Luis Lobera de Avila publicó en Valladolid, *Libro del Regimiento de la salud y de la esterilidad de lo hombres y mujeres y de las enfermedades de los niños*<sup>159</sup>. En Valencia en los siglos XVI y XVII se publicaron: *La profesión de la matrona* a cargo del médico de la Universidad de Alcalá Francisco Núñez de Coria y *La profesión de la matrona* según el tratado de

---

<sup>157</sup> Navarro, Avellaned y Espiga, 2002, pp. 625-641

<sup>158</sup> Gil Sacaluga, 2004, pp. 293-303

<sup>159</sup> García MJ, y García AC, 1999, p. 248; Box, 1942-43, 2 Vol.

Juan Alonso Ruyzes de Fontecha (siglo XVII).<sup>160</sup>

En 1580 se publicó *El libro del Parto Humano*, cuyo autor fue Francisco Núñez, dirigido a Comadres y Parteras. Es más conocida la edición de 1638, publicada en Zaragoza. Usandizaga, médico y autor de diversos trabajos muy conocidos en la enfermería de la primera mitad del XX, opina que esta obra es una copia de *Der Swangern Frawn und Hebamen Rossgarten* de Roesslin, publicado en 1513. Traducido posteriormente al latín por su hijo como *De partu Hominis*, al parecer a su vez plagiado de Moschion<sup>161</sup>. En 1663 las Ordenanzas del Colegio de Médicos y Cirujanos de Zaragoza, exigía un examen para las Matronas y cuatro años de partos con otras comadres competentes, así como que debían ser cristianas viejas, sin mezcla de judíos ni moros y que no pertenecieran a otra región que la aragonesa<sup>162</sup>. En el XVII, se autorizó a los cirujanos del Hotel Dieu de Paris asistir a los partos normales, siendo el comienzo de una lucha entre matronas y cirujanos que duró varios siglos.

En 1713 el cirujano francés Clement es llamado a España para asistir el parto de la Reina Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felipe V y hermana del delfín de Francia. Ello contribuyó a que los hombres se incorporaran a la atención al parto, hasta entonces reservada a las mujeres de forma mayoritaria. En 1717 se publicó en Madrid la obra del cirujano Pablo Petit *Cuestiones Generales sobre el modo de Partear y cuidar á las Mugeres que están embarazadas o paridas*<sup>163</sup>.

En 1750 escrito por el Dr. Antonio Medina, surgieron por deseo de los gobernantes, diversos tratados docentes, escritos por españoles como *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que regularmente se llaman Comadres, en el oficio de partear*. Conoció una segunda reimpresión en 1785. En 1765 Pedro Virgili escribió la obra *Compendio del arte de Partear*.

En 1770, se publicó *Avisos a las obstetrices o parteras* por el cirujano donostiarra José Oyanarte. En 1772 se publicó en Zaragoza en la imprenta de la

---

<sup>160</sup> Ambos en Martínez Molina, 1995, pp. 76 y 128

<sup>161</sup> García MJ y García AC, 2004, pp. 581-605

<sup>162</sup> García MJ y Valle, 1992, pp. 37-40.

<sup>163</sup> García AC, García Martínez, MJ y Valle, 1994, pp. 45-51.



Viuda de Joseph Fort, la obra del Dr. Joseph Raulin *Instrucciones sucintas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres*. Traducida por el Dr. Joseph Irazo. Tiene 176 páginas, está dividida en tres secciones. Tocan todos los temas el parto natural, el contra natural, parto distócico y aborto. El bautismo y la cesárea, prohibida por ser acto quirúrgico: “Tampoco se haya en las Comadres aquellas presencia de ánimo que se requiere para una operación que a primera vista ofrece la crueldad y carnicina”<sup>164</sup>.

En 1829 se publicó *Manual de partos ó maniobra de los partos preternaturales, reducida a su mayor sencillez, precedida del mecanismo del parto natural*<sup>165</sup>. Consta de 252 páginas más 14 de prólogo, introducción e índice. Su autor fue doctor Julio Hatin y traducido por Bonifacio Martínez. Editado por la imprenta Repullés en Madrid. Tiene cuatro secciones que describían las intervenciones en orden progresivo de complejidad, desde el uso de las manos al de objetos cortantes.

En 1866 y como efecto de la legislación de 1861, apareció el *Manual del Arte de Obstetricia, para uso de las Matronas*, en Madrid. Obra del doctor Francisco Alonso Rubio. (Presidente de la Real Academia de Medicina y su secretario perpetuo)<sup>166</sup>, que sustituyó a la de Virgili y fue un encargo del Gobierno. Dividida en seis partes comprende conocimientos de: Anatomía, Fisiología, Organos genitales de la mujer, desarrollo y evolución del feto, embarazo y parto normal, puerperio y diversos accidentes en los que la Matrona debe requerir la intervención del Médico o Cirujano. Son 271 páginas y 13 láminas.

En 1900 se publicó la 7ª edición de *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Manual de la Comadre y del estudiante en Medicina*<sup>167</sup>. Contiene 201 figuras en sus 470 páginas, editado por Tobilla y Costa en Barcelona. Su autor el doctor F. Vidal Solares de origen cubano, licenciado en Barcelona y doctorado en Madrid y París, fundó la Gota de la Leche y el Hospital de Niños Pobres, éste junto con Sor Mercedes Viza, hermana de la

---

<sup>164</sup> García AC y García MJ, 1999, pp. 335-417.

<sup>165</sup> Guerra, 2004, pp. 71-76

<sup>166</sup> García AC, García MJ y Valle, 1994, pp. 45-51.

<sup>167</sup> García MJ, 2004, pp. 59-70, Ya en el siglo XX, Herrera ha estudiado y revisado diversos aspectos de las Matronas a finales del XIX<sup>167</sup> y principios del XX. 1997, pp. 37-42.

Caridad. En cada capítulo se añade una parte dedicada a la matrona.

En 1925 se publicó en Barcelona el *Manual de Obstetricia. Ginecología Menor para las Comadronas*. Su autor fue el profesor doctor L.M. Bossi de la Universidad de Génova. La traducción fue realizada por el doctor N.M. Martínez Amador, inspector de higiene. La obra consta de 510 páginas, estructurada en cinco partes y 23 capítulos. El autor dedicó varias páginas introductorias para instruir adecuadamente a la matrona en su atención a la parturienta y la puérpera y, por otro, para señalarle los límites en cuanto a las tareas y funciones, en palabras del autor: "Mantengamos a la comadrona absolutamente en los límites restringidos de su profesión"<sup>168</sup>.

Esta introducción responde al clima de conflicto profesional que se daba en esa época tanto en Italia como en España, no solo con los médicos tocólogos sino con los Practicantes en su inmensa mayoría hombres que estaban autorizados legalmente a asistir partos en pequeñas poblaciones, independientemente de que estuvieran preparados para ellos. Veamos el relato de un Ayudante Técnico Sanitario rural a finales de los setenta

"...llevaba tres meses no había puesto mas que dos o tres inyecciones y me estaba aburriendo porque nadie venía a mi consulta. La gente iba a las personas que se dedicaban a poner inyecciones. Yo con una carrera terminada, no cobraba y sin embargo la gente se iba a los otros, gente del pueblo, no titulados que lo hacían desde toda la vida. Lo planteé en el Ayuntamiento y con el concurso de la guardia civil se llamó a tres personas en concreto y se les amenazó delante de mí de que se les iba a denunciar si seguían poniendo inyecciones. Al día siguiente se empezó a llenar la consulta... No habían pasado tres meses, cuando una noche, este pueblo como está alto se suele quedar aislado por la nieve, me llamaron a media noche para atender a un parto. Yo no había visto un parto en mi vida ni siquiera por video. La casa no tenía luz, ni muebles, un colchón en el suelo, con un niño pequeño con una vela encendida. Un montón de mujeres viejecillas detrás de mí, mirando a ver que hacía. Se me ocurrió lo que había visto en las películas, pedí que me calentaran agua y así me las quitaba del medio y me ponía a pensar que hacía. Mientras tanto una viejecilla que parecía más avispada que las demás me dijo: *Oiga Vd. ¿No sería mejor que llamáramos a la Paca, la Cachorra?*, que era una de las que yo había amenazado poco tiempo antes para que no pusiera inyecciones. ¡Fíjate que choques!. Con el tiempo la Cachorra y yo nos convertimos en muy buenos colaboradores. Este tipo de situaciones se producían con cierta frecuencia. Creo que encaje bien la situación y sobre todo encaje con el mundo de las mujeres porque con los hombres era muy distinto"<sup>169</sup>.

La historiadora de enfermería, Tey, en el VIº Congreso de Historia de la Enfermería resume muy bien la actitud de los autores y la de las lectoras enfermeras, en los inicios asumiendo las ideas inglesas de forma acrítica:

"Ponían todo su énfasis en diferenciar los valores que debían adornar a los nuevos profesionales. La sociedad reservaba papeles distintos según fueran de uno u otro sexo. Recurríamos a los textos

<sup>168</sup> García MJ, 1999, pp. 41-46.

<sup>169</sup> Amezcua, 2005, Relato de vida profesional. Septiembre de 2005. APCGB

de Jamieson y Molina para contrarrestar en lo posible las tendenciosas informaciones del que se no era impuesto como texto oficial, por supuesto obra de un profesional de medicina. Aceptamos la época oscura de la enfermería y su muestra más característica, la entrañable Sara Gamp de Dickens, sin plantearnos demasiadas dudas sobre la validez universal de estas afirmaciones que procedían de un contexto histórico-geográfico tan distinto del nuestro. Por supuesto, avaladas por el prestigio y los títulos universitarios de sus autoras, deslumbrantes desde nuestra modesta posición subordinada en el mundo académico de la época"<sup>170</sup>

### *De la silla a la cama*

Pero el cambio postural no fue el único cambio o signo de progreso introducido por la profesión obstétrica, como especialidad médica masculina. En 1853 la reina Victoria de Inglaterra, fue la primera mujer en dar a luz bajo los efectos del cloroformo. El cambio de la silla a la cama se originó por el cambio de parteras por médicos que abandonaron el sillón obstétrico por la postura ginecológica, moda que fue respaldada por el doctor Mauriceau que atendía la nobleza de París<sup>171</sup>.

En la encuesta sobre Antropología del Ciclo Vital realizada en España en 1901 por el Ateneo de Madrid, se recogieron numerosos datos sobre las posturas que se adoptaban en el parto en la España de principios del siglo XX<sup>197</sup>. La OMS en el informe de 1999 recomendó que la mujer debe optar por la posición que ella prefiera evitando estar largos periodos en posición supina, sin embargo no son fáciles los cambios a favor de las mujeres en los hospitales públicos españoles, quizás la experiencia de la recuperación de la silla de partos en un hospital público, más que una excepción a la norma, sea el comienzo de un cambio. La educación maternal, tal y como la concebimos hoy, se inició a comienzos a partir de la primera guerra mundial<sup>172</sup>.

Desde finales del siglo XX el número de cesáreas no ha dejado de aumentar, lo que genera posturas críticas avaladas por la propia Organización Mundial de la Salud<sup>173</sup> que considera esta técnica quirúrgica como excelente para casos especiales, pero no para los partos normales. En sus múltiples trabajos Odent reitera la necesidad de volver al parto fisiológico<sup>174</sup> y con la presencia de las

---

<sup>170</sup> Tey, 2003, pp.60-66

<sup>171</sup> Saiz, Jiménez y Ortiz, 2003. pp. 30-36.

<sup>172</sup> Gala, Díaz y Lupiani, 1993, pp. 41-44.

<sup>173</sup> Aller, 2005, p. 29

<sup>174</sup> Odent, 2001, pp. 27-33

matronas como papel de ayuda a las mujeres<sup>175</sup>. señala el contraste entre los puntos de vista masculino y el expresado por ciertas mujeres, como por ejemplo Nancy Cohen<sup>176</sup> que, tuvo su bebé en casa después de cesárea y en contra de la opinión de los médicos. Señala Odent que las bases de la obstetricia las han establecido hombres, y quizás sea una manifestación más de la miopía del hombre tecnológico.

### *1.3. El inicio de la institucionalización de la enfermería clínica hospitalaria*

#### *1.3.1. El contexto internacional inicial*

En el mundo anglosajón, hubo amplia participación de las enfermeras en el movimiento reformista y las acciones de los grupos de presión en torno a las organizaciones High Anglican y la tradicional Disenting<sup>177</sup>. Elizabeth Fry, cuáquera que se trasladó a Estados Unidos, luchó por paliar las malas condiciones de un gran número de hospitales, aliviar la situación de los convictos y deportados, alentando a seguir las virtudes cristianas. Agnes Jones (1832-1868), Mary Jones (1812-1887) que trabajó junto con Sir Henry Burdett (1847-1920) proponían aumentar la eficiencia de los servicios públicos; Ethel Manson –MS Fenwick- que creó el “Registered Nurse”, su obra cuajó en EE.UU; Rosalind Pager (1855-1948), creó el instituto de matronas en Inglaterra en 1902. En la feria Mundial de Chicago en 1891, en las que las enfermeras participaron activamente, se divulgaron las nuevas concepciones sobre el papel del Estado en las nuevas políticas de salud: debían crearse pensiones y hospitales.

González y col. abordaron el trabajo de las Diaconisas en Alemania, Países Bajos y otros países de religión protestante, donde esta figura va unida al espíritu de la reforma y al papel de las mujeres en el que se inspira el movimiento. Así en 1530 en las ordenanzas de Lutero se dice: “Algunas mujeres a las que mantenemos

---

<sup>175</sup> En este mismo enfoque conceptual se encuentran las Asociaciones de Mujeres que propician el parto natural, en casa y la lactancia materna. Véanse: Vía Láctea: [www.vialactea.com](http://www.vialactea.com), El parto es nuestro: [www.elpartoesnuestro.com](http://www.elpartoesnuestro.com), La liga de la leche, decenas de pequeñas asociaciones en España y cientos de ellas a nivel europeo.

<sup>176</sup> Odent, 2002, Nancy recogió su experiencia en el libro "Silent Knife". Véase también de Odent, *la Cientificación del amor*.

<sup>177</sup> Lillo, 2002, pp. 33-36.

y tienen fuerza suficiente, se encuentran en la obligación de visitar y ayudar a personas enfermas y así poder ayudarlas en sus necesidades”<sup>178</sup>. En el primer Sínodo General de la Iglesia Reformada en 1568 se pide que: “Escojan mujeres para la asistencia a enfermos en las ciudades, tomando a mujeres viudas y solteras”<sup>204</sup>.

En el siglo XIX, Fliedner, pastor e hijo de pastor evangélico, predicaba y atendía a los pobres y enfermos. En 1828 Fliedner se casó con Federica Münster y ambos construyeron en Kaiserswerth, en 1833, una casa asilo para mujeres conocida como “Magdalenario”. Resucitaron el nombre de diaconisas, procedente de la iglesia cristiana del siglo III, y lo aplicaron a las mujeres que ayudaban al diácono, delegado y administrador del Obispo, encargado de repartir ayuda a viudas, pobres y enfermos. Las diaconisas clásicas procedían de familias adineradas y solían ser viudas o solteras. En el siglo XIX, las diaconisas eran ex-presas, sirvientas, adineradas solteras y viudas. Tomando ideas de Elizabeth Gurney Fry y de las Hijas de la Caridad, realizaban atención domiciliaria. No hacían votos y podían salirse cuando quisieran. Recibieron tres años de formación: rotación por servicios hospitalarios, aprendizaje teórico-práctico en adultos niños y domicilio.

Los centros de atención en los que trabajaban las diaconisas solían disponer de jardín, huerto, tierra de labranza y animales de cría, para abastecerse de sus productos, lavadero y panadería. El modelo influyó a través de Nightingale en Inglaterra y también en el Instituto de las Hermanas Enfermeras, la Orden de la Merced, la Hermandad de la Casa de S. Juan, Santa Margarita y la Hermandad de Todos los Santos.

En 1847 se inauguró, con la presencia de la corte real, la casa Betania, cuya directora fue la diaconisa Mariana de Ranzov, formada en Kaiserswerth. También fundaron casa en Suiza; su labor se extendió por Holanda, Estados Unidos e incluso Jerusalén. Tuvieron 30 casas atendidas por 1.600 diaconisas, 26.000 enfermos y 3000 niños

En la segunda mitad del siglo XIX, en los países donde prevaleció la reforma Luterana, se perdió el concepto de “caridad” y dio lugar a un vacío asistencial y a una falta de enfermeras, que ha sido llamada por las historiadoras anglosajonas “la

---

<sup>178</sup> González, 2000, pp. 229-238.

época oscura de la enfermería”<sup>179</sup>, ya comentado anteriormente. Quizás por esta razón, la historiografía enfermera se inició en la mitad de este siglo a partir de un grupo de historiadores anglosajones<sup>180</sup>. Sin embargo, en los países del sur de Europa los cuidados de enfermería siguieron vinculados durante mucho tiempo a la vocación religiosa y no hubo etapa oscura. Mila en 1934 ya se expresó en iguales términos: “En España no existió nunca esa *era negra* que sufrió Inglaterra la reforma se hace en España por *evolución* y no por *revolución* como hizo Nigthingale, quizá por eso hubo más dispersión y falta de dirección académica”<sup>181</sup>.

En una típica obra hagiográfica *Women of Christianity*, Kavanagh en 1852 realizó un recorrido por las figuras relevantes del cristianismo y sus obras de misericordia. Eckenstein, historiador británico, publicó en 1896 *Nurse Under monasticism* en el que relacionaba la vocación religiosa y el cuidado de los pobres y enfermos. Cheney editó en 1889 una compilación de escritos de Louisa May Alcott sobre niños y como enfermera de Georgetown, y en 1898 el poeta Walt Whitman describió sus experiencias en el hospital de Washington. Sobre instituciones sanitarias civiles, militares y religiosas, Power en 1866 y Carlisle en 1893 recrearon la vida del hospital neoyorkino de Bellevue; En 1897 Morton de Pensilvania y sobre todo Rathbone en *Sketch of the history and progress of distric nursing from its commencement in the year 1859 to the present*, trataron de forma específica el fenómeno enfermero. Holland en 1895 reflejó las proezas de las enfermeras militares. Longmore en 1883 comparó los servicios entre los ejércitos franceses y británico. Austin, Fitzpatrick, Kruman, Hamilton y Lewenson estudiaron el método histórico y la influencia del proceso de liberación de la mujer y el desarrollo de la enfermería<sup>182</sup>.

### 1.3.2. Las primeras escuelas de enfermería en España

Mientras en Inglaterra la influencia Nigthingale, por su éxito en la guerra de Crimen al lograr un descenso espectacular de la mortalidad de los soldados, dió un fuerte apoyo a la formación, creó la figura de supervisora-docente y se abrieron las

---

<sup>179</sup> Donahué, 1993. Historia de la enfermería.

<sup>180</sup> Siles, 2000, pp. 55-89.

<sup>181</sup> Mila, 1986, p. 304

<sup>182</sup> Sánchez en Mazarrasa, 2003, pp

primeras escuelas, en España adquirieron influencia las Hijas de la Caridad. En el reglamento general de mitad del XIX, para los establecimientos benéficos, se recogen las ideas centrales, sintetizadas por Fernández:

“La asistencia la realizan por amor a Dios y centran la atención de las necesidades básicas en alimentación, aseo personal y ambiental por la influencia higienista de la época. Gestionan con amplia autonomía recursos materiales y humanos de todo el personal, excepto médicos y sacerdotes. Establecen plantillas con criterios de dependencia y realizan funciones de boticaria, dispensera y aparatista. Tuvieron un papel destacado en la formación y requerían a la vez que fortaleza física, formación e inteligencia, al igual que moralidad. Tuvieron gran difusión ya que fueron bien recibidas por la burguesía. Influyeron en el trabajo de Nightingale y en otras órdenes religiosas no católicas”<sup>183</sup>.

En los programas formativos de las escuelas inglesas, se incluían materias médicas, normativas de subordinación, obediencia y respeto a los médicos. Se estructuró la profesión con fuerte influencia de las jefas de enfermería en la vida de los hospitales, como fue el caso de Eva Luckes en el hospital de Londres<sup>184</sup>. En España la ley de instrucción general de sanidad de 1904 consolidó las profesiones Auxiliares de practicantes y Matronas, y la legislación de 1915, la de las enfermeras.

En 1857 la ley Moyano reguló las enseñanzas de Matronas y Practicantes que se impartían en 10 Facultades de Medicina: Barcelona, Cádiz, Granada, Madrid, Salamanca, Santiago, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza, únicos centros oficiales reconocidos. En este decreto se suprimió la enseñanza de Cirugía Menor o Ministrante hasta entonces en vigor. En 1861 se publicó el primer Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas<sup>185</sup>.

A partir de esta fecha se produjo una importante y contradictoria actividad legislativa de los Practicantes. Así en 1866, se suprimió la carrera de Practicante y se creó la de Facultativos habilitados de Segunda Clase, que prestaban asistencia médica y quirúrgica; en 1868 dos años después, se derogó el anterior y se restableció el título de Practicante según reglamento del 1861. En 1877, se inhabilitó a los practicantes para que ejercieran de dentistas. En 1886, el Ministerio de Marina publicó el Reglamento del Cuerpo de Practicantes de la Armada. En 1888, en la Gaceta de Madrid se publicó una nueva Reglamentación de las carreras

---

<sup>183</sup> Fernández Mérida, 1999, pp. 42-46.

<sup>184</sup> Nightingale en su libro *Notas de Enfermería*, recoge algunas discrepancias con los médicos y la conveniencia de profesionalizar la enfermería.

<sup>185</sup> Camaño y Forero 1999, pp. 155-167, han estudiado las escuelas de enfermería entre 1857 y 1977.

de Practicante y Matrona.

En 1896 Federico Rubio y Galí creó la Escuela Santa Isabel de Hungría, la primera escuela de enfermeras en Madrid a imitación de Nigthingale<sup>186</sup>, En el mismo solar que ocupó el Instituto Rubio se encuentra hoy la Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, creada en 1960<sup>187</sup>.

La Real Orden de Alfonso XIII en 1915 aprobó la habilitación de las enfermeras para ejercer la profesión fueran religiosas o no, a propuesta de las Siervas de María lo que dio lugar a “una nueva profesión”<sup>188</sup>. Hubo quejas de los practicantes ya que se equipararon a ellos, que debían estudiar dos años, tiempo que no se exigió a las enfermeras.

En 1913, la Generalitat de Cataluña creó su propia Escuela de Enfermeras. En 1917 se crea Santa Madrona por el Montepío de Santa Madrona de Barcelona

“Santa Madrona surgió como una obra benéfica así social para dar una oportunidad a las mujeres que tenían necesidad de trabajar. El ‘Monte Pío de Santa Madrona’, nació a principios de siglo en 1900 – 1901, nació como un patronato de gente concienciada de las cosas sociales, y para apartar del vicio, de los peligros de la chanza de la mujer que se veía desvalida y tenía necesidad de trabajar” Estuvo en la calle Moncada, en uno de los palacios que ahora es Museo Picasso.

Había dos mundos: las familias importantes de Barcelona... señoras con sombreros, y,... en el otro extremo muchas mujeres viudas que tenían que mantener a su familia y trabajar en las fábricas o el servicio doméstico. Lo confiaron a unas monjas que hicieron residencia ‘Casa de Familia’ donde podían vivir estas chicas que venían a trabajar, y las capacitaban en: cocina, plancha, costura... para el servicio doméstico Les enseñaban la doctrina cristiana, les organizaban visitas culturales para que conocieran la ciudad, muchas venían de fuera y para que se integraran un poco. Era una formación integral... algunas de estas mujeres, se dedicaban a ir a cuidar enfermos por las casas. Durante el día tenían servicio, que tenía a los enfermos entre la familia y el servicio, pero por la noche, y entonces estas personas viudas que iban a cuidar enfermos a domicilio, se vio la necesidad de que tenían que tener alguna formación. Y así nació la escuela. Pero la escuela nació bajo este mismo sentido de ampliar las oportunidades para las mujeres que tenían que trabajar”. Promotores fueron Francisco Mora fundador de la Caja de Pensiones y Ramón Albó, fue presidente, El doctor Baltasar Pijoan creó la escuela en 1917. Se sabe que estuvo en contacto con Federico Rubio que conocía la experiencia inglesa”.<sup>189</sup>

La Escuela de Enfermeras Auxiliares de la Mancomunitat de Catalunya, comenzó en 1915 y cerró en 1923. Su creación fue encargada al doctor Pijuan que había creado dos años antes con éxito la de Santa Madrona. Pijuan habló con Federico Rubio en Madrid, que a su vez se había inspirado en las ideas de Florence

---

<sup>186</sup> López Piñero, Terrada, 2000, p. 202. Da la fecha de 1895 para la creación de la Escuela del Instituto Rubio.

<sup>187</sup> Alvarez Nebreda Carlos. Informó documentalmente de este hallazgo en la Jornada sobre el Espacio Europeo de Educación Superior, organizado por la Escuela el 1 de Marzo de 2006.

<sup>188</sup> Rodríguez, 1994, pp. 59-64

<sup>189</sup> Tey, 2005, relato de vida profesional. Noviembre 2005. APCGB



Nightingale. En esta década se crearon Santa Cristina en Madrid, la Alianza en Barcelona y Valdecilla en Santander de manera que a final de los años 1920 había 18 escuelas. En 1927 se creó la escuela de la Cruz Roja en Madrid<sup>190</sup>

En 1931 se creó la Escuela de Enfermeras del Hospital Civil, dependiente de la Diputación Provincial de Málaga. Este hospital venía formando practicantes, matronas y enfermeras desde décadas anteriores. En 1954 se convirtió en escuela de ATS Femeninos. La orden de Noviembre de 1959 aprobó la escuela de ATS masculino con 8 alumnos (que autorizaba la orden del 55). El reglamento era similar al femenino pero con menos contenido Moral.

“Completa separación en las enseñanzas y en las prácticas aunque ocasionalmente pueda darse coincidencia de alumnos en salas, pero sin confusión de las enseñanzas”<sup>191</sup>

Durante la guerra civil, se cerró la escuela de Santa Isabel de Hungría y se abrieron centros nuevos. El Estado Mayor creó en mayo de 1938 el carné de identidad para damas auxiliares llegándose a formar 12.307 mujeres entre enfermeras y auxiliares. En 1941, se señalaron las facultades de la enfermera y las normas para la obtención del diploma; meses más tarde en ese mismo año se aprobó el programa oficial para los ejercicios de enfermeras en las facultades de medicina. La Falange y la Cruz Roja organizaron cursos para enfermeras hospitalarias y enfermeras sociales que se reconocieron en 1945, aunque es difícil precisar el número exacto de escuelas que funcionaron.<sup>192</sup>

La Escuela de Enfermeras de Salus Infirmorum de Cádiz comenzó en 1953, siendo rectora Isabel Polavieja, se reconoció en 1954, dependiendo de la Facultad de Medicina. Las prácticas se realizaban en el hospital Clínico Moreno de Mora. En 1955 se incorporó María Abaurrea Alvarez-Ossorio para transformarla según el plan de Ayudante Técnico Sanitario, cuyo internado comenzó en 1955-56, siendo nombrada rectora en 1956. Tuvieron quince alumnas internas en la casa de Plaza de España, y luego adquirieron una casa en la calle Delicias<sup>193</sup>.

En 1954 se creó la Escuela femenina en el hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Su directora fue Adela Simón que había estudiado en la

---

<sup>190</sup> Solorzano, Rubio y Camaño, 2003, pp. 104-116

<sup>191</sup> Fernández, 2003, pp. 48-58.

<sup>192</sup> Mila, 1986, pp. 301-6.

<sup>193</sup> Resilles y Mejías, 2003, pp. 128-131

prestigiosa Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya: "Como su título no fue reconocido después de la guerra, se le obligó a obtener el de Practicante, convalidado después por el de enfermera en la Universidad de Barcelona en 1957. En 1953 fue al Reino Unido, influenciada por su antigua directora de prácticas Manolita Ricart, formada en EE.UU en el Instituto Rockefeller. En 1966 se creó el departamento de Enfermería y Adela Simón fue también la Jefa del mismo. Concebía la enfermería como centro básico de atención, con un alto nivel de autonomía de acción y una autoridad que le confirió un gran prestigio ante el resto de estamentos del hospital. Puso en marcha programas de Formación Continuada y contrato enfermeras tituladas. Los puestos de gestión eran ocupados por concurso e indistintamente por personal religiosos o laico"<sup>194</sup>.

En 1928 se normalizaron las condiciones que debían tener las enfermeras sanitarias y los establecimientos que podían acoger estudiantes en prácticas y los criterios de las prácticas, p.e. realizar un mínimo de 100 partos. Igualmente se exigió un perfil de los estudiantes como tener 20 años y buena conducta. En el breve tiempo de la segunda República, los supuestos teóricos salubristas que comprenden la enfermería contemporánea pudieron ponerse en práctica a través de las enfermeras visitadoras<sup>195</sup>. Hernández<sup>196</sup> y también Bernabeu<sup>197</sup> describen las normativas, competencias, planes de estudio y exámenes que debían superar las enfermeras.

Al finalizar la guerra civil había en España gran diversidad de profesionales enfermeros: practicantes, matronas y títulos expedidos por estas dos organizaciones Cruz Roja y Falange. Con la ley de bases de sanidad nacional se intentó reorganizar el sistema sanitario. Tras la guerra no siempre respetando los principios de igualdad de oportunidades, a medida que se crearon hospitales se reconocieron algunas titulaciones de practicantes y matronas: "En el año 29, mi tía - que no había hecho bachillerato - tuvo el título de practicante gracias a los consejos de un médico del dispensario de Santa Madrona. Este médico opinaba que el título de Santa Madrona no le serviría y que desaparecería, por lo que sería conveniente que obtuviera el de practicante. Ella siguió su consejo y fue a examinarse a la

---

<sup>194</sup> Tey, 2005, relato de vida profesional. Noviembre 2005. APCGB

<sup>195</sup> Bernabeu, y Cotanda, 1991, pp. 111:28-36.

<sup>196</sup> Hernández Conesa, 1995, p.34.

<sup>197</sup> Bernabeu, y Cotanda, 1991, pp. 28-36.

Facultad. Debió ser alguno de aquellos chanchullos de cuando se creó el ATS; ellos (los practicantes) entraron un año más tarde y se hicieron enseguida con todas las convalidaciones mientras a las enfermeras se les negó. Este título de practicante de mi tía lo tengo en casa”<sup>219</sup>.

En 1953 se unificaron los estudios en el plan de Ayudante Técnico Sanitario y en 1955 se dictan normas para la nueva organización bajo una única denominación, prohibiendo la coeducación. Su vigencia llegó hasta 1976 en que se decretó el carácter mixto de las escuelas. La discriminación entre la formación de practicantes y enfermeras se acentuó en el franquismo, en un ambiente autoritario que generó injusticias y creó situaciones de impotencia a las enfermeras. Roser Tey, con antecedentes familiares enfermeros, que por su edad estudió el plan de Enfermera, finalizó su bachiller y obtuvo el de ATS. Posteriormente fue monitora y directora de la escuela de Santa Madrona y hoy es una excelente y productiva historiadora que recuerda el clima social y los esfuerzos por superar la situación:

“Cualquiera que pusiera cuatro sillas, un practicante que diese prácticas y un médico que diese cuatro clases, ya salían títulos de ATS. Mientras que ellas tenían prácticas y un régimen interno, para conceder un permiso, criterios para organizar un horario, criterios para disciplina, todas estas cosas. Tuvimos la una necesidad entre nosotras de dar una salida. No podíamos cambiar nada porque todo dependía de los programas oficiales. Nada de lo que pudiésemos acordar podía tomar carácter formal porque tenía que pasar por el director de la Escuela y por el Inspector. Creamos la Comisión de Escuelas del Distrito Universitario Cataluña-Baleares, pero nada más, porque no tenía ninguna efectividad. Era el clima, la necesidad que teníamos todas de ver las cosas de un modo distinto. Empezamos a organizar algunas clases de Sociología, pero claro, los alumnos tenían que aceptar, porque no se podían examinar, no entraban en el programa oficial”<sup>219</sup>.

En 1913 había 11 centros oficiales y en 1977 había 169 escuelas entre públicas y privadas. De 1951 a 1977 se crearon 131 hospitales que generaron una gran demanda de enfermeras y con ello la proliferación de las escuelas, algunas con las especialidades de Matronería y Fisioterapia. En 1970 se publicó la Ley de Educación de Villar Palasí en que se disponía que las escuelas de enfermería (plan ATS) pudieran incorporarse a la Formación Profesional o a la Formación Universitaria. En 1972-3 a petición de las alumnas, se pidió el cierre del internado, sobre la base de la Orden de Diciembre de 1971 por la que se disponía que las alumnas no realizaran guardias ni de día ni de noche<sup>198</sup>. En el curso 1974/75 había 89 escuelas, y en el curso 1975/76, había 158 escuelas, de lo que se deduce que se crearon 69 escuelas. Este dato ha sido cuestionado por Montoliu que consideró que hubo una deficiencia en los registros del curso 74-75, ya que en este curso

---

<sup>198</sup> Cuando se puso en práctica hubo críticas hacia las estudiantes por su “egoísmo” y “abandono” de los enfermos.

había 8.015 estudiantes en el curso 1º, mientras que al año siguiente en el curso 2º había 10.390. En el curso 1977-78 había 199 escuelas funcionando distribuidas según su dependencia institucional del siguiente modo: 21 oficiales (Facultad de medicina), 56 dependientes de Entes Públicos (Ministerios diversos, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Colegios Profesionales), 59 de la Seguridad Social y 63 privadas, cuya gestión estaba en manos de Ordenes Religiosas tradicionalmente ligadas a la asistencia hospitalaria, Cruz Roja, Salus Infirmorum, clínicas privadas, fundaciones, etc. Esto indica *una deficiente atención de la enfermería por la Administración Pública*, y una dispersión geográfica y pequeño tamaño le llevaron a hablar de “minifundismo”<sup>199</sup>

¿Por qué tantas escuelas en tan corto período de tiempo? ¿Cómo explicar que provincias como Cádiz tuvieran cuatro y Jaén y Alicante tres cada una?. Camaño y col consideran que aunque las escuelas estaban formalmente vinculadas a la universidad, no lo fueron inicialmente, debido a las dificultades que tuvo la mujer hasta la década de los setenta para seguir estudios universitarios. También opinan que algunos de los problemas actuales de la enfermería, como la llamada crisis de identidad, habría que relacionarlos con la dudosa calidad de las Escuelas.

“Hubiera sido paradójico un reconocimiento claro y explícito del carácter universitario de la Enfermería. Sin tradición, sin solera, sin objetivos profesionales, en las que los profesores y directivos eran médicos. Con falta de control profesional por parte de los profesionales enfermeros, condujeron a la ausencia de una identidad profesional. Es difícil cambiar la situación de los centros sanitarios lugar de socialización de los estudiantes durante el período de prácticas. Hoy profesionales en servicio tienden a enseñar como a ellos se les ha enseñado: sin reflexión, sin crítica y solo fundamentándose en la praxis”<sup>200</sup>.

De acuerdo con Ford y Walsh “El grupo subordinado aprende a internalizar su subordinación y esto llega a formar parte de su identidad colectiva”. Tey describe las luces y sombras de este periodo

“Durante el lento y complicado proceso de gestación de los estudios universitarios, el mundo profesional estuvo muy inquieto porque el modelo de implantación del plan ATS había sido traumático por las desigualdades que originó, no solo entre los nuevos y antiguos profesionales, sino además por el trato discriminatorio que se estableció por simple razón de sexo; los años de inmovilidad a que estuvo sometido acrecentaron aún más los agravios comparativos, de modo que, ante las perspectivas de cambio, creció no solo el interés para asegurarse de que no volverían a darse situaciones de discriminación”<sup>201</sup>

---

<sup>199</sup> Montoliú, 1978, pp.7-10

<sup>200</sup> Camaño y Forero, 1999, pp. 155-167

<sup>201</sup> Tey, 2003, pp. 3-10.

### 1.3.3. Los colegios y asociaciones profesionales, y el Consejo Internacional

La revista *El Practicante*, publicada en 1885 en Zaragoza, impulsó la idea de la Asociación general de los Practicantes de España<sup>202</sup>. En 1889 el Código Civil reconoció por primera vez la capacidad civil, verdadera personalidad, a las entidades colectivas. Hasta 1929 no se concedió la colegiación obligatoria a los Practicantes, y hasta 1930 a las Matronas<sup>203</sup>. En 1934 nació la Asociación de Enfermeras Visitadoras Sanitarias, mientras que la colegiación de las enfermeras no se reguló hasta la Ley de Bases de 1944. En 1945, se aprobó el Reglamento del Consejo General y el Estatuto de las Profesiones Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios, que mantuvo las tres secciones: Practicantes, Enfermeras y Matronas. Así cuando se unifican los planes de estudio en 1953, se decidió que los Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se colegiasen en la sección de practicantes y las femeninas en la sección de enfermeras. Las Matronas, especialidad del plan de Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo harán en su correspondiente sección. En la práctica funcionaron como tres colegios independientes durante 25 años hasta la ley de 1977.

El sindicato vertical en el franquismo, en plena dictadura fomentó una lucha de competencias donde, tanto la legislación como la Administración eran claramente sexistas, favoreciendo a los Practicantes. Esto dio origen en Noviembre de 1950 en Madrid a la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas de corta e incierta vida, pues parece que no pasó de un año. En 1953 se aprobó el decreto que regulaba los planes de estudio de ATS y se unificaban las enseñanzas, pero no por ello las diferencias sociales<sup>204</sup>.

#### *El Consejo Internacional de Enfermeras*

Se creó en 1899, siendo una de las primeras asociaciones profesionales internacionales. Sus antecedentes fueron los movimientos de las mujeres laicas por la Salud y sus derechos y el movimiento sufragista, en el que hubo enfermeras

---

<sup>202</sup> Herrera, 1995, pp. 153-167.

<sup>203</sup> García MJ y García AC, 2004, pp. 607-624

<sup>204</sup> Chamizo, 2003, pp. 91-96.

inglesas. Las mujeres laicas por la salud crearon su asociación en 1857, primera en Inglaterra "Asociación nacional de señoras para la difusión del conocimiento sanitario" su presidenta fue Susan Rugeley Powers. En España la figura el papel equivalente lo encontramos en Concepción Arenal, coetánea de estas señoras de las clases altas que hacían labor de beneficencia.

Tres enfermeras dedicadas al movimiento internacional por los derechos de las mujeres: Ethel Gordon Bedford-Fenwick presidenta de la Asociación de Enfermeras inglesas, Lavinia Dock en Estados Unidos y Agnes Carril de Alemania fueron las promotoras del Consejo Internacional de Enfermeras, fundado en Londres 1899. Así, en el primer Congreso Internacional de Mujeres en 1893 en Chicago, Ethel hizo un llamamiento para crear lo que fue el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1899 del que fue elegida presidenta.

Tras la primera guerra mundial, en 1922, se reunió el CIE para oponerse a la Liga de las sociedades de Cruz Roja que quería controlar el movimiento de enfermeras. En 1930 se disolvieron las asociaciones alemana e italiana por el fantasma de una nueva guerra y la sede se trasladó de Londres a Yale (al despacho de su presidenta Effie Taylor, profesora de esta universidad). En 1947 el CIE realizó el congreso en Atlantic City donde la presidenta Gerda Höjer dió la bienvenida a 6.500 enfermeras. En 1957 el CIE comprendía 46 asociaciones.

En 1981 se celebró el XVII Congreso cuatrienal del CIE en Los Angeles al que asistieron 600 enfermeras españolas. El colegio de Madrid becó a 18 colegiados y 5 miembros de su Junta Directiva como consta en el número monográfico de su revista<sup>205</sup>. En este congreso se admitió a Cuba, Chipre, Hungría, Lesotho, Luxemburgo, Malawi, Tongo y Guatemala. La cifra ha seguido creciendo hasta llegar a ser 97 asociaciones en 1989 y 118 en 1997. En la actualidad el CIE consta de asociaciones profesionales de 128 países.

En 1965, el Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y Enfermeras español ingresó en el Consejo Internacional de Enfermería.

---

<sup>205</sup> VV.AA. 1981, De esta reunión Concha Germán realizó un informe. APCGB. Ver capítulo cuarto de esta memoria.

#### 1.4. Evolución histórica de la enfermería comunitaria en España

Las enfermeras siempre han tenido como meta atender a las necesidades de las personas y han resistido la tentación de desviarse de su misión por ofertas más tentadoras como fue la de ser ayudantes médicos, exigida en diversos momentos históricos en España como hemos analizado en el apartado anterior y propuesto también por los médicos en el congreso del CIE de Estocolmo en 1949: “Somos más conscientes de la evolución de las ideologías, los usos sociales y la ciencia, pero siempre ocupando un espacio indispensable en el desarrollo de la vida, aunque todavía poco evidente para la sociedad e insuficientemente reconocido en el mundo sanitario. Las enfermeras deseamos llegar a ser excelentes enfermeras y estar al servicio del enfermo”<sup>206</sup>

Además, la experiencia española de 25 años del plan de Ayudante Técnico Sanitario - un acto de generosidad de las enfermeras o de imposición de los practicantes - ha tenido sus luces y sombras. Entre las luces, una preparación técnica acorde con un explosivo sistema sanitario hospitalario. Entre las sombras, la casi ausencia de la prevención y promoción de salud, infravaloración de la parte humanística y preponderancia de la biotecnológica y cierto sentimiento de des-identificación y desmembración profesional. No es el momento de preguntarnos qué hubiera sucedido de no haberse cambiado los nombres de enfermeras y practicantes en lo oficial, ya que en lo cotidiano nunca se perdieron, pero no olvidemos que el programa de ATS era el que ya tenían aprobadas las enfermeras antes y que en todo caso había un férreo control de los médicos en la dirección de las Escuelas, en el profesorado, y en definitiva, en todo el sistema sanitario. Las enfermeras no estuvieron de acuerdo, pero vivieron en un contexto sociopolítico de gran autoritarismo que favoreció las actitudes patriarcales, hasta el punto de que ni las propias compañeras ideológicas pudieron influir en sus decisiones. Esto es algo que se repite a lo largo de la historia, como nos han comentado nuestros informantes y que analizamos en el capítulo quinto de esta memoria.

En este capítulo vamos a realizar un recorrido histórico de la enfermería comunitaria. Este término recoge varios equivalentes: “Enfermería de Salud Pública”, “Enfermería de Atención Primaria” y el más recientemente consensuado

---

<sup>206</sup> Tey, 2003, pp. 3-10.

por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, “Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria”.

#### *1.4.1. Marco Histórico Internacional de la Salud Pública*

El Mercantilismo, movimiento sociopolítico originario del siglo XVII produjo la configuración de la clase burguesa frente a la aristocracia y la configuración del Estado Moderno bajo cuya influencia nacieron las políticas de acción social: Policía Médica, Ley Isabelina de los pobres, diversificación de la asistencia médica, asistencia hospitalaria y las sociedades de socorros mutuos. En este contexto se sitúa la Salud Pública, en el Reino Unido y Alemania.

Tres factores contribuyeron a que los gobernantes asumieran medidas de salud para sus ciudadanos: 1) la mala habitabilidad que se provocó por la inmigración del campo a la ciudad como consecuencia de la revolución industrial; 2) la comprensión de la importancia del saneamiento a partir de la teoría de los gérmenes por el descubriendo de Koch y Pasteur y 3) la relación entre enfermedad-pobreza e injusticia social<sup>207</sup>. El reformismo político-moral de muchos países con la nueva ley inglesa de los pobres, en España las nuevas leyes de la Beneficencia y el desarrollo teórico a partir de los informes Chadwick y Virchow, pusieron de manifiesto que la enfermedad estaba estrechamente asociada a las condiciones sociales. Estas ideas recibieron gran eco social a partir de los planteamientos de Marx y Engels que explicaban la explotación de la nueva clase social “el proletariado”, surgida a partir de la revolución industrial. Así a mediados del siglo XIX se elaboraron las leyes que depositaron en manos del Estado la vigilancia de la salud, si bien la asistencia sanitaria seguía a nivel privado, siendo caritativa o de ricos. A los hospitales iban los pobres, la clase media recibía la atención domiciliaria de los médicos y los ricos eran visitados por las celebridades médicas. El proletariado va a generar su propio sistema de asistencia a partir de los antiguos gremios de artesanos y mediante el pago de “iguales”.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad se creó en 1884 por Bismarck por demanda del partido socialdemócrata alemán, que abarcó la salud pública y la

---

<sup>207</sup> Dasi, 1983, p. 291



asistencia médica mediante el sistema de cajas de seguros. Los médicos alemanes temieron sentirse lesionados en sus intereses económicos, aspecto este que tuvo igual o mayor controversia en otros países del entorno.

El positivismo científico basado en los supuestos de neutralidad, objetividad y universalidad, alejó a la Medicina de los postulados sociales, pasando a ser lo biológico y lo físico el elemento central. A esto, se añadió la importancia de la microbiología y la relación unicausal de las enfermedades que podían ser curadas con medicamentos cada vez más comercializados. En este contexto surgió la figura de la enfermera moderna, concebida desde los grupos hegemónicos como una auxiliar del médico en una división técnica del trabajo que se ocuparía del cuidado del enfermo y la observación de los síntomas, dejando tiempo libre para desarrollar el talento médico. El hospital adquirió prestigio y se devaluó la figura del médico rural y de cabecera, así como los servicios de sanidad.

Se medicalizó la sociedad y la salud pública fue quedando como lucha contra la infección, la valoración del riesgo y el saneamiento o higiene pública: agua, alimentos aire, es lo que hoy conocemos como paradigma salubrista. La salud pública no logró introducir transformaciones estructurales en la sociedad sin alterar el modo de vida ni los procesos de trabajo. “De forma similar a como la medicina convirtió al médico en el profesional autorizado para explicar la enfermedad y al mismo tiempo curarla, la salud pública transformó al Estado en la autoridad que explicaba el riesgo y lo prevenía, exigiendo, como contrapartida, la total subordinación del individuo a la sociedad, y de esta al poder del mismo Estado”<sup>208</sup>.

La práctica de la salud en la sociedad capitalista persiguió y persigue un triple objetivo: preservar la subsistencia de la fuerza de trabajo, perpetuar la clase dirigente, a la vez que asegurar el orden social.

### *Primeros personajes y asociaciones en el ámbito angloamericano*

William Petty, inglés del XVI, pionero en la aplicación de los métodos cuantitativos en los problemas sociales, relevancia del hospital y crear un Consejo de Salud. En el marco de la ley isabelina de los pobres, no tuvo eco por la escasa

---

<sup>208</sup> Sánchez García y col, 2003, p. 39

fuerza del Estado frente a las autoridades locales. Johann Meter Frank, escribió un tratado sobre la policía médica en 1779, en Alemania, donde se valoraban los aspectos sociales de la enfermedad y la base para analizar los problemas y acrecentar el papel del Estado. A mediados del XIX fue superado por el positivismo. Jeremy Bentham, inglés, discrepaba de la ley isabelina de los pobres ya que decía que inducía a la pereza y holgazanería e impedir la movilidad de la población laboral. Edwin Chadwick, discípulo favorito de Bentham, elaboró un informe en 1842 que sirvió de base para redactar una nueva ley de los pobres que regulaba el gasto público y permitía un mercado libre de mano de obra, concibiendo la fuerza humana como mercancía. Relacionó la enfermedad con las condiciones ambientales: agua, basura, alcantarillado. Rudolf Virchow atraído por las ideas del socialismo científico, apoyo a los sindicatos en la revolución de 1848. Celebre es la frase "La medicina es una ciencia social y la política es la medicina a gran escala". Salomón Neuman, también fue atraído como Virchow por las ideas del socialismo científico y apoyaron a los sindicatos en la revolución de 1848. Elaboró una avanzada Ley de Salud Pública en 1849.

Karl Marx y Frederick Engels en 1845 formularon el cuerpo de doctrina conocido como "socialismo científico", criticando las formas de explotación humana y las lacras de la organización social capitalista. Su nueva concepción del mundo se considera de las más influyentes y se conoce como el "Materialismo Histórico". Lemuel Shattuck en 1850 elaboró un informe sobre la sanidad en Massachussets en EE.UU. Su impacto fue menor que Virchow en el Reino Unido; tras 25 años Edgard Jarvis lo recuperó y activó y en 1869 se creó la primer Junta Estatal de Sanidad con personal médico y ciudadanos. Otto Von Bismarck, creo el seguro obligatorio de enfermedad para frenar la creciente influencia del partido socialdemócrata y las reivindicaciones obreras que se veían como una amenaza frente al estado. Generó la cobertura sanitaria y la participación del estado.

Louis Pasteur. Francés del XIX junto con Robert Koch formularon la teoría del contagio microbiano. Friedrich Henle con John Snow, Pasteur y Koch generaron la teoría de la uncausalidad y base del positivismo médico de finales del XIX.

Susan Rugeley Powers en 1857 creó la primera Asociación de mujeres laicas por la salud en Inglaterra "Asociación nacional de señoras para la difusión del conocimiento sanitario" fue su presidenta. Florence Nightingale, enfermera del XIX,

considerada como una de las fundadoras de la Enfermería Moderna, tuvo gran impacto en la distinción de las enfermeras hospitalaria y sanitaria. Recuperó el prestigio de la enfermería y organizó la formación en Inglaterra, tras su brillante actuación en la guerra de Crimea donde logró invertir la mortalidad de los soldados con cuidados enfermeros y demostrar con gráficas circulares los resultados ante la cámara de los loores. Ethel Gordon Fenwick presidenta de la Asociación de Enfermeras inglesas y perteneciente al movimiento internacional por los derechos de las mujeres. En el primer Congreso Internacional de Mujeres en 1893 en Chicago, Ethel junto con Lavinia Dock de EE.UU y Agnes Carril de Alemania hicieron en 1894 un llamamiento para crear lo que fue el Consejo Internacional de Enfermeras. Ethel que fue elegida presidenta en 1898. Lillian Wald y Mary Brewster en 1893 en Estados Unidos de Norteamérica promovieron la enfermería social en Nueva York y organizaron un servicio de enfermería por distrito para los enfermos sin recursos económicos, como el caso español<sup>209</sup>.

La British Medical Association en 1836 y la American Medical Association en 1847, nacieron por el temor de los médicos a perder su carácter liberal cuando los estados regulan la asistencia a los enfermos mediante los seguros de enfermedad. Abraham Flexner de la Carnegie Corporation reguló la instrucción médica en EE.UU. en 1910; el patrón fue el exitoso modelo alemán investigador médico liberal microbiológico, clínico y curativo en el contexto del hospital como el ente hegemónico auxiliado por la industria farmacéutica.

### *El siglo XX*

La difusión del Seguro Obligatorio de Enfermedad implantado por Bismarck en Alemania en 1888, se difundió en años sucesivos por Europa. En el mismo 1888 en Austria, Hungría en 1891, Luxemburgo en 1910, Noruega en 1909, Suiza y Reino Unido en 1911 (el Matrimonio Webb fue promotor de lo que sería 40 años después el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido.) y en 1928 en Francia. En la Rusia

---

<sup>209</sup> Concepción Arenal, es coetánea de las señoras de las clases altas que hacían labor de filantropía en Inglaterra como Rugeley y Gordon. Realizó estudios de Historia, Sociología, Filosofía, Idiomas y Derecho en la Universidad Central de Madrid. Escribió *El Visitador del Pobre*. Fundó *La voz de la caridad*. Fue secretaria de Cruz Roja y dirigió un hospital de campaña en Miranda de Ebro durante la segunda guerra carlista.

Soviética se creó el modelo sanitario socialista planificado donde el estado se hizo cargo de los servicios de salud pública y del servicio nacional de salud.

En Estados Unidos, las experiencias locales de los centros vecinales de salud y los programas de ayuda social acabaron en decadencia por el New Deal y la ley de Seguridad Social de 1935. Se acabó con la instauración del modelo sanitario de libre mercado a pesar de los intentos de Roosevelt de implantar un seguro obligatorio tipo Alemania. La Asociación Médica Americana y el empresariado impidieron tal medida, considerando la atención médica una cuestión más personal que una responsabilidad social. Se creó una gran red de hospitales a partir de la American Hospital Association, la Cruz Roja y el Escudo Azul con personal médico asalariado y con prestaciones a veteranos discapacitados. Aumentaron los hospitales de los seguros médicos, se creó el libre mercado sanitario y por el contrario creció poco la seguridad social, de manera que el “*Medicare y el Medicaid*” para población anciana y con bajos ingresos y pobres, fueron y aún hoy son lo únicos programas de sanidad pública. Un aliado ideológico fue Parsons, fundador de la sociología norteamericana, que aplicó la sociología médica a la práctica de la profesión médica. En el paradigma parsoniano las relaciones entre el médico y el paciente están establecidas en términos de personas con diferentes estatus, que al igual que las clases sociales, está subordinado el uno al otro con roles diferentes. Esta concepción ha sido criticada por diversos sociólogos de la salud<sup>210</sup>.

Tras la segunda guerra mundial, organizada la Unión Soviética y consolidado el dominio de los Estados Unidos, el neocapitalismo aceptó la intervención del estado para el ordenamiento del mercado desarrollado y las bases legales de la estructura económica capitalista como una moneda estable y un complejo militar industrial. La carrera armamentística, la producción y venta de armas fueron la mejor fuente de ingresos. Las sociedades avanzadas tras la 2ª guerra mundial, trataron de corregir las desigualdades más escandalosas aunque manteniendo la esencia de la sociedad capitalista y la propiedad privada de los medios de producción, creando el Estado del Bienestar. Algunas de sus características de lo que se dio en llamar “pleno empleo keynesiano fondista” fueron: división sexual del trabajo, fabricación en serie, poder adquisitivo, productividad, protección social, sanidad pública, idea de “ciudadanía”.

---

<sup>210</sup> Ugalde, 1983, pp. 57-75.

El Servicio Nacional de Salud inglés partió de la idea de la salud como un derecho y responsabilidad del Estado. Comenzó a funcionar en 1948 con hospitales públicos, médicos de familia, consejos ejecutivos locales, enfermeras domiciliarias, visitadoras y matronas a domicilio. Solo quedaron fuera, las empresas y la salud mental. El neopositivismo en salud y el modelo multicausal con la influencia de las ciencias de la conducta se consolidó en 1960.

La sociedad española de finales del XIX y principios del XX se vió influida por la pérdida de las colonias y el regeneracionismo de Costa en el que se aumentó la preocupación por la alimentación, la salud y la natalidad de las clases bajas<sup>211</sup>.

### *Economía y salud a partir de los setenta*

En los setenta se produjo una internacionalización del capital, se desarrollaron las empresas multinacionales y la división internacional del trabajo, a partir de la expansión de los capitales americanos de los sesenta. La empresa multinacional con enorme disponibilidad de capitales, fabrica productos diversos, en sectores diferentes, con gran importancia de los equipos de investigación y tecnológicos e implantación en diversos países a los que exportan tecnología y dinero, ya que los productos se fabrican en los propios países. El fordismo keynesiano no fue un cambio de estrategia para salir de la crisis del 29 sino que asestó un duro golpe a la cultura obrera cuyos sindicatos se alineaban con el reformismo. La crisis del estado del bienestar en el 73 fue más allá de la crisis del petróleo, debido a la reducción del crecimiento económico, desempleo y precariedad laboral. Fue una crisis global y estructural con luchas sindicales por la salud laboral y la entrada de los grupos feministas, ambientalistas y pacifistas que introdujeron cambios de conceptos y en las formas de los servicios. Para Ugalde en las sociedades de tecnologías más avanzadas, la ideología y los aspectos políticos siguen siendo tan importantes como los científicos, o incluso más, en la organización de los servicios de salud y en la mejora de los niveles de salud de la población. Así fueron los consumidores y el movimiento feminista los que forzaron la creación de: Los *Birthing center*, centros de nacimiento, que son más parecidos a un hogar que a un hospital. La desconfianza en los tecnológico y lo químico ideas que proceden de los

---

<sup>211</sup> Rodríguez Ocaña, 1995, pp. 22-9.

movimientos de la salud integral y del ecológico, han tenido efectos en el entendimiento de los problemas sanitarios por los ciudadanos, han influido en la sociología política de la salud y han cambiado la incipiente sociología de la medicina<sup>212</sup>.

En 1979 los trabajos históricos McKeown<sup>213</sup> en Inglaterra y Gales, entre otros, contribuyeron a consolidar la idea de que los niveles de salud de la población están más correlacionados con el desarrollo socioeconómico de la sociedad que con los servicios de atención médica. Son las mejoras nutricionales, la vivienda, las infraestructuras, el saneamiento y la educación los factores que han contribuido de forma decisiva a la mejora de las estadísticas vitales. Parfit en 1974 escribió:

“Es posible que alguien se sorprenda al saber que no han sido los médicos, ni los hospitales, sino más bien las corporaciones locales, quienes, en mayor medida, han contribuido a mejorar la salud pública durante los últimos 150 años. Si la aportación de nuestros municipios a la salud de la nación ha pasado desapercibida, se debe en parte, a lo poco que se ha escrito al respecto”<sup>214</sup>

En los ochenta como consecuencia de la crisis se cerraron hospitales en EE.UU. y el club de Roma llegó a defender el crecimiento cero recogido en el lema político del desarrollo sostenido: *no ser cada vez más pobres, pero renunciar a ser cada vez más ricos*.

El Consenso de Washington y los programas de ajuste estructural que se aplicaban desde 1982 en más de 120 países han supuesto: la incapacidad para hacer frente al círculo del empobrecimiento debido a los préstamos y a la deuda externa creciente; desmantelamiento de estructuras públicas como sanidad, educación, pensiones y empresas públicas; gastos militares desorbitantes, depredación del medio ambiente y violencia difusa que es sistemática aunque no hay listas de muertos por no haber guerras declaradas. También se ha dado: concentración de la propiedad de la tierra, la ruina de los cultivos, importación de alimentos, analfabetismo tradicional y funcional, mala calidad de la enseñanza, desnacionalización de la economía y privatización de la seguridad. Frente a la política del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial se ha creado el Foro Alternativo que niega la existencia un único modelo económico, que defiende la

---

<sup>212</sup> Ugalde, 1983, p. 62

<sup>213</sup> McKeown, 1979.

<sup>214</sup> Parfit, 1993, p.3.

diversidad de lo local y lo histórico. *Otro mundo es posible, es necesario*. El Keynesianismo militar de EE.UU. es más de lo mismo aplicado por Bush.

La ofensiva neoliberal y la globalización, combaten las ideas de igualdad y plantean la economía de mercado como único sistema eficiente de organización social. La inflación se atribuye al exceso de gasto público, fiscalidad y salarios altos; se desprestigia la intervención estatal y se penaliza a los sindicatos. El *toyotismo* como nueva forma de organización de la producción en la que el trabajador es a la vez fabricante, tecnólogo y administrador de la pequeña empresa que trabaja para la multinacional ha sido considerada una nueva forma de feudalización. La flexibilidad del mercado laboral y la competitividad que ha dado lugar a la deslocalización y pobreza. El recorte de las prestaciones sociales y el acuerdo de Maastricht de 1992, como fórmula para dismantelar el estado del bienestar cuestionado por el Banco Mundial en 1991, y garantizar la primacía del proceso financiero.

Se produce una supeditación de los estados nacionales a las corporaciones internacionales y el imperialismo de los Estados Unidos de Norteamérica. El 70% de las empresas son estadounidenses, el 26% europeas y el 4% japonesas. Se produce un debilitamiento de los estados nacionales y del poder de la ciudadanía, donde el estado es sólo mediador y la ciudadanía se concibe como el derecho a la posesión de bienes. La globalización económica ha hecho que personas que no pertenecen a las élites, tengan acceso a objetos similares a aquellas, lo que se ha dado en llamar *democracia de consumo*, o la *felicidad por el consumo* que afecta a las relaciones personales (que se convierten en relaciones de usar y tirar), despolitiza y desmoviliza, de modo que las reivindicaciones son a corto plazo y sin producir cambios estructurales.

### *Principios básicos*

El concepto de Salud Pública hoy comprende una concepción global del estado de salud de la comunidad en todos sus aspectos y relaciones<sup>215</sup>. Abarca desde la protección del ambiente de vida, hasta la curación y el cuidado de los enfermos

---

<sup>215</sup> San Martín y Pastor, 1984, p. 7.

sobre todo cuando son incurables. Actividades como la promoción y la educación de la salud de las poblaciones, la prevención de la enfermedad y de las anomalías orgánica e incapacidades, la readaptación de los discapacitados y todas aquellas actividades instrumentales que completan la disciplina: gestión de los servicios de salud, formación de los profesionales e investigación en salud.

Para la OMS, el término salud pública de una comunidad, en un sentido amplio y complejo, de forma que puede extenderse a un país, evoca el estado sanitario de la colectividad, el funcionamiento de los servicios de salud-enfermedad, la planificación y administración de las actividades de sanitarias. Las funciones clásicas de la Salud Pública son: 1) Promoción de Salud, proceso de capacitar a las personas para aumentar el control de su salud y mejorarla. Implica a la población en su conjunto dentro del contexto de la vida cotidiana. Requiere el acceso pleno y continuado a la información sobre la salud. Está dirigida también hacia la acción sobre los determinantes o causas de la Salud. Es una actividad que pertenece al ámbito sanitario y social. 2) Protección de la Salud, de aquí se desprenden actividades y acciones tendentes a poner barreras que impidan que la gente enferme. 3) Recuperación/Rehabilitación/Reinserción, actividades y acciones que permiten que se logre nuevamente disfrutar de la salud perdida, es decir, recuperar el equilibrio biofísico-social. Todas estas funciones están englobadas en el concepto de Prevención, que queda muy bien expresado en el aforismo de Hacker al enunciar: “Si las gentes se están cayendo en un precipicio, es más humano y más barato colocar una defensa o cerca en la altura, que construir un hospital perfectamente dotado en personal y material en el fondo”<sup>216</sup>.

Para San Martín<sup>23</sup>, la salud pública adquiere el carácter de disciplina autónoma que se preocupa en sentido global del estado de salud y de los problemas de Salud de la comunidad en todos sus aspectos y relaciones. Sus funciones son protección de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud: tratamiento de la enfermedad (atención médica y cuidados enfermeros), rehabilitación y readaptación, planificación, organización, gestión y evaluación de servicios de salud y enfermedad. (Incluye gestión de personal, de presupuestos, de equipos, servicios jurídicos), Formación del personal de salud e Investigación en salud y enfermedad.

---

<sup>216</sup> Mazarrasa, 1986, p.12.



Todas estas actividades dependen del sector salud y se llevan a cabo desde el sistema sanitario. Sin embargo, en otros sectores de la sociedad se desarrollan actividades íntimamente relacionadas con la salud. Entre ellas están: educación a todos los niveles, política económica nacional, producción de bienes y servicios, distribución equitativa de la riqueza nacional: trabajo, salario, rentas, impuestos y seguridad social; servicios de bienestar colectivo: deporte, recreo; cultura y transportes y vivienda.

En 1974, el Informe Lalonde, en su obra "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses", puso de manifiesto que un gran número de muertes eran prevenibles.

Los grandes eventos de la Organización Mundial de la Salud:

- Salud para Todos en el Año 2000 (1974-1977).
- Atención Primaria de Salud: Conferencia de Alma-Atá, 1978; Reunión en Riga, 1988;
- Objetivos Europeos: 38 Objetivos de Salud para Europa (1984); Revisión de los 38 Objetivos de Salud para Europa (1991); Revisión de 1999, se reducen a 21.
- Ciudades Saludables, Lisboa 1986.
- Promoción de la Salud: Conferencias de Ottawa 1986, de Adelaida 1989, de Sundswall 1991; de Jakarta 1997; de México 2000.

### *La Enfermería Comunitaria*

En España, la mayor parte de los estudios de la Enfermería Comunitaria son de la década de los noventa. Anteriormente los trabajos hay que buscarlos entre los autores y las obras de Historia de la Medicina y en los de la Historia de la Enfermería General como Domínguez Alcon, Eserverri, Ventosa, Hernández Martín, Hernández Conesa, G<sup>a</sup> Martín-Caro. También en los manuales de Enfermería Comunitaria de las dos últimas décadas. El primer libro de Historia de la Enfermería Comunitaria se publicó en 1999, siendo sus autores Bernabeu y Gascón, ambos profesores de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Nuestra concepción de la enfermería comunitaria comprende el *cuidado* dirigido a preparar a las personas, en familia o grupos sociales, para potenciar la diversidad de habilidades, creencias, saberes, autocuidados y demás recursos que beneficien la realización de sus *necesidades*. Donde la *Necesidad* no solo es carencia sino *Potencialidad* que ha de ser usada en beneficio de la salud, del desarrollo personal, la autoconfianza, el autocuidado y el cuidado integral comunitario. Por tanto, no se reduce a la aplicación de algunas técnicas clínicas en el ámbito de la familia, sino que los cuidados les ayudan a enfrentar las diversas experiencias ante su proceso salud-enfermedad<sup>217</sup>

#### 1.4.2. Antecedentes de la Atención Domiciliara y las Enfermeras Visitadoras en España.

Se tiende a considerar a Febe, en el primer siglo de nuestra era, diaconisa de las primeras comunidades cristianas que visitaba a los enfermos en su casa como la precursora de la enfermería comunitaria<sup>218</sup>. En el siglo XII, Lambert Le Begue en Lieja creó las “Beguinias” que vivían en grupos de 3 ó 4 y que se consideran pioneras de la enfermería domiciliara<sup>219</sup>. La historiadora feminista Milagros Rivera describe a las Beguinias o Beatas (nombre que recibieron en España en esa época), como a las trovadoras, a las cátaras y a las místicas, como las mujeres que decidieron adoptar una opción de vida comunitaria seglar para tener tiempo y dedicarse a su espiritualidad. También era una opción para practicar sus inquietudes intelectuales, no olvidemos que hasta el siglo XVIII, las mujeres que escribían lo hacían de forma aislada y rara vez traspasaban el umbral de lo público, eran autodidactas, ya que no tenían acceso a una educación. “Leer era un lujo, que debían ejercerlo a escondidas puesto que se consideraba pernicioso para la mujer”<sup>220</sup>.

Las beguinias o beatas, pertenecieron sobre todo a la clase media y popular de las ciudades aunque hubo aristócratas y campesinas. Vivieron solas, discretamente

---

<sup>217</sup> Romero, 2005, pp.1-18

<sup>218</sup> Hernández Martín, 1996, p.28.

<sup>219</sup> Donahue, 1989, pp.169-70.

<sup>220</sup> Martín, 1999, pp.104-9.

vestidas, en relaciones duales o en pequeños grupos. Formaron un movimiento internacional, se escribieron y realizaron abundantes y largos viajes de los que hay numerosos testimonios en la península ibérica.

“Vivieron de sus rentas y sobre todo de su trabajo en la industria y en la artesanía textil tejiendo y cosiendo, de la enfermería y en los hospitales de pobres, en el copiado y miniado de manuscritos, en la enseñanza de las niñas. La iglesia católica las persiguió desde principios del siglo XV, pero no desaparecieron. A finales del XV intentó incorporarlas a la vida monástica reglada, en especial a San Jerónimo. En el XVIII, la revolución. Francesa las condenó y prohibió, no obstante su forma de vida persiste”<sup>221</sup>.

Para Manuel Amezcua las beatas representaban la cara oculta de unos servicios sociales de tipo marginal, desempeñados de forma habitual y alternativos al dogma imperante.

“Fueron triplemente reprimidas: por la justicia civil, por la eclesiástica ordinaria y por el Santo Oficio, ya que fueron acusadas como sujetos de herejía. Sin duda son una muestra muy clarificadora de la intransigencia de los poderes formales a unas mentalidades diferentes”<sup>222</sup>.

En Francia, en 1610, Francisco de Sales y Juana Chantal crearon una organización femenina para cuidar a los enfermos en sus hogares<sup>223</sup>. Después de cinco años, esta orden fue enclaustrada y se interrumpió el cuidado de los enfermos a domicilio. En 1633 Vicente de Paúl y Luisa de Marillac sistematizaron estos servicios, fundando en Francia las Hijas de la Caridad. Organizaron un sistema de visitadoras de enfermos pobres basados fundamentalmente en: Considerar a la familia como unidad básica de servicio y la Evaluación periódica de la asistencia prestada a través de la situación de las familias atendidas. Esta labor de visitadoras fue reconocida por Arenal y Gardner<sup>224</sup>

Algunos autores tienden a asociar la evolución de la asistencia domiciliaria a la evolución del propio concepto de hospital desde sus orígenes basado en los principios de caridad cristiana, que se mantuvieron durante la Edad Media y en la vigorosa religiosidad de los siglos XVI y XVII, hasta posteriores concepciones ilustradas<sup>225</sup>. La iglesia, las cofradías y particulares sostenían el sistema hospitalario benéfico. En los siglos XVI y XVII la asistencia domiciliaria era el reparto de limosnas, camas y alimentos para pobres. El hospital moderno tal y como hoy lo

---

<sup>221</sup> Rivera, 2005, p.114.

<sup>222</sup> Amezcua, 2000, pp.117-134.

<sup>223</sup> Sáez y Hernández, 2000, pp.247-260.

<sup>224</sup> Bernabeú, 1999, p.14.

<sup>225</sup> Fernández Mérida, 1999, pp.145-154.

concebimos, se debe a la introducción de la cirugía. “La cirugía fue la que nos hizo depender a todos de una institución que convirtió al hospital en centro de atención quirúrgica. Hasta entonces la gente enferma no iba al hospital, salvo en caso de epidemia, les cuidaban los familiares, o los criados<sup>226</sup>”.

La palabra hospital no tenía el sentido médico de ir a curarse, que tiene hoy, este concepto tiene poco más de un siglo y medio, ya que antes, hospital significaba hospitalidad u hotel y vienen de la misma raíz que significa “dar alojamiento”. Daban atención a quien lo necesitara, ya fueran viajeros, forasteros, o/y también a la persona pobre y sin un entorno que le cuidase; En estos hospitales se les daba alojamiento y comida, y si, eran muy pobres, algo para subsistir.

“En los tiempos medievales iban los esclavos, los sirvientes, las prostitutas, y los que no tenían un entorno familiar; en las ciudades de costa, a los marineros y navegantes, que estaban de paso en la ciudad, si estaban enfermos, los mandaban al hospital y también a los niños huérfanos y pobres que andaban por la calle. En el XIX, hay ordenanzas que pagan a un empleado del Ayuntamiento para que recoja a los niños de la calle para llevarlos al hospital<sup>227</sup>”.

En el XVIII se diferenció el hospital para enfermos del hospicio para pobres debido a la influencia de la Salud Pública y los tratados de higiene y salubridad en toda Europa. El espíritu secularizador y el control del Estado se plasmaron en la Constitución de 1812, que en su art. 321 confiaba a los Ayuntamientos el cuidado de los hospitales y en el art.335 a las Diputaciones la supervisión de éstos.

En 1819 la Junta General de Caridad premió la memoria de D. José Antonio Piquer, regente de la cátedra de Medicina de la Universidad de Valencia, médico de la real familia y consultor de los ejércitos nacionales. Defendía la *hospitalidad domiciliaria*, incidiendo en las múltiples complicaciones infecciosas contraídas en los hospitales y en los beneficios de la asistencia en casa, tanto desde el punto de vista físico como emocional. En 1858 Pasteur descubrió el carácter patógeno de las bacterias y en la segunda mitad del XIX se tomaron medidas de higiene. Julio Verne, desde su ficción anticipatoria, recogió algunas ideas dominantes de la época.

“Los hospitales deben ser pequeños para que *no se amontone el mismo foco de infección*, reservados a *foráneos sin asilo, o casos excepcionales* y se recomienda, incluso, que se mantenga al enfermo en cada casa, lo más aislado posible... Una ingeniosa innovación es la creación de un cuerpo de enfermeras experimentadas formadas especialmente para estos menesteres, y puestas por la

---

<sup>226</sup> Tey, Relato de Vida Profesional. Noviembre de 2005. APCGB

<sup>227</sup> Idem Tey, nota anterior

administración central a la disposición del público, para que realicen la atención domiciliaria<sup>228</sup>

La 1ª Ley General de Beneficencia de 1822 reguló las Juntas Provinciales y Municipales y ofreció la posibilidad de establecer Juntas Parroquiales, abarcaba: casas de maternidad, socorro, hospital de enfermos, convalecientes, locos y hospitalidad domiciliaria. Se abolió en 1823 y se restableció en 1836, con escasos resultados debido a la inestabilidad política. En su art. 98 reservaba los hospitales para enfermos contagiosos o quienes no tuvieran domicilio en la localidad y primaba la *hospitalidad domiciliaria*. En los art. 88, 92 y 40 regulan criterios de acceso y funcionamiento.

En el art. 99 nombraba la figura de “Enfermero” como aquel que ha de “cuidar a los enfermos pobres en su misma casa, los socorros y medicamentos necesarios”. En los artículos siguientes especifica las funciones. Así el artículo 100 “tomar los correspondientes informes y oír el parecer del facultativo antes de suministrar socorro alguno, a excepción de los casos muy urgentes en que peligrase inmediatamente la vida de algún enfermo”.

En el art. 101, abordaba la gestión económica y lo que hoy diríamos sistema de registro: “cada semana dará a la Junta Parroquial o Municipal cuenta exacta de las cantidades que habían invertido, de los enfermos curados, muertos o adolecido de nuevo, y de todo cuanto juzgasen dignos de ponerse en conocimiento de la Junta”. En el 103, recoge la colaboración intersectorial, ya que debían ponerse de acuerdo con la asociación de caridad si la hubiese, para auxiliar sus operaciones en caso necesario y para asegurarse que nada faltase a los enfermos que se hallasen en el caso de reclamar la asistencia y vigilancia de la Junta.

En 1833 la Ley de Instrucción insistió en el socorro domiciliario “donde el esmero conyugal y las atenciones físicas contribuyan a la curación”. La Ley de Beneficencia de 1849 y su reglamento de 1852 insertó la beneficencia en las administraciones locales por vía municipal y provincial y clasificó los establecimientos en tres: a) Generales, de carácter nacional para incapacitados o de atención especial como locos, ciegos y sordomudos. b), Provinciales, cada capital debía tener un hospital, casa de misericordia<sup>229</sup>, de huérfanos, maternidad y expósitos. c) Municipales, para socorro de necesitados, albergues de mendicidad, hospitalidad en tránsito y

---

<sup>228</sup> Verne, 1980, p.45.

<sup>229</sup> Rivera, 2005, p.103.

beneficencia domiciliaria. La beneficencia domiciliaria se organizó en todos los pueblos que tenían Junta Municipal.

A partir de las cortes de Cádiz, se separaron las casas de beneficencia hospicios y hospitales. Las casas de caridad o de misericordia, se crearon en 1830 y se hicieron efectivas varias décadas después. En Barcelona la separación de los niños huérfanos fue dolorosa y en contra de las autoridades del hospital, ya que llevaba consigo intereses económicos de las dotaciones que recibían los niños. Tenían que deslindar muy bien qué bienes eran específicos del hospital, cuáles de los huérfanos, cuáles de las doncellas; fue un conflicto administrativo, además el hospital tenía posesiones por toda la ciudad. En Barcelona, el hospital llegó a tener terrenos en la isla de Cerdeña y herencia compartida o co-herencia con el hospital de Zaragoza<sup>230</sup>.

En el Real Decreto de 1853 se volvió a insistir en los auxilios domiciliarios. Hubo siempre problemas económicos como también los tuvieron los hospitales. El higienista Mateo Seoane encabezó el modelo liberal del sistema español defendiendo la "hospitalidad domiciliaria" y considerando que los hospitales eran un prototipo de instituciones que había que superar. Sus discípulos Pedro Felipe Monalu, autor de *Elementos de Higiene Pública, 1846* y Francisco Méndez Alvaro, estudiaron las condiciones de la vivienda e influyeron en las condiciones sanitarias de la sociedad.

Esta preocupación por mejorar las condiciones de salubridad, fue general en toda Europa y favoreció la creación en Inglaterra y por Nigthingale de la Enfermería de Salud Pública que visitaba en el domicilio a los enfermos, les brindaba educación sanitaria y apoyo social.

En España Concepción Arenal denunció la penosa situación de los enfermos en los hospitales. Su obras *El pauperismo y El visitador del pobre, 1860*, recogieron elementos de higiene doméstica y atención emocional. Defendió la asistencia domiciliaria proponiendo la creación de *una enfermera en cada cabeza de partido* con mejores condiciones de salubridad, economía y contacto familiar<sup>231</sup>. También Antonio Guerola en *Memorias sobre las ventajas e inconvenientes de los*

---

<sup>230</sup> Tey, Relato de Vida Profesional. Noviembre de 2005. APCGB

<sup>231</sup> Gascón, 2002, p. 16

*hospitales, de las pequeñas enfermerías y de las hospitalidad domiciliaria, 1869, apoyaba la atención domiciliaria*<sup>232</sup>.

Las Hermanas Siervas de Jesús de la Caridad<sup>233</sup> fundaron su Instituto en 1871 en Bilbao. En 1882 se instalaron en Gijón continuando su labor hasta la actualidad. Realizaban atención domiciliaria a demanda de los enfermos, sus normas están recogidas en el *Directorio de las Siervas de Jesús*. La asistencia la concebían como un servicio sagrado, guiadas por el Espíritu Santo. Debían tener: competencia profesional, saber escuchar y sonreír, afabilidad y paciencia, discreción, servicio permanente y oración. El sistema benéfico planteó una fuerte disyuntiva entre la asistencia hospitalaria y domiciliaria<sup>234</sup>.

La Ley General de Sanidad Pública de 1904, creó las Juntas Provinciales de Sanidad y en 1925, el Estatuto y Reglamento de Sanidad Provincial, unificó las estructuras que habían aparecido creando el marco para el desarrollo de la salud pública. La ley de 1904 estableció la conveniencia de que cada Junta procurara organizar una “comisión de Señoras” para la acción complementaria en la vigilancia de la asistencia domiciliaria a enfermos pobres, propaganda de la higiene durante la lactancia e higiene de los párvulos, protección de las embarazadas y demás cuidados análogos. Estas tareas pueden considerarse el precedente de las enfermeras visitadoras de comunidad; sin embargo, a pesar de que la legislación para practicantes y matronas fue abundante en ese período, nada se legisló respecto a la formación o enseñanza de las señoras que debía integrar las Comisiones con actividades domiciliarias, y cuando en 1915 la ley estableció la titulación para enfermeras, la orientación de los estudio y la actividad cotidiana no abarcó este aspecto. Habría que esperar casi 20 años para retomar ese campo de actuación.

En Francia, el doctor Calmette, destacado por su lucha antituberculosa, propició la atención en el domicilio, trabajando al principio con visitadoras sin preparación. En 1900, las escuelas de enfermeras de Anyot y Vercingetorix comenzaron a preparar visitadoras y en 1914 se fundó en París la primera Escuela de enfermeras

---

<sup>232</sup> Fernández Mérida, 1999, pp.145-154.

<sup>233</sup> Barros, Fernández G<sup>a</sup>, Fueyo y Menéndez, 2001, pp. 431-440.

<sup>234</sup> Fernández Mérida, 1999, p. 79.

visitadoras<sup>235</sup>.

A consecuencia de las campañas de Marruecos en 1921, muchas mujeres de toda condición social, se ofrecieron para colaborar. Esto hizo que la carrera de enfermera tomara auge y hasta “podría decirse que se puso de moda ser enfermera” Ventosa<sup>236</sup>. Martínez Vargas en 1923 propuso la creación de una Enfermera visitadora, dedicada especialmente a la educación sanitaria y materno-infantil, proponiendo el nombre de “Higias”, relacionado con la diosa de la higiene y la prevención Hygia. Ventosa relata que las enfermeras visitadoras se crearon en 1904 aunque no tuvieron realidad práctica hasta la República en 1934<sup>236</sup>

#### *1.4.3. Un enlace entre familia y médico*

En 1923 se creó la Escuela Nacional de Puericultura adscrita al Consejo Superior de la Infancia para formar, entre otras profesiones, las enfermeras visitadoras. La Escuela comenzó a funcionar en 1926. En 1924 se creó la Escuela Nacional de Sanidad en el Instituto de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, en cuyo reglamento de 1925 se contempló la necesidad de crear una escuela para la especialización de enfermeras de salud pública. Entre los profesionales que formó se encontraron las enfermeras sanitarias, que en 1930 recibieron el nombre de “Enfermeras Sanitarias Visitadoras”. En Octubre de 1926, se iniciaron las primeras promociones para las Visitadoras Puericultoras. Se requería tener Bachiller, o ser Maestra Nacional o excepcionalmente hacer un examen de ingreso. La formación fue de dos cursos de 5 meses, hubo examen final y los títulos los daba la Escuela Nacional de Sanidad, que tenía inspecciones anuales para renovar la autorización. Una de las Sucursales estuvo en la Escuela Maternal de Valencia. En Diciembre de 1929, se instó a las Diputaciones provinciales a apoyar económicamente a las escuelas provinciales de puericultura”.

La Escuela de Sanidad se modificó en 1932 durante la República para cumplir una triple función: Escuela técnica, Instituto de Higiene y Centro de Investigación. Las aspirantes debían de tener el título de Bachiller o de Maestra Nacional o pasar

---

<sup>235</sup> Bernabeu, 1999, p. 20.

<sup>236</sup> Ventosa, 1984, pp.125 y 107



un examen de suficiencia ante el profesorado de la escuela antes de comenzar los estudios. Tuvieron programas integrados teóricos y prácticos comunes con médicos puericultores. “La enfermera era considerada un enlace entre los médicos y los niños en el seno de sus familia o sustitutos”

Su formación, distribuida en tres trimestres, comprendía importantes materias de Salud Pública:

1<sup>er</sup> trimestre: Bacteriología y Parasitología. Higiene de la alimentación y la nutrición. Técnica traumatológica. Estadística sanitaria.

2<sup>o</sup> trimestre: Epidemiología general y técnica epidemiológica. Enfermedades infecciosas, parasitarias y su clínica. Higiene privada y pública.

3<sup>er</sup> trimestre: Inmunología, suerología e infiltrables. Ingeniería sanitaria y Administración Sanitaria Pública. Sanitaria internacional y Legislación.

En 1929 la Sociedad Española de Higiene premió el trabajo *Organización y Reglamentación del Cuerpo e Institución de Enfermeras Visitadoras y acción cultural de las mismas*. Su autora fue la médica puericultora Nieves González Barrio, que aprovechó para solicitar el título de Enfermera Diplomada. En su monografía proponía una escuela de enfermeras, de carácter público y capaz de dar a la enfermería el valor académico de las otras profesiones sanitarias. La enfermera debía ser una enfermera especialista, recogiendo las conclusiones más destacadas del informe de la Fundación Rockefeller y la National Organization for Public Health Nursing en 1919<sup>237</sup>.

Las enseñanzas debían durar tres años en régimen de internado, siendo los dos primeros de preparación general y el tercero de especialización en: medicina, cirugía, obstetricia y visitadora de higiene.

---

<sup>237</sup> Bernabeu, 1999, p. 43

## Cuadro nº 1. Plan de Estudios. Propuesta de Nieves González Barrio.

<u>Primer año</u>	
Nociones de anatomía y fisiología	1 h. semana
Nociones de química y farmacología	1 h. semana
Economía doméstica y prácticas de dietética	4 h. semana
Nociones de microbiología y prácticas de laboratorio	4 h. semana
<u>Segundo año</u>	
Higiene general	3 h. semana
Cirugía de urgencia	1 h. semana
Medicina de urgencia	1 h. semana
Nociones de masaje y vendajes	2 h. semana
Prácticas de dietética infantil	2 h. semana
Historia, moral y legislación profesionales	1 h. semana
<u>Tercer año</u>	
Se contemplaban, a elegir, las especializaciones de enfermera cirujana, enfermera de medicina, enfermera tocóloga, enfermera de niños y enfermera visitadora.	
<u>Enfermera Visitadora</u>	
Visitas a domicilio en colaboración con centros de protección ala infancia, lucha antituberculosa y antivenérea, enfermedades mentales, etc. se debían reservar dos tarde semanales para clases teóricas sobre:	
Profilaxis de las enfermedades evitables	1 h. cada tarde
Deontología, moral e Historia profesionales	1 h. cada tarde
Las clases teóricas debían de completarse con proyecciones y todas las demostraciones prácticas posibles.	

Los requisitos de admisión eran haber cumplido veintiún años y no exceder de los treinta, estar en posesión del título de bachiller elemental o de maestra nacional o, en su defecto, pasar un examen de ingreso que acreditase una cultura general análoga. Tener una moral irreprochable, dos referencias de personas solventes en la materia y pasar un reconocimiento médico.

En Junio de 1936, se aprobó el Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad, señalándose como misión del nuevo organismo la enseñanza y formación del cuerpo de Enfermeras Visitadoras. En el mes de julio siguiente, es decir, un mes después, se produjo el levantamiento en contra de la República y comenzó la Guerra Civil. En mayo de 1938, se publicó una Real Orden con la prohibición del ejercicio de la profesión de enfermera fuera de los establecimientos asistenciales.

*La Visitadora Sanitaria en la República*<sup>238,239</sup>

Durante la segunda República hubo preocupación social por las clases menos favorecidas e importante avance feminista. Las mujeres españolas querían modificar su posición social y encontrar medios de demostrar su inteligencia, capacidad y valor como ciudadanas, entre la que era lógico el desarrollo de una actividad sanitaria, por ello la formación de las enfermeras comunitarias tuvo fuerte impulso. En su formación se incorporó la lengua francesa, se les exigió tener realizado el bachillerato y se incorporaron en los programas formativos materias de epidemiología. La inscripción en el registro civil de los nacimientos corrió de nuevo a cargo de las matronas, o en su ausencia los practicantes. Entre 1931-33, Marcelino Pascual, Director General de Sanidad dio impulso a la salud pública y comentó la falta de enfermeras capacitadas.

En 1930, Pittaluga, director de la Escuela Nacional de Sanidad, anunció la colaboración con la Fundación Rockefeller, cuyo convenio se había firmado en la década anterior por la Junta de Ampliación de Estudios. En Julio de 1932, los Estatutos de la Escuela Nacional de Sanidad establecieron los fines de la misma: escuela técnica y profesional, instituto de higiene, centro de investigaciones. Expidió títulos de: guardadoras de niños, enfermeras visitadoras, médicos y matronas, todos ellos eran a la vez puericultoras. En Septiembre de 1935 las enseñanzas comprendían:

Las materias de las Enfermeras Visitadoras en 1935 eran: 1) Eugenesia y puericultura. 2) Fisiología e higiene infantil. 3) Primera y Segunda infancia. 4) Legislación, obras internacionales pro infancia y 5) Laboratorio aplicado a la puericultura.

---

<sup>238</sup> Bernabeu y Gascón, 1995, pp. 151-176.

<sup>239</sup> Álvarez-Dardet, Gascón, Alfonso y Almero, 1988, pp.290-292.

En 1931, a pesar de persistir la situación crónica de desorden político, según recogen los autores, F. Elisabeth Crowell visitó España y realizó un informe de la formación de la enfermería de los hospitales: Instituto Rubio, Cruz Roja y Militar de Madrid; General de Santander; Santa Madrona, Alianza y Cruz Roja de Barcelona. Su conclusión principal fue que la ausencia de profesionales con una concepción adecuada de lo que realmente debería ser una Escuela de Enfermería, conducía a que la profesionalización de las enfermeras fuera muy deficiente:

“Insuficientes requisitos de ingreso en las escuelas, enseñanzas teóricas desorganizadas y descoordinadas e impartidas por médicos. Experiencia práctica no supervisada y limitada a casos quirúrgicos”<sup>240</sup>.

Elisabeth Crowell analizó la labor de las 12 enfermeras visitadoras de la Cruz Roja de Madrid destacando su papel en la exitosa participación del seguimiento de los casos de la epidemia de poliomielitis y los trabajos con enfermos de Tuberculosis. Del Instituto de Cáceres de Higiene, destacó la labor de Inés Oyarzabal formada en Estados Unidos que organizaba y enseñaba a las enfermeras. También analizó la escuela de visitadoras puericultoras. Propuso:

“Se debía disponer de lugares para hacer prácticas supervisadas en: medicina, pediatría, obstetricia y salud pública además de cirugía. Contar con personal adecuado para la dirección, supervisión y profesorado de la escuela mediante becas en el extranjero, ampliando las becas de 12 a 18 o 24 meses”<sup>241</sup>.

Entre 1931-36, hubo 14 enfermeras becadas por la Fundación Rockefeller, por dos años, su edad media fue 29 años y cuatro de ellas fueron recién graduadas. De los informes de estas estancias se ha podido conocer que: iban con insuficientes conocimientos de inglés y deficiente formación enfermera<sup>267</sup>. Las enseñanzas que recibieron fueron: Enfermería Fundamental, Avances en enfermería, Principios y métodos de la enseñanza de la enfermería, aspectos sociales de la enfermería y Enfermería de salud pública.

Seis de ellas se formaron además en el “Teachers College of the Columbia University” de Nueva York en un curso superior para profesores y supervisores en enfermería. Recibieron la enseñanza en:

Las materias de las Enfermeras Visitadoras en Estados Unidos eran: 1) El arte de la enfermería. 2) Supervisión de la enfermería de salud pública. 3)

---

<sup>240</sup> En los archivos de la Fundación Rockefeller, constan informes y correspondencia entre los años 1927 y 1953 de Crowell con diversas instituciones españolas sobre enfermería de salud pública.

<sup>241</sup> Bernabeu, 1990, pp.58-60.

Administración en salud pública. 4) Atención al niño. 5) Higiene mental. 6) Psicología educativa. 7) Introducción a la sociología y 8) Diseño curricular entre otras.

En Febrero de 1933, se llevo a cabo el Primer curso para formar a 50 Enfermeras Visitadoras para Dispensarios antituberculosos, Centros Secundarios de Higiene Rural e Infantil. Duraba 3 meses con los siguientes contenidos teóricos:

Las materias de la Enfermeras Visitadoras en el primer curso en 1933 eran: Higiene general, del trabajo, escolar y de la alimentación; Estadística Sanitaria y Demografía; Medicina Social; Propaganda; Fichas epidemiológicas, ficha y hoja clínica. Ficheros y archivos; Administración y Legislación Sanitaria.

En el prólogo de una de las fichas del Instituto Primario de Higiene (IHP) al que acudían para realizar sus prácticas se decía:

“Es necesario que el IHP organice semanas de protección infantil con conferencias y proyecciones, donde se lleve la inquietud al publico sobre el grave problema que tenemos de la mortalidad infantil y sobre los cuidados que deben tener la madre y el niño. Dada nuestra manera de ser, la Enfermera Visitadora (EV) es uno de los medios más eficaces de que estamos necesitados. Toda madre debe recibir la visita de la EV después del nacimiento de su hijo, o por lo menos dentro del primer mes. Solo el folleto y la enfermera podrán ilustrar sobre los desórdenes de la alimentación para cambiarla por buena, pesar a los niños... y para trabajar con las matronas que en cada pueblo debe haber”<sup>242</sup>.

Las prácticas las realizaron en: Los Centros Secundarios de Higiene Rural de Sigüenza y Valdepeñas, Institutos de Naval Moral de la Mata y Cáceres, Escuela Nacional de Sanidad, Hospital de Enfermedades Infecciosas, Escuela Nacional de Puericultura, Dispensario antituberculoso y en la Cruz Roja.

Debían realizar un Examen de ingreso que constaba de: dictado, ejercicios matemáticos y casos prácticos. En Octubre de 1933, se llevaron a cabo dos cursos de 35 y 25 plazas, y en Mayo de 1934 tomaron posesión como interinas.

En Marzo de 1934, la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias (APVS) creada y presidida por Mercedes Milá fundó la revista *La Visitadora Sanitaria*, que recogió numerosas inquietudes sociales y profesionales. Declaraban su propósito de: a) fomentar las actividades encaminadas a mejorar la salud pública; b) mejorar la formación técnica de las enfermeras, y, c) apoyar a los poderes públicos para el progreso de la profesión. Se publicaron 5 números trimestrales desde 1934 a

---

<sup>242</sup> Prada, 1934. Documento de 2 páginas

1935. Las enfermeras visitadoras participaron en la campaña de Asturias del 34 para valorar y apoyar a las familias y en las epidemias de tuberculosis entre otras. Hubo 109 asociadas, de ellas 2 en Zaragoza, 2 en el antituberculoso de Teruel y 1 en el Instituto de Higiene Infantil. En enero de 1935 Clementina Juderías<sup>243</sup>, enfermera visitadora del Instituto Infantil de Palencia y fundadora de la APVS, impartió la conferencia “La fundadora de la visita domiciliaria en España”, reconociendo precursora a concepción Arenal por su obra “El visitador del pobre”. En julio de 1935 se creó una comisión gestora para la escuela de Visitadoras Sanitarias compuesta por los directores de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), de Puericultura, de Enfermedades Infecciosas, de la Cruz Roja, el arquitecto del Ministerio, el Administrador de la ENS y 2 enfermeras visitadoras, una de las cuales hizo de secretaria. En agosto de este año fue elegida presidenta por 76 votos del total de 77<sup>244</sup> Mercedes Milá Nolla (presidenta de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, constituida en mayo del mismo año).

En 1937 González Barrio inspectora-secretaria de la "Escuela de Instructoras de Sanidad" visitó las Escuelas de Visitadoras Sanitarias de Varsovia, Budapest, Lyon y Viena. El modelo que se adoptó fue el de especialista, generalista, polivalente propuesto por el doctor Pérez Mel que no estuvo de acuerdo con la propuesta de González Barrio que era de especialización diferenciada. Se propusieron las siguientes condiciones: Internado, entre 18 y 35 años, tener el bachillerato o el magisterio o superar un examen equivalente. La duración de tres años, los profesores para teoría, debían ser médicos y las practicas supervisadas por enfermeras capacitadas.

---

<sup>243</sup> Judería, 1935, pp.6-13.

<sup>244</sup> Milá, 1986, pp. 301-8.

Cuadro nº 2. Materias de las Enfermeras Visitadoras. Propuesta de Pérez Mel. 1935

<p><b>Curso 1.</b></p> <p>CONTENIDOS PRELIMINARES: Anatomía, fisiología, química, farmacología, patología general, higiene individual, ética e historia de la profesión y educación física.</p> <p>RESTO DE CONTENIDOS TEORICOS: patologías médica y quirúrgica, ORL, neurología y psiquiatría e higiene general.</p> <p>ACTIVIDAD PRÁCTICA. Tres meses en servicios de patología interna y quirúrgica, dos semanas en Administración y prácticas de preparación de regímenes dietéticos.</p> <p><b>Curso 2.</b></p> <p>CONTENIDOS TEORICOS: Obstetricia y ginecología. Desarrollo del niño sano y pediatría, enfermedades infecciosas, bacteriología, dermatología, venereología y oftalmología.</p> <p>ACTIVIDAD PRACTICA, dos meses en un servicio de obstetricia, dos en pediatría, tres en el hospital de enfermedades infecciosas, uno en un preventorio y otro en sanatorio antituberculoso.</p> <p><b>Curso 3.</b></p> <p>CONTENIDOS TEORICOS: medicina social, epidemiología, organización y legislación sanitarias, psicología y pedagogía.</p> <p>ACTIVIDAD PRACTICA, todo el curso en un centro de higiene, rotatorio de servicios.</p>
---

Los años comprendidos entre 1930 y 1935, fueron importantes para el proceso de institucionalización de las enfermeras visitadoras. Crearon puestos de trabajo específicos, fueron capaces de organizarse en la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, se especializaron, y adquirieron el compromiso de mejorar el nivel de la Sanidad Pública Española y realizaron numerosas gestiones para que se creara la escuela.

El "eterno proyecto" debió contar con discrepancias entre las opiniones profesionales de las enfermeras y algún sector médico que siguió participando de forma preponderante en la profesión, sin que hayamos encontrado el eco que tuvieron las recomendaciones de la enfermera Crowell. Por otro lado, este proceso se vio truncado por la guerra civil<sup>245</sup>.

En Cataluña, la Escuela de Enfermeras de la Generalitat (1937-39) tuvo un funcionamiento semejante a la que había puesto en funcionamiento la Mancomunidad entre 1917 y 1923. El nuevo centro dirigido también por Baltasar

<sup>245</sup> Bernabeu y Gascón, 1998, p. 37.

Pijoan i Soteras, formaba enfermeras generalistas y entre las especialistas, estaban las enfermeras visitadoras<sup>246</sup>

#### *Las enfermeras visitadoras españolas y la Fundación Rockefeller*

Las enfermeras españolas becadas por la fundación Rockefeller para ser profesoras de la Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias, cuya apertura estaba prevista para diciembre de 1935, no pudieron llegar a cumplir su objetivo porque la guerra civil truncó la creación de la Escuela. La propia fundación las recomendó para los planes de la política sanitaria del gobierno venezolano encabezado por el presidente López Contreras. Dos de estas enfermeras se fueron a vivir a Venezuela y fueron fundadoras y directoras de la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE). Montserrat Ripol Noble entre 1940 y 1941 y Aurora Más Gaminde entre 1941 y 1943<sup>247</sup>.

En 1937 llegó a Caracas Montserrat Ripoll, procedente de Barcelona y formada en Londres, París y Norteamérica con 18 años de ejercicio profesional, había asumido la escuela de Enfermeras de la Generalitat de Cataluña. Aurora Más procedía de Madrid, también estudio en el extranjero, fue directora del Instituto Infantil de Sevilla. En 1941 la también catalana Manolita Ricart fue profesora y asesora de Aurora Mas por indicación de la Fundación Rockefeller. Ella junto a Aurora Mas y más tarde Manolita Ricart tuvieron un importante papel en la creación de la Escuela Profesional de Enfermeras y en 1940 de las Escuela Nacional de Enfermeras. Mary E. Tennant (MET), enviada por la fundación recomendó encarecidamente a las dos españolas. La ENE venezolana formó enfermeras para el ámbito de la salud pública del país y no para el ejercicio privado. La escuela tuvo un consejo directivo "ad honorem" constituido por tres médicos nombrados por el gobernador de Caracas y otro por el Ministerio de Educación.

"Pretendía proteger a la escuela de los cambios políticos y apoyar y orientar a las docentes. Pero desde sus primeras intervenciones trató de ir más allá de su función e intentó dirigir el curso de la

---

<sup>246</sup> Bernabeu, 1999, p. 63

<sup>247</sup> Sobre la ENE, 1948. en Barona, 2005, p. 46. Estas ricas y duras experiencias comenzamos a conocerlas, gracias a los trabajos de investigación del grupo de *Ciencia, Salud Pública y Exilio*, dirigido por el profesor Barona.



Escuela, interfiriendo demasiado con la autoridad de la Dirección, y quedando la función de esta desdibujada y muy reducida su capacidad de decisión”<sup>248</sup>.

De hecho Montserrat Ripoll ejerció solo 7 meses y fue cesada por divergencias con el consejo directivo. Aurora Más fue directora casi tres años, y dimitió por razones semejantes. Tuvieron escasos medios y escasa autonomía para modificar las circunstancias. Tres profesoras se encargaban de 120 alumnas, por lo que tuvieron una dedicación total. Mantuvieron abundante correspondencia con Mary Tennant. A pesar de su corta estancia fueron claves en el proceso de institucionalización de la enfermería venezolana. Algunos testimonio de enfermeras y médicos coetáneos nos dan una idea del contexto de trabajo de estas enfermeras. “Antes de la señorita Ripoll, se consideraba a la enfermera mujer de 4ª categoría”, “a Aurora le hicieron la vida imposible, yo la vi llorar, nunca estuvo claro porque se marchó, creo que era republicana socialista”<sup>249</sup>. Una cuarta enfermera española M<sup>a</sup> Antonia San Juan llegó en 1952, fue instructora en Caracas, y en 1964 subdirectora de la escuela de enfermeras de Maracaibo, donde habían ido Aurora y Manolita en 1943 al salir de la ENE. A Blanca Bermudo Alfaro, enfermera también formada en la Rockefeller no la dejaron entrar en Venezuela, por motivos ideológicos. Estuvo presa en Salamanca en 1937 y en 1945 trabajó en los servicios de higiene infantil de Logroño.

En Agosto de 1941, Milá obtuvo el cargo de Inspectora de Damas Auxiliares de Sanidad Militar nombrada por el Caudillo, dirigió la expedición de enfermeras falangistas voluntarias de la División Azul. Estuvo junto con Tina Esteban, jefe de enfermeras de la sección femenina de FET y de las JONS<sup>250</sup>

### *Las Instructoras Sanitarias 1941-1983*

Durante el período franquista la figura sucesora de la enfermera visitadora fue la Enfermera Instructora Sanitaria<sup>251</sup>, que permaneció hasta 1983. En el mismo edificio que estaba preparado para albergar la Escuela de Enfermeras Sanitarias en 1941, se abrió la Escuela de Instructoras Sanitarias. Durante la guerra, fue hospital militar

---

<sup>248</sup> Gascón, Galiana. Bernabeu, 2003, pp. 99-129.

<sup>249</sup> Gastón, 2003, pp.124-5.

<sup>250</sup> Córdoba, 2001, p. 22.

<sup>251</sup> Gómez y Domingo, 1999, pp. 20-28.

y hoy es la actual Escuela Nacional de Sanidad (ENS), al lado del Hospital del Rey en Madrid.

Su primer director fue el doctor José Fernández Turégano que concebía a la Instructora Sanitaria como la encargada de recoger datos epidemiológicos, estadísticos y censales, que debía conocer la cultura, el estado social, la psicología de la población y su propia disciplina enfermera. La Escuela funcionó en sus inicios en régimen de internado que duraba ocho meses. Se requería tener la carrera de enfermera, posteriormente ATS. Finalizada su formación el diploma les habilitaba para entrar en el escalafón de Instructoras Sanitarias, Puericultoras Auxiliares, Enfermeras del Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del tórax, por lo que pasaban a ser funcionarias del Estado.

Los contenidos de las materias de estudio de las Enfermeras Instructoras Sanitarias en 1941 era: 1) Epidemiología. 2) Exámenes de salud. 3) Medicina e higiene social. 4) Tisiología y enfermedades del tórax. 5) Puericultura y maternología. 6) Medicina y cirugía. 7) Laboratorio y bromatología. 8) Dietética aplicada y 9) Cultura general, deontología de la profesión, música, educación física, religión y formación política

La escuela fue decreciendo en candidatas, se acusaba falta de profesorado preparado y además hubo confusión de puestos de trabajo por la aparición de nuevas figuras enfermeras similares, mejor remuneradas. En 1962, en palabras de Rico Abelló, otro de sus directores abogaba por una orientación más social que biológica de su formación:

“La escuela ha seguido hasta ahora, con una misión que se nos antoja anacrónica, puesto que la preparación del personal sanitario auxiliar femenino especializado para la lucha antituberculosa e higiene infantil no es hoy más que una faceta de las múltiples que competen a un amplio y ambicioso programa en el dominio de la acción preventiva sobre el individuo o la colectividad. La enfermera, auxiliar indiscutible en el marco de la sanidad y la medicina preventiva contribuye a la profilaxis y fomento del estado de salud individual y colectivo, faltan materias como: sociología, política social, protección social, investigación y encuesta médico-social...”<sup>252</sup>

Su trabajo fue muy distinto al de las Visitadoras Sanitarias, y perdieron la visión comunitaria de los problemas de salud, en un contexto poco sensible a los mismos. ¿Por qué esa figura no evolucionó hasta nuestros días convirtiéndose en la enfermera especialista en Salud Comunitaria como sucedió en Gran Bretaña y Estados Unidos?

---

<sup>252</sup> Bernabeu y Gascón, 1999, p.76.

Gómez y Domingo<sup>15</sup> lo atribuyen a varios hechos que sucedieron en este período: A) la aparición en 1942 de una titulación paralela a la de Instructoras Sanitarias, creada al margen de la propia escuela por la Falange y que tuvo mejores salarios. B) La creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) que demandó muchas enfermeras hospitalarias. C) La falta de profesionales capacitados para impartir las enseñanzas de Salud Pública, y D) La creación de la figura del Ayudante Técnico Sanitario (ATS) con un perfil asistencialista. Estos datos los corroboran Joseph Bernabeu y Encarna Gascón.

“Las enfermeras visitadoras sociales de la Falange ocuparon en 1945 su campo profesional y tuvieron sueldos muy superiores a los de las Instructoras de Sanidad, por lo que fueron disminuyendo las candidatas a concursar a las plazas de Sanidad Nacional. A las aspirantes a *Instructoras* se les exigía los estudios de enfermería (3 años), una oposición y nueve meses de internado. Al terminar su formación percibían una remuneración de 9600 pts., cuando en cualquier destino, con menor esfuerzo y sin estar en posesión del título, se ganaban 18.000 pts., más trienios y quinquenios de los que no disponían las enfermeras Instructoras de Sanidad Nacional y del Patronato Nacional Antituberculoso<sup>253</sup>.

Hubo más figuras además de las Instructoras y las Visitadoras, las enfermeras del Gran Hospital y Auxilio Social, dependientes de la Beneficencia con cometidos en Puericultura, Hogares, Maternidades. Enfermeras de Higiene Escolar y Divulgadoras Rurales trabajaron por evitar la mortalidad infantil y por apoyar la crianza de las madres con los recién nacidos. Este sistema acabó con la creación en 1952 de un programa de marcado carácter progresista que, cambiado de nombre dio paso en 1953 al ATS, cuyo programa en 1955 otorgó escasa atención y mínima inquietud por los problemas sociales.

---

<sup>253</sup> Bernabeu y Gascón, 1999, p. 78.

Cuadro nº 3. Diversas denominaciones de la Enfermera Comunitaria siglo XX

Denominaciones,	Año	Características
Visitadoras Puericultoras	1925	Dos cursos de 5 meses
Enfermeras de Higiene escolar	1932	Formaban parte del cuerpo médico escolar
Enfermeras Visitadoras	1933	Se les exigía ser visitadoras puericultoras
Visitadoras sanitarias	1934	Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias.
Instructoras Sanitarias	1941	Puericultura, PANAT(*) y Enfermedades del Tórax. Un curso de formación
Enfermeras Visitadoras sociales (Falange)	1942	Similar a las Instructoras Sanitarias
Enfermeras del Gran Hospital y auxilio social	¿?	Puericultura, visitas, hogares, maternidades

\* Patronato Nacional Anti - Tuberculoso

Todo lo anterior se dio en el clima autoritario del franquismo, en el que se reforzaron las estructuras jerárquicas patriarcales y el papel de subordinación de la mujer y todo ello afectó muy directamente a las enfermeras. Prueba de ello es que, las enfermeras en 1959, demandaron, sin éxito, la creación de la enfermera sanitaria. Para José Siles desde la mitad del XIX, el paradigma tecnológico es el que más ha influido en la enfermería y durante más tiempo. Asocia el nivel de desarrollo y madurez de la enfermería comunitaria al nivel de desarrollo y madurez democrática del país, ilustrando el período de la República como uno de los más fructíferos para la enfermería.

“No se puede hablar de la existencia de un sistema de enfermería comunitaria –sensu estricto– hasta la aparición de los gobiernos democráticos y los cambios que implica dicha situación a nivel educativo, social, económico y cultural”. El movimiento krausista permitió a incorporar a la mujer al mundo laboral, “sin rebasar los límites impuestos por la tradición, supuso una potenciación de las actividades para-domésticas entre las que destacan: enfermeras y matronas, puericultoras, enfermeras visitadoras, inspectoras sanitarias, enfermeras de dispensario de lucha antivenérea, enfermeras de dispensarios antituberculosos, enfermeras psiquiátricas....”<sup>254</sup>.

<sup>254</sup> Siles, 1999, pp.25-31.

### *Testimonio de una Enfermera Instructora Sanitaria*

Estudió en una de las últimas promociones, cuando ya se podía hacer en régimen de externado, en 1981, y lo recuerda porque supo del golpe de Tejero (23F de 1982), estando en clase. En ese curso había alrededor de treinta plazas y quedaron algunas vacantes; había plazas de enfermeras que estaban adscritas a los programas de vacunación, a puericultura y a inspección en las Direcciones Generales de Sanidad. El cuerpo se llamaba “Instructoras de Sanidad Nacional”

Nuestra informante Lucía Mazarrasa es también Enfermera de Salud Escolar para lo que tuvo que realizar unas oposiciones distintas y prácticas en los equipos médicos escolares. Actualmente trabaja en el Instituto Carlos III en programas de Promoción de Salud y desarrolla investigación en género y salud.

En la Escuela de Instructoras Sanitarias se repetía, como ya hemos visto anteriormente, el modelo de las enseñanzas del plan ATS, las clases teóricas las daban médicos y las prácticas las enfermeras instructoras en los Centros de Puericultura

“La formación fue de un año completo. Las clases nos las daban médicos de sanidad: epidemiología, estadística, Rico Abello nos daba la educación para la salud, Ramón Noval nos daba administración sanitaria, Navarro... Las instructoras de sanidad no daban clases, llevaban la intendencia. La formación práctica la hicimos en los centros de puericultura que quedaban de la época de la República, eran estructuras sanitarias antiquísimas, había 3 ó 4 en Madrid, eran de Sanidad Nacional donde iba la gente de beneficencia, las gitanas, la gente pobre; me encantaron, porque hacían enfermería comunitaria de verdad, daban mucha información y educación sobre el niño sano, la alimentación y usaban fichas de enfermería con todos los determinantes sociales”.

Estos centros, donde trabajaban las instructoras se habían convertido en unos “ambulatorios” más de principios de los ochenta, expendedores de recetas como los de la Seguridad Social antes de la Reforma Sanitaria y la Ley General de Sanidad de 1986. Inclusive en su primer trabajo como instructora sanitaria en el Centro de Vallecas en el programa del Síndrome Tóxico:

“Me negué a realizar recetas y me enviaron al Síndrome Tóxico, cuyo problema principal era que los pacientes no acudían a las consultas”.

La enfermera instructora sanitaria organizaba -no sin problemas- su propio trabajo sobre la base de los principios de la Salud Pública para los que había sido formada.

Hice un censo de las familias y de los enfermos que no iban a los controles, me fui a las casas, a ver qué pasaba y cómo estaban. La gente estaba despistadísima, me dediqué a reunirme con las asociaciones de afectados para ver qué querían, porque claro, había una movida impresionante y un

gran malestar. Monté una reunión con las trabajadoras sociales, las enfermeras, los médicos y las asociaciones de vecinos en el centro de salud. Solo asistieron 2 Trabajadores Sociales y las asociaciones. A partir de aquí empezamos a ver que problemas tenían, a ver cómo podíamos resolverlos nosotros desde donde estábamos. Las asociaciones se quejaban de los horarios de las consultas, que les mandaban de aquí para allá. Intentamos reorganizar todo aquello. Pasado un tiempo mis palabras al Director General fueron: “En el síndrome tóxico estoy perdiendo el tiempo y ustedes me están pagando del erario público, no me respetan nada, dígame usted lo que tengo que hacer”.

Un segundo trabajo de esta instructora sanitaria fue evaluar la situación de las residencias de ancianos, para lo que realizaban un informe previo al del instructor médico. El método de trabajo fue realizado desde una perspectiva enfermera y creó un modelo de evaluación.

“Realice un modelo de registro a partir de las necesidades de Virginia Herderson. Hice un curso con las enfermeras que me adjudicaron y organizamos la inspección con criterio. Discutimos el registro y fue muy interesante, tengo todavía aquel trabajo que no se publicó. Me dieron el visto bueno. Después del diagnóstico de la situación, hicimos un informe en el que propusimos hacer cursos y formación desde la Dirección General de Sanidad para las trabajadoras de los centros. Teníamos que hacer algo porque había residencias que eran un desastre, algunas eran campos de concentración. Los inspectores médicos levantaron algunos expedientes”.

El currículum enfermero le permitió compaginar siempre su trabajo de Instructora Sanitaria con el de profesora Encargada de Curso de Enfermería de Salud Pública en la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense en los inicios (1982) del programa de Diplomados Universitarios de Enfermería.

“A Sanidad, iba por las mañanas lo que me permitió ir a la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense a dar clase; tuve un contrato a tiempo parcial de profesora de enfermería de salud pública. Después me contrataron a tiempo completo y pedí la excedencia en Sanidad”<sup>255</sup>.

La Escuela de Enfermeras Instructoras de Sanidad (EEIS) estaba ubicada en lo que hoy es la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), al lado del Instituto de Salud Carlos III. El programa terminó algún año después y queremos pensar que la ENS ha heredado los recursos de la antigua EEIS. Sería deseable investigar el final de su historia.

---

<sup>255</sup> Mazarrasa, 2005. Relato de vida profesional. APCGB

## 2. NUEVO MARCO TEORICO: EPISTEMOLOGIAS FEMINISTAS Y TEORIA SOCIAL DEL GÉNERO.

“El hecho de nacer mujer u hombre es susceptible de historia, porque los cuerpos femeninos y los cuerpos masculinos, aunque compartan muchas facultades, son distintos y generan, por tanto, historias distintas; y porque el sentido del ser mujer u hombre cambia con la realidad que cambia en cada época y en las comunidades de hablantes y parcialmente en las clases sociales. Nacer niña ha sido una desgracia o un privilegio. No es un dato fijo biológico sino interpretable. Lo que el pensamiento abstrae en primer lugar es, precisamente la diferencia de ser mujer y la diferencia de ser hombre: la diferencia sexual se presenta siempre y sólo en dos, femenina y masculina” (Milagros Rivera, *La diferencia sexual en la Historia*. 2005, p. 17)

## 2. NUEVO MARCO TEORICO: EPISTEMOLOGIAS FEMINISTAS Y TEORIA SOCIAL DEL GENERO.

2.1. <i>Epistemologías feministas</i> .....	109
2.2. <i>Teoría social del género</i> .....	117
2.3. <i>El género, un organizador de las profesiones sanitarias</i> .....	138
2.4. <i>La crítica al androcentrismo del saber científico y el valor del saber femenino</i> .....	144

“El hecho de nacer mujer u hombre es susceptible de historia, porque los cuerpos femeninos y los cuerpos masculinos, aunque compartan muchas facultades, son distintos y generan, por tanto, historias distintas; y porque el sentido del ser mujer u hombre cambia con la realidad que cambia en cada época y en las comunidades de hablantes y parcialmente en las clases sociales. Nacer niña ha sido una desgracia o un privilegio. No es un dato fijo biológico sino interpretable. Lo que el pensamiento abstrae en primer lugar es, precisamente la diferencia de ser mujer y la diferencia de ser hombre: la diferencia sexual se presenta siempre y sólo en dos, femenina y masculina” (Milagros Rivera, *La diversidad sexual en la Historia*. 2005, p.)



Tradicionalmente se ha estudiado la Historia de las Mujeres desde el punto de vista de los hombres. Entre las historiadoras feministas, muchas como Cristina Segura o Milagros Rivera entre otras<sup>1</sup> apuestan por la historia social, como alternativa enfrentada con la historia política tradicional, ya que recuperaba los protagonistas olvidados de la historia, las minorías y los grupos oprimidos de la sociedad, el interés por la historia de las mujeres con una sensibilidad propia. Sin embargo como sugiere Milagros Rivera<sup>2</sup> la historia social no es suficiente, y es con el feminismo, al introducir el simbólico de la madre y la libertad relacional, cuando se consigue poner palabras al hecho de ser “mujer” y ser “hombre”.

### 2.1. Epistemologías feministas

Desde el feminismo se han construido tres grandes modelos Históricos de relación entre hombres y mujeres, de relaciones de género. El feminismo clasifica el género en tres grandes modelos bastante consensuados<sup>3</sup>: Primero) La Teoría de la Unidad de los sexos, en la que Mujeres y hombres son iguales sin diferencias significativas. Segundo) La Polaridad, en la que son diferentes y los hombres superiores a las mujeres. Procede de Aristóteles, es hostil a las mujeres y en Europa se instaló a partir del XIII, cuyos textos fueron obligatorios en la Universidad en Paris y, en Tercero) la Teoriza de la Complementariedad, en la que mujeres y hombres, son diferentes en algunos aspectos e iguales en otros. Los estudios de género, sobre todo de mujeres, del siglo XX, consideran el sexo como la variable biológica y el género como la categoría social de valores y relaciones<sup>3</sup>.

Para Jerelynn Prior<sup>4</sup> en 1996, la comprensión de la interacción salud y género comprendía cuatro categorías: I, Las mujeres son iguales que los hombres, es el feminismo de la igualdad, que no tiene en cuenta las diferencias biológicas y condicionantes culturales. Este enfoque provoca distanciamiento emocional del cuerpo de manera que impide apropiarse de él y valorarlo; es una pobre base para la autoestima y da lugar a la sobreutilización de servicios, ya que lo diferente lo

---

<sup>1</sup> Cuadra, Lorenzo, Muñoz y Segura, 1997, pp. 73-93.

<sup>2</sup> Rivera 2005, p. 12

<sup>3</sup> Rivera, 1994, pp. 23-4 y 31-32

<sup>4</sup> Aguilá 2005, pp. 2-3

asocian a "anormal". II. Las Mujeres son diferentes biológicamente a los hombres. Enfoque de la medicina oficial, asocia las diferencias a discapacidades y medicaliza los procesos naturales de las mujeres. No tiene en cuenta la cultura, ni como condicionante de salud, ni como sustrato de interpretación. III. Las Mujeres son víctimas de la cultura. Es una crítica acertada de la construcción social, por ejemplo de la menopausia, la menstruación o la anorexia, pero deja de lado lo biológico y la relación con el plano social. Y, IV. La salud es biología y psicología propia en una cultura determinada. Integra todos los aspectos y permite estudiar la biología de las mujeres como una asignatura pendiente

El concepto de género con categoría de análisis que ha tenido más impacto es el de Joan Scott. Este criterio ha sido utilizado para tipificar los discursos médicos de los siglos XVIII-XX<sup>5</sup>. Teresa Ortiz feminista e historiadora de la medicina sintetiza su aportación afirmando que sus rasgos según Scott son: 1) Un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psicológicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres (y todo lo considerado femenino), con respecto a los varones (y lo considerado masculino), "elemento constitutivo de las relaciones sociales" y "campo primario donde se articula el poder". 2) Una categoría de análisis científico que permite estudiar cómo se construyen y se transforman históricamente dichas relaciones, que permite decodificar sus significados y, de este modo, comprender las complejas conexiones entre diversas formas de interacción social<sup>6</sup>.

El feminismo es una minoría intelectual social que ha sido el acontecimiento político y social de mayor fuerza innovadora de la segunda mitad del siglo XX, ya que ha llegado a modificar la esencia de los viejos mensajes liberadores e igualitarios, por las demandas feministas de derechos de las mujeres milenariamente ignorados. El género como categoría analítica, no tiene una concepción única, aunque si hay amplio consenso en la definición de Harding<sup>7</sup>:

"Más que como consecuencia natural de las diferencia de sexo, es una categoría analítica con la que los humanos piensan y organizan su actividad social, y en la que intervienen tres procesos que representan tres niveles de conformación recursiva –punto de partida y llegada- de las atribuciones de género: el simbólico, el estructural y el individual"<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Miqueo, 2001, pp. 97-134. Miqueo, Tomas, Tejero, Barral, Fernández, Yago, 2001, pp. 13-22.

<sup>6</sup> Ortiz 2003, p. 354.

<sup>7</sup> Harding, 1986, pp.17-18 y 1996, 47-51) p.106.

<sup>8</sup> Magallón, 1999, pp. 27-29

El *estructural* hace referencia a las formas de organización social y división del trabajo. Un componente individual que afecta a la *identidad* de las personas y a la forma en que estas se reconocen a si mismas y a sus propios cuerpos. El *simbólico* se expresa en nuestra sociedad mediante atributos asociados a las dos formas ideales de ser humano. Conforma una constelación de símbolos y metáforas que se aplican tanto a personas como a cosas o conceptos abstractos, relacionados con todo tipo de ocupaciones, destrezas, virtudes, vicios, lugares, objetos, colores, texturas y formas que impregnan el conocimiento científico. Y un tercero, los *Sistemas de género* que dan lugar a la norma del hombre y a la subordinación de la mujer: Sexismo y androcentrismo.

Sexismo, como forma de *vida social* por la que se mantiene en inferioridad a un sexo. Sexismo o ideología sexista, como *forma de conocimiento*, considerándolo un condicionante inmediato del modo en que las mujeres son pensadas, categorizadas y reducidas al concepto "mujer" hegemónico patriarcal. El Androcentrismo supone la identificación de *lo masculino con lo humano* en general y, a su vez, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que implica constituir *lo masculino en la norma*. Afecta al método científico y a su aplicación y ha estado y está presente en todas las ramas de la ciencia<sup>9</sup>.

"Por el ejemplo, para la epidemiología occidental, el prototipo de ser humano sano es un hombre de complexión fuerte, anglosajón o caucasiano de 35 años"<sup>10</sup>

La categoría género permite formular nuevas preguntas y sobre todo, separar sujeto estudiado y método de estudio, poniendo el énfasis en el estudio de los procesos culturales que afectan a la sociedad en su conjunto y ampliando el foco posible de investigación a cualquier tema y disciplina. Como es sabido en estudios de género el hecho religioso ha sido casi el único cauce de expresión propia con que han contado las mujeres para hablar de si y del mundo. Son prósperos los estudios centrados en religiosidad y espiritualidad femeninas, y necesarios los que analicen el papel de las órdenes religiosas en la historia de la enfermería.

### *Teorías de la Igualdad*

Marián Larumbe<sup>11</sup> realiza una clasificación de las teorías feministas que van de la igualdad a la diferencia pasando por la opresión. Dentro de las la Igualdad están

---

<sup>9</sup> Duran, 1972, p. 21

<sup>10</sup> Rolfs, 2003, pp. 75-82

*las Liberales* de Betty Friedan que plantean que el machismo es una ideología similar al racismo y *las Marxistas* que tienen tres tendencias: las clásicas, la socialista y las de la mujer como clase social.

La teoría clásica es propia de las feministas marxistas que consideraban que, una vez superada la desigualdad de clase se superaría la desigualdad de género. Son autoras representativas: Evelyn Reed y M.Alice Waters. La teoría socialista proponen unir dos tradiciones feministas: la marxista y el feminismo radical. Intentan describir y explicar las formas de opresión social utilizando las jerarquías de género y clase además de la raza, edad y otras variables sociales. Son autoras representativas: Scanlon, Ritzer, Eisenstein y Rowbotham. La tercera de la mujer como clase parte del análisis marxista de clase para concluir que la mujer constituye una clase explotada y oprimida por el hombre a lo largo de los tiempos. Sus principales teóricas han sido Delphy y Falcón.

Milagros Rivera propone hablar de *feminismo materialista*, en el que no hay solo modelo de aplicación del materialismo histórico a la interpretación de las relaciones sociales y de la historia de las mujeres, sino varios<sup>12</sup>. Premisas comunes serían las siguientes. 1) Las causas últimas son la subordinación o subordinaciones de las mujeres en la vida material, concretamente en las relaciones de vida material, producción y reproducción en que entramos las mujeres y no en la forma de pensar. Las ideologías reflejan y expresan de forma muy complicada las relaciones de producción o la necesidad de cambiarlas. 2) Las relaciones de asimetría en las relaciones patriarcales entre hombres y mujeres le llaman explotación y no subordinación, cuando hay desigualdades estructurales, explotaciones específicas variables que redundan en beneficio de los hombres, lo que ya expresó Engels en su obra de 1884 *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. 3) La experiencia femenina individual está determinada por condicionamientos económicos y políticos de carácter general propios del modo de producción en que las experiencias estén históricamente situadas. La ortodoxia marxista dice que superada la opresión de clase social, desaparecerá la opresión de las mujeres. Las primeras materialistas feministas: Lilly Braun, Alejandra Kollontai, ya expresaron que la propiedad privada es una causa más de la opresión de las mujeres, pero no la causa de la opresión. “Para la mujer, la solución del problema familiar no es

---

<sup>11</sup> Larumbe, 2002, pp. 119-138

<sup>12</sup> Rivera, 2005, pp.30-31

menos importante que la conquista de la igualdad política y el establecimiento de su plena independencia económica".<sup>13</sup>

La francesa Flora Tristan tuvo importante influencia, no siempre reconocida, sobre Engels y Marx y fue la autora de las consignas "Proletarios del mundo uníos" y "La mujer es la proletaria del proletariado". Contemporáneamente las feministas materialistas proponen: A) La definición de un modo de producción doméstico. B) La definición de la mujer como clase social y económica y C) Considerar que las relaciones entre marido y mujer en el seno de la familia son relaciones de producción y no algo privado, al margen de la historia, sino, una relación con consecuencias económicas y políticas. Celia Amorós propone que se hable del trabajo en función del sexo en lugar de división sexual del trabajo<sup>14</sup>. Lidia Falcón dice que la mujer ha pertenecido y pertenece a dos clases, la social y la de mujer.

#### *Teorías de la opresión*

El *Feminismo Radical* que se caracteriza por tener una profunda valoración de las mujeres y, como consecuencia de ello, una profunda indignación ante su opresión. Atribuyen a la fuerza física de los hombres su control sobre las mujeres. Sus principales teóricas son Firestone, Mollet. *El Feminismo Psicoanalítico* ha desarrollado dos corrientes: 1) *Teoría del miedo a la muerte*, que considera que la mujer, por su estrecha relación con la producción y crianza de nuevos seres, se siente menos oprimida que el hombre ante el reconocimiento de su propia muerte; mientras que los hombres tienden a hacer cosas que les sobrevivan. 2) *Teoría de la individuación / reconocimiento*, explica el control del hombre sobre la mujer como una manera de resolver la tensión (una exclusión inaceptable) que le produce la crianza en estrecho contacto con la madre. Sus principales teóricas son N. Chodorow y Dinnerstein.

#### *Teorías de la diferencia*

Se tiende a asociar diferencia con desigualdad, lo que Luisa Cavana, llama diferencia en negativo y como consecuencia del patriarcado. En la cultura patriarcal

---

<sup>13</sup> Larumbe, 2002, *op. cit.* p.128

<sup>14</sup> Amorós, 1995. Diez palabras sobre Mujer es el manual básico más utilizado. Para una discusión del feminismo de la igualdad y la diferencia pueden verse: Rivera, 1995, 2005 y Amorós, 2004.

tradicional, el hombre es el prototipo, la sangre menstrual es semen incompleto; el embrión procede de la madre y el alma (la esencia) del padre. Aristóteles consideró que la mujer es un hombre mutilado. La mujer era considerada: ilógica, inmoral, sin alma, sin yo, no era nada, instinto, ser sexual, lo femenino complementaba, rellenaba los huecos de lo masculino.

Rivera<sup>15</sup> nos aporta el significado que se da al propio ser mujer "simbólico" y pone de manifiesto que carecemos de un orden simbólico que nos muestre cómo devenir mujeres de forma libre. La diferencia femenina está ausente de la realidad tal como ha nombrado y la nombra el conocimiento hegemónico. El sujeto del conocimiento y del deseo no sería universal sino sexuado y parcial. A lo largo de la Historia se ha producido el "matricidio", es decir, la cancelación de la genealogía materna, lo que es igual a la cancelación de la subjetividad femenina, ya que los roles son de esposas y madres. Todo ello en un contexto de religión monoteísta y un Dios salvador nombrado en masculino. Especial relevancia da a la Escuela de Milán, de las que destacamos los siguientes títulos que han alcanzado amplia difusión: Luisa Muraro. *El orden simbólico de la Madrd.* (1994. ital. 1991). Lia Cigarini. *La política del deseo. La diferencia femenina se hace historia.* (1996). Daniela Riboli. *Cuidar en relación: sobre el saber basado en la experiencia.* (2005).

En las teorías positivas de la diferencia, Irigaray, en su obra *Ética de la diferencia sexual*, plantea el valor de las genealogías maternas, la Madre simbólica como la figura de origen, las mujeres piensan, sienten hablan y actúan de otra manera que los varones en relación con el universo, ¿Son las hormonas? O, ¿Es la dominación patriarcal?. La escuela del Affidamento, del grupo "Diotima", Verona 1983, propone desarrollar una nueva confianza y fortalecer la solidaridad entre las mujeres y reconocer su multiplicidad. Las alianzas entre mujer mayor y joven, relación horizontal que deberá sustituir al vertical autoritario del patriarcado. Relación dialéctica y proyecto político. Hacer visible la simbología dominante y ayudar a participar activamente en la sociedad a las mujeres. Critican el victimismo ya que una mujer no puede reconocerse en la imagen de víctima impotente.

La moral femenina (es decir, en criterios de valor) se manifiesta de distinta manera que la masculina, veamos el ejemplo del robo, planteado por Gilligan o Juliano: "En un situación de pobreza, los chicos consideran que se puede robar

---

<sup>15</sup> Rivera, 2005; Miqueo, 2001, pp. 97-134.

para lograr un medicamento para salvar la vida; en cambio, las chicas, proponen la alternativa de pedir un crédito, ya que si le llevan a la cárcel no podrá acompañar a la persona enferma”<sup>16</sup>.

“Justicia” y “Cuidados” se excluyen entre sí. Mientras los chicos responden a las normas sociales, las chicas, tienden a introducir más variables del contexto, a relativizar la respuesta. Probablemente es consecuencia de la socialización diferenciada. Para Harding, la empatía y la capacidad de comprender al otro es una estrategia de supervivencia de los grupos oprimidos, que tratan de predecir el pensamiento de los dominantes para protegerse a tiempo.

Gran auge va tomando el *Ecofeminismo*, que tiene múltiple presencia y es objeto de debate al que se le trata con ciertas ideas de *fundamentalismo* por su estrecha relación con la naturaleza. Sin embargo es expresión de una práctica reivindicativa muy activa sobre todo, en los países en vías de desarrollo. Podríamos recorrer el mundo de sur a norte y de oriente a occidente haciendo un inventario de conflictos que revelan una determinante presencia femenina. El papel de las mujeres en este movimiento es importante por varias razones analizadas, entre otros, por Bina Agarwal:

- “Las mujeres se preocupan por el aprovisionamiento material y energético, no porque les guste particularmente esa tarea ni por predisposición genética, sino por un papel social que así lo determina. Si no hay agua, si no hay combustible para cocinar, las mujeres deben buscar la solución.

- Las mujeres poseen -en algunas culturas más que en otras- la parte más pequeña de la propiedad privada. Dependen más, por tanto, de los recursos de propiedad y de gestión comunitaria, y suelen defenderlos.

-Las mujeres tienen con frecuencia un conocimiento particular en la agricultura y en la medicina popular, que queda devaluado con la irrupción del mercado y/o, a veces, del Estado”<sup>17</sup>.

Algunas reflexiones plantean que los hombres utilizan la naturaleza de un modo instrumental, mientras que las mujeres, como productoras de vida, cooperan con la naturaleza en la producción de vida. Para que la toma de posesión violenta de las colonias americanas apareciera como algo natural, hubo que definir a los pueblos colonizados como naturaleza, negándoles su carácter humano y su libertad<sup>18</sup>. En esta corriente de mujeres defensoras de la paz, de la fuerza creadora de la vida y por tanto cerca de la naturaleza hay varias perspectivas diferentes. Pínkolas desde

---

<sup>16</sup> Juliano 1998, pp.12-13

<sup>17</sup> Avila, 1999, pp. 37-44

<sup>18</sup> Shiva, 2001, p.151.

un enfoque jungiano, relaciona la pérdida de la naturaleza virgen de nuestro planeta con la pérdida de la comprensión de nuestra íntima naturaleza salvaje<sup>19</sup>. Y Shiva y Mies<sup>20</sup> en la India e Yvone Gevara en Brasil, Val Plumwood filósofa australiana, apuestan por las mujeres guardianas de la vida, creando alternativas de conservación de las semillas tradicionales frente al mercado global de semillas transgénicas<sup>21</sup>.

La mujer es la creadora de la raza humana. Es la primera Gurú, la primera Guía y Maestra de la humanidad. Pensemos en la tremenda fuerza, positiva o negativa, que puede desplegar un ser humano en el mundo. Cada uno de nosotros incide profundamente en los demás, con independencia de que seamos conscientes o no de ese hecho. La responsabilidad de una madre no puede ser menospreciada cuando trata de formar, incidir o motivar a su hijo<sup>22</sup>.

Wangari Mattai, premio Nobel de la paz en 2004 al promover la plantaciones de árboles, verdaderos cinturones verdes “Green belts” en torno a poblaciones africanas. O Puleo<sup>23</sup> que informa sobre redes de mujeres que denuncian los impactos en la salud de los compuestos orgánicos persistentes, las terapias hormonales sustitutivas, las técnicas transgénicas y ciertos tipos de reproducción asistida. Quizás, como dice King, la clave de la actuación histórica de las mujeres con respeto al dualismo naturaleza/cultura descansa en el hecho de que las actividades de conversión tradicionalmente mediadoras de las mujeres -maternidad, cocinar, curar, cultivar, buscar forraje- son tanto sociales como naturales.

“Mas que sucumbir al nihilismo, al pesimismo y al fin de la razón y la historia, tratamos de entrar en la historia para habilitar un -pensamiento genuinamente ético- donde se use la mente y la historia para razonar desde el “es” al “debe ser” y para reconciliar a la humanidad con la naturaleza, dentro y fuera. Esto es el punto de partida para el ecofeminismo”<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> Pinkolas, 1998, p.10

<sup>20</sup> Mies y Shiva, 1993, p.141.

<sup>21</sup> Tejero, 2004, no publicado.

<sup>22</sup> Fragmento final de la conferencia de Amma en las Naciones Unidas. Sala de la Asamblea General (Palacio de las Naciones), Ginebra, 7 de octubre de 2002.

<sup>23</sup> Puleo, 2000 y 2005, [www.ecofem.org](http://www.ecofem.org) (Red ecofeminista). [www.matriz.net](http://www.matriz.net) (Red mujeres y salud).

<sup>24</sup> King, 1998, *op. cit.*, pp. 32-34



## 2.2. Teoría social del género.

En nuestra sociedad los hombres y las mujeres son tratados diferentemente, reciben mensajes y valores distintos, y se esperan cosas distintas de unos y otras. Esta socialización diferencial presenta aspectos ventajosos y desventajosos para cada uno de los sexos. En general, la sociedad sigue discriminando a las personas nacidas mujer, y socializándolas para que se limiten al ámbito privado (doméstico, familiar, afectivo). Esto hace que las mujeres encuentren mayores dificultades para (re)incorporarse, mantenerse y promocionarse en el mundo laboral extradoméstico. A la vez creemos que las mujeres tienen positivas habilidades, capacidades y potencialidades que optimizadas, son útiles para su relación con el mundo laboral. Las personas adultas pueden (y deben) controlar su vida, es decir, disponen de experiencias e instrumentos que les permiten aprender, desarrollarse y cambiar. Es en suma, la creación de diferentes oportunidades, necesidades y recompensas de roles para mujeres y hombres que fijan lo que algunos autores llaman “fronteras exteriores”.

Saltzman Chafetz<sup>25</sup> realiza el análisis desde la estructura social de los sexos en la que los hombres dominan los medio y macro-espacios o macro-niveles y las mujeres los espacios micros, funcionando como verdaderas estructuras de poder que generan: creencias y normas sociales con bases legislativas y simbólicas.

Los factores Macrosociales: históricos, sociológicos, económicos y religiosos influyen de forma colectiva y su modificación requiere medidas colectivas y de largo alcance. Pero también los factores micro, del entorno de la propia mujer son de gran importancia. De hecho, ambos se influyen mutuamente. Los macrosociales influyen en los psicosociales (micro) y éstos determinan menores niveles de disponibilidad y empleabilidad. “Las barreras sociales la interiorizan las mujeres, de ser externas se convierten en barreras internas, que a su vez permiten que las barreras externas se mantengan”<sup>26</sup>. Las mujeres tienden a autolimitarse, autoimponerse barreras que dificultan su reincorporación, mantenimiento y promoción en el mundo laboral, barreras que por no haber sido socialmente determinadas, son inmodificables.

---

<sup>25</sup> Saltzman,1992, p.320.

<sup>26</sup> Poal, 1993, p. 33

Cuadro nº 4. Algunas claves de socialización diferencial mujer-varón

A los niños, chicos, hombres	A las niñas, chicas, mujeres
<p>Se les considera el sexo fuerte e importante. Se les socializa para:                      La producción                      Para progresar en el ámbito Público (laboral/profesional, político, tecnológico).                      Se espera de ellos que sean exitosos en dicho ámbito                      Se les prepara para ello.                      Se les educa para que su fuente de gratificación y autoestima provenga del ámbito público.</p>	<p>Se les considera el sexo débil y secundario (complementario). Se les socializa para:                      La reproducción.                      Para permanecer en el ámbito Privado (doméstico, afectivo).                      Se espera de ellas que sean exitosas en dicho ámbito.                      Se les prepara para ello.                      Se les educa para que su fuente de gratificación y autoestima provenga del ámbito privado.</p>
<b>Consecuentemente a lo anterior</b>	
<p>Se les reprime la esfera afectiva (sentimientos, expresión de afectos)                      Se les potencian libertades, talentos y ambiciones diversas que faciliten la auto-promoción                      Reciben bastantes estímulos y poca protección                      Se les orienta a <i>la acción</i>, hacia lo <i>exterior</i>, hacia lo macrosocial.                      Se les orienta hacia la <i>independencia</i> económica, afectiva, de acción y de criterio                      El valor trabajo (remunerado) se les inculca como una obligación prioritaria y como definitorio de su condición de hombre. Esto tiene como ventaja la independencia y como desventaja el tener solo un opción (automantenerse). Se les exculpa del trabajo doméstico. Se les induce a sentirse responsables del sustento económico de otros (esposa e hijos).</p>	<p>Se les fomenta la esfera afectiva (sentimientos, expresión de afectos)                      Se les reprimen diversas libertades. No se fomenta e incluso se reprimen la diversificación de sus talentos y ambiciones (se induce a que éstos se limiten a lo privado)                      Reciben poco estímulo y bastante protección                      Se les orienta hacia la <i>intimidad</i>, hacia lo <i>interior</i>, hacia lo microsocial.                      Se les orienta hacia la <i>dependencia</i> económica, afectiva, de acción y de criterio                      El valor trabajo (remunerado) no se les inculca como una obligación prioritaria y como definitorio de su condición de mujer. Esto tiene la desventaja de la dependencia y como ventaja el poder optar (automantenerse o ser mantenida). Se les inculca el trabajo doméstico como una obligación exclusiva de su sexo. Se les induce a sentirse responsables del sustento afectivo de otros (marido, hijos, ancianos).</p>

Fuente: Poal Gloria. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. 1993, p.301

En el cuadro anterior podemos ver la socialización diferenciada de las niñas, hacia lo privado. La antropóloga Comás, lo asocia al vínculo biológico, el sustrato de la relación humana y cultural que se expresa mediante el amor y la protección. Da sentido a las prácticas de asistencia y cuidado que una mujer-madre dispensa, a través del cuerpo, es natural; mientras que el hombre que protege y cuida lo hace mediante vínculos sociales, hoy más relevantes<sup>27</sup>. Otras autoras como Chodorw y Gilligan expresan que los hombres tienden a entrar en las relaciones con un orientación *Separadora*, lo que les hace ser mas egoístas, mientras que, las mujeres tienden a establecerla de forma mas *Conectora*, lo que les lleva al énfasis en lo emocional. Para Poal<sup>28</sup> esta diferencia estaría basada en los diferentes procesos de socialización de hombres para lo externo, lo que los obliga a romper lazos, probar el mundo externo o macro y tomar decisiones; mientras que las

<sup>27</sup> Comas, 1996, pp. 57-69.

<sup>28</sup> Poal, 1993, p.301.

mujeres solo han de permanecer en lo doméstico y mantener los roles micros. Es lo que Velasco<sup>29</sup> llama *Consenso sobre género* que, modela a las mujeres como: dependientes, cuidadoras, sin capacidad de decisión, limitando su presencia pública y los hombres interesados en la acción, en trascender socialmente, en “tener capacidad”, entre otros condicionantes que definen el modelo de género tradicional. También el Interaccionismo simbólico ha servido para analizar cómo se configuran los roles<sup>30</sup>.

¿Se puede evadir y transgredir el rol? Evidentemente que si, pero la sociedad todavía penaliza al hombre que no trabaje o no mantenga a su familia, y a la mujer que no se empareje, decida no tener hijos o no cuide de su familia. Transgredir el propio rol o invadir el ajeno supone dificultades. Las mujeres encuentran barreras para incorporarse y progresar en el ámbito público (laboral, político, sindical) porque a los varones no les interesa que lo hagan. Los hombres encuentran barreras para participar en el mundo doméstico, espacio único de poder de las mujeres, por lo que muchas presentan resistencias (aunque sea inconscientes) a compartirlo.

Existe más deseo, necesidad y predisposición de las mujeres a incorporarse al ámbito público que de los hombres al privado. Las mujeres solas tienen más dificultades económico-laborales que un hombre en similares condiciones. Stern<sup>31</sup>, comprobó que tras un divorcio, disminuye un 73% el nivel de vida de las mujeres y sin embargo aumenta un 42% de los hombres. Hay mayor permisividad a la trasgresión del rol por parte de las mujeres que por parte de los hombres. Es peor visto un hombre que se dedica al ámbito doméstico que una mujer se incorpore al ámbito público.

#### *Relaciones entre el ámbito público y privado y el rol*

El rol masculino es un rol prestigiado, dedicarse al ámbito público supone gozar de independencia económica y un cierto estatus. De los varones se espera que se incorporen y progresen en un ámbito distinto al que han vivido en su infancia. Supone una transición, aprender a buscar, decidir, escoger y elegir. Se tiende a

---

<sup>29</sup> Velasco, 2002, pp. 99-101

<sup>30</sup> Crooks, 2001, pp.11-27.

<sup>31</sup> Stern en Poal, 1993, *op. cit.*

sobrevalorar el ámbito público, supone independencia económica, puede facilitar la relación social y la autorrealización, pero también puede suponer frustración, rutina y alienación. Los trabajos más abundantes son los más monótonos y agotadores como la minería, la construcción, la siderurgia o bien psicológicamente estresantes: enfermería, enseñanza y trabajo social. Una de nuestras informantes lo ilustra muy bien: “Nadie se planteaba que ibas a trabajar siendo mujer, el objetivo era casarse, ser una niña bien y pensar que ibas a tener una casa estupenda y ocuparte pues de eso, y nada más”.(M 1948 inf.15)

Mabel Burin opina que la subjetividad masculina está en crisis, ya que, cada sociedad ha elaborado las normas de ser hombre y prescrito las de ser mujer. El cambio de roles, algunos lo viven como una amenaza<sup>32</sup>. Que hay cierta toma de conciencia lo vemos en la Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral recientemente aprobada en España por el gobierno socialista o en las palabras de inauguración de las jornadas sobre mujer y cuidados convocadas por Emankunde en 2004.

“El cuidado sigue estando en el ámbito familiar, por tanto privado, tiene cara de mujer como consecuencia de la identidad de género. Trabajo invisible socialmente, con grandes beneficios sociales, costes elevados y fuertes discriminaciones para quienes lo realizan. Puede ser una experiencia satisfactoria que supone un elevado coste personal y mucho tiempo de dedicación con poca ayuda del entorno y a menudo, con fuertes dosis de culpabilidad. Todo ello consecuencia del mandato de género conlleva la capacidad de renuncia y entrega a los demás aún a costa del propio desarrollo personal, social o profesional. Es una necesidad social por lo que debemos avanzar hacia la ética del cuidado”<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Burin, 1991, 1998, 2000, p. 370.

<sup>33</sup> Ibarretxe, 2003, pp. 9-10.

Cuadro nº 5. Rol masculino – ámbito público. Rol femenino – ámbito privado

El rol masculino	El rol femenino
<p>Es <i>prestigiado</i>, lo que convierte al ámbito público en un ámbito socialmente bien considerado y económicamente remunerado.</p> <p>Es un rol inherente al cual se halla el concepto de <i>transición y cambio</i> (a los chicos se les educa para que abandonen el ámbito doméstico en el que transcurre su infancia y se incorporen /progresen en un ámbito distinto: el público). Lo anterior fomenta el aprendizaje de habilidades como: buscar, sopesar, decidir y elegir. Por otra parte los hombres no tienen más opción que realizar este tránsito.</p> <p>Es un rol que induce a <i>incorporarse en ámbito amplio y abierto</i>, lo cual permite diversidad de posibilidades y opciones y ciertas probabilidades de promoción.</p> <p>La adaptación al rol requiere importantes <i>autoexigencias</i> e implica probabilidades de fracaso debido a que el ámbito público es muy competitivo.</p> <p>El éxito en dicho rol depende de los individuos, pero también de factores externos diversos (situación política y económica)</p> <p>El ideal de rol es <i>ambicioso pero poco accesible</i> para la mayoría.</p> <p>El <i>fracaso</i> en dicho rol es más <i>visible</i> por tratarse del ámbito público.</p>	<p>Es un rol <i>poco prestigiado o incluso desprestigiado</i>, lo que determina que el ámbito privado no goce de reconocimiento social ni de remuneración económica.</p> <p>Es un rol inherente al cual se halla el concepto de <i>permanencia, estabilidad y no-transición</i> (a las mujeres se les educa para que permanezcan en el ámbito privado). Lo anterior no fomenta la necesidad de aprender y utilizar habilidades como: buscar, sopesar, decidir y elegir. Por otra parte, aunque a las mujeres se les induce a permanecer tiene también la opción de transitar.</p> <p>Es un rol que induce a <i>permanecer en un ámbito privado reducido</i> por tanto restringido en cuanto a diversidad de posibilidades y opciones.</p> <p>La adaptación al rol requiere importantes <i>auto-negaciones</i> por ser el ámbito privado un ámbito limitado.</p> <p>El éxito en dicho rol depende básicamente de los individuos</p> <p>El ideal del rol es <i>limitado pero accesible</i> para la mayoría.</p> <p>El <i>fracaso</i> en dicho rol es <i>menos visible</i> por tratarse del ámbito privado.</p>

Fuente: Poal Gloria. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. 1993, p.305

### ¿Es exitosa la socialización diferencial?

La dinámica social es cambiante y plural, no obstante la socialización diferencial es dominante. Veamos algunos fracasos o incongruencias. En primer lugar, genera insatisfacción, dependencia económica, afectiva y deseo de huida incluso en el sexo que pretende privilegiar el masculino. En segundo lugar, no logra totalmente sus objetivos. Hay incongruencia, ya que a los hombres se les exige y se les desatiende afectivamente, se les malcría, sobreprotege y consiente, por lo que les lleva a poca preparación para la vida adulta, inmadurez emocional, inmensa necesidad de reconocimiento, tendencia a la vanagloria, orgullo y prepotencia. Frente a una capa de frialdad y dependencia son dependientes por no haber sido

educados para aceptar tristeza e inseguridad, son emocionalmente débiles y luego dependientes de las mujeres. Numerosos ejemplos de esto se pueden observar en las cartas de hombres célebres a mujeres no menos célebres: Sastre a Simone de Beauvoir, Kafka a Felice Bauer, Nietzsche y Rilke a Lou Andreas Salomé. Y también los datos de suicidio y felicidad<sup>34</sup>. Y en tercer lugar, no resulta adaptativa para la sociedad actual, ya que debemos aprender a aprender del sexo contrario, así como tenemos que renunciar a ser dueños del ámbito para el que (según el sexo) hayamos sido educados. Fadela Amara en 2003 a propósito de las revueltas de los inmigrantes franceses recoge sobre la socialización diferenciada en su obra *Ni putas ni sumisas*: “Viven una esquizofrenia, son reyes en el seno de la célula familiar y son inexistentes, se ven ninguneados fuera de la misma. Esta falta de reconocimiento exterior ha suscitado una rabia increíble”. Sus palabras se anticiparon a las importantes revueltas del otoño de 2005 en toda Francia. Sin embargo, los mass-media en España no recogieron el importante movimiento de mujeres inmigrantes habido dos años antes de esta revuelta de los jóvenes mayoritariamente hombres (en la televisión no se vió ninguna mujer). El movimiento de mujeres había surgido por las agresiones a las mujeres en sus propios barrios, y acabó con una marcha a París<sup>35</sup>.

*Los Mensajes principales de la socialización del género femenino.*

1 ) La Invisibilidad. En el lenguaje y en los estudios científicos, psicológicos, se ha investigado más la falta del padre sobre los chicos que sobre las chicas e incluso que sobre el impacto de la falta de la madre. 2) La Inclusividad. Significa que el sexo femenino está incluido en el masculino, las niñas en el genérico niños y así en todas las edades. 3) La Secundariedad. Expresa que las mujeres son consideradas un complemento, un telón de fondo sin protagonismo el secundón es equivalente a ser el último. *Secundarizarse* es colocarse en un segundo plano de forma sistemática<sup>36</sup>. 4) La Inferioridad / Desprecio. Se observa en los proverbios,

---

<sup>34</sup> Poal, 1993, p. 99.

<sup>35</sup> Amara, 2004, p. 52. Libro esclarecedor sobre el fenómeno de la inmigración y la socialización diferenciada patriarcal. Con el título tratan de responder a su comunidad islámica de pertenencia que las consideraban “putas” por adoptar los modos de vida de la República Francesa; y a los ciudadanos franceses ya que no se consideraban “sumisas”.

<sup>36</sup> Murillo, 1996, p. 29

palabrotas y chistes que infravaloran y desprecian a la mujer. Las mujeres reciben desde que nacen el mensaje de que son inferiores; de que su existencia se incluye en, y depende de, la masculina; de que juegan un papel secundario o incluso invisible. Sienten inadecuación de haber nacido en el sexo erróneo, incorrecto, invisible, lo que da lugar a que “no soy” o de que “lo que soy no es suficiente”, puede generar baja autoestima y sentimiento de culpa. Toharia a principios de 1980 encontró que casi la mitad de las chicas pensaban que era mejor ser hombre. Este sentimiento de inadecuación personal y colectiva puede fomentar en las mujeres la idea de que el amor e incluso la simple aceptación que merezcan es condicional (sólo si hace mucho o si eres muy buena podrás ser aceptada, amada), que a su vez tiende a disminuir la autoestima y generará una tendencia a la autorrenuncia, la dependencia y el victimismo.

La Autorrenuncia implica al menos tres cosas: 1. Negarse a sí misma descanso, placeres o momentos de soledad / autonomía por creer que no los merece. 2. Exigirse más a sí misma que a los demás. 3. Poner los intereses ajenos por delante de los propios, auto-negación

La dependencia significa: 1) Infravalorarse, negando sus propias virtudes. Incluso las mujeres más valoradas necesitan fortalecer su auto-confianza. 2) Negarse el autojuicio valorando más la opinión de los demás que la suya propia, especialmente cuando se trata de una opinión positiva sobre ella misma.

Mientras en público el hombre esconde sus defectos, la mujer esconde sus virtudes. El éxito en las chicas es una forma de buscar amor y aprobación; en los chicos desean el triunfo o perfeccionamiento de sí mismos. Las chicas rechazan el éxito por miedo a quedar aisladas.

### *Mensajes complementarios*

1) *La Discreción*. La Inteligencia se asocia a pérdida de feminidad. La mujer deberá ser tímida, invisible, callada, poco exigente que no se vea, no debe verse, por tanto da lugar a auto-represión y auto-limitación. La sociedad y la religión educan a la mujer para que renuncie a sus necesidades por las de los demás y a

---

que sea generosa y entregada en lo que consideran sus funciones definitorias: reproducción, asistencia y educación, es decir, funciones de servicio a los demás. Por el hecho de ser mujeres, se les hace trato discriminatorio inocente, de agresiones, burlas y maltrato sexual. A las mujeres se les hace hacer tareas domésticas, educar a los hijos, lo que restringe sus opciones de libertad e independencia. A las mujeres se les impide hacer: tienen menos libertad, menor preparación para el ámbito público y hallan barreras en su acceso al poder, control y éxito.

2). *El Síndrome de la mujer indispensable*. Las mujeres no solo tienden a depender de los demás, de sus opiniones y sus decisiones, sino que también dependen de la dependencia de aquellos respecto a ellas. Puede generar perfeccionismo extremo y autodestructivo al cargarlo sobre las propias espaldas. De ahí se deriva la minoría de edad permanente, la dependencia y la pasividad que pueden crear resistencias al cambio, ya que ser sumisa puede ser útil para evitar el esfuerzo que supone una existencia más plena y satisfactoria, y la indefensión puede comportar menores responsabilidades y mayor comodidad lo que conduce al círculo vicioso. Mabel Burin<sup>37</sup> habla de "ligadura libidinal", o "barrera invisible" caracterizada por: 1) tiempo dedicado a las tareas domésticas, 2) tiempo dedicado a la crianza, 3) predominio de la afectividad en detrimento de la racionalidad, 4) los estereotipos en el ejercicio del poder son factores de riesgo de la salud mental de las trabajadoras ya que les provoca depresión en su vida laboral y privada. El desarrollo de la mentalidad femenina definida como "deseo hostil" y "juicio crítico" permitiría minar el "techo de cristal".

Las mujeres son las principales consumidoras de toda clase de terapias, las que más asisten a cursos y actos de corte psicológico. Las que más participan en el voluntariado, pero apenas comienzan a planear las políticas de acción social que aquejan sobre todo a las mujeres<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Burin, 2003, pp.1-2.

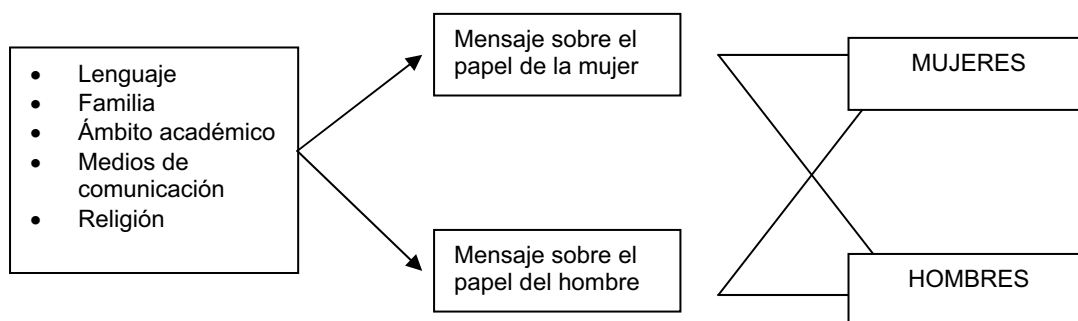
<sup>38</sup> Burin, 1998, p. 437.



*Los principales agentes socializadores*

Recogidos en el gráfico siguiente, aun con diferencias significativas, coinciden en que todos emiten mensajes que relegan a las mujeres a un segundo término y/o son claramente discriminatorios. Al no existir incongruencia entre ellos, su efecto potencial es mucho mayor y crean un “círculo vicioso” difícil de romper y que tiene consecuencias sobre las personas. Tienen importante incidencia en la vertiente afectiva, es decir, que influyen en los sentimientos de las personas modelando lo que también se conoce como “inteligencia emocional” y atentando la esfera cognitiva. La vertiente afectiva es una de las más vulnerables, profunda y más difícilmente modificable y por eso la socialización es tan fuerte. Hoy día de forma sutil se continúan reproduciendo mensajes, actitudes y procesos que relegan socialmente a las mujeres. Y es esta sutilidad, la que hace más difícil que los mensajes sean detectados y modificados. Se transmiten no siempre de forma consciente de generación en generación por ello son tan difícilmente modificables.

Figura 1. Principales Agentes socializadores, mensajes y sexo.



Fuente: Poal Gloria. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. 1993, p.114

*1. Ámbito académico.*

La ciencia de finales del XIX demostraba mediante sus experimentos que “el hombre se caracteriza por la acción y la iniciativa y la mujer por la ternura”, se ignoraba la cultura y la descripción la convertían en prescripción. La Frenología a principio del siglo XIX (Bendikt, Gall, Spurzheim) y mas tarde Kischoff relacionaban la conformación del cráneo, el peso del cerebro con el índice de desarrollo; La Fisiología, que la sangre de la mujer contenía menos corpúsculo rojos y

hemoglobina que la del hombre para sentenciar la impresionante inferioridad mental y física de la mujer, que se pasaba enferma la mayor parte de su vida, ignorando, los trabajos de las mujeres de clase baja que exigían importante esfuerzo físico. El hombre se guiaría por su cerebro y la mujer por su útero. La teoría de la actividad intelectual era incompatible con la procreación según Herbert Spencer y, por tanto, condenable un exceso de cultura, ya que daba lugar a “incapacidad para engendrar hijos y para producir leche”. Era el sacrificio lo que debía hacer la mujer por la continuidad de la especie.

Esta idea era compartida por Cajal en su obra *La mujer*. Marañón consideraba que el trabajo era deseable para la mujer sin hijos, siempre y cuando estuviera en armonía con su biología, como el oficio de enfermera o maestra. Para Ortega y Gasset la mujer era un ser esencialmente confuso: en la mujer el cuerpo y el alma estaban más íntimamente fundidos que en el hombre, era una criatura más animal y menos espiritual que el hombre. Unamuno no trataba de preservar los privilegios del varón, pero su ideal era el de la mujer tradicional que desempeñaba un papel muy importante, pero definitivamente subordinado, era por encima de todo una madre<sup>39</sup>

Estos estereotipos se han transmitido hasta ahora. Estudios recientes sobre la presencia de los niños y niñas en los libros de texto, encontraron que la razón media es de 1:3 niñas, niños, hasta extremos de 1:19. Repiten los mismos estereotipos de género, como, por ejemplo, ellas son las enfermeras y ellos los médicos, cuando un 50% del alumnado de medicina son mujeres<sup>40</sup>.

## 2. Familias

Diferentes estudios nos muestran que cuando el Padre y la madre son flexibles en los roles sexuales, y los padres se implican en las tareas domésticas, los hijos presentan una mejor adaptación social de adultos y tienen menos conflictos entre sus valores sociales y su comportamiento afectivo. Debido a la diferencia de roles, en la adolescencia, las chicas tienen menos incentivos y menos disponibilidad de tiempo que los chicos para dedicarse a los estudios, planificar su futuro profesional

---

<sup>39</sup> Scanlon, 1986, pp. 185-192. Unamuno. *Diario íntimo*. Madrid: 1970, pp. 30 y 52

<sup>40</sup> Poal, 1993, pp. 136-138

y a la búsqueda de empleo. Estas diferencias se tienden a aumentar en las mujeres adultas, desigual distribución de tareas domésticas, menos disponibilidad para el reciclaje, puesta al día y búsqueda de empleo y promoción en el puesto de trabajo.

### *3. Medios de comunicación*

Algunos estudios han observado que hay una pérdida de valor y protagonismo a medida que las mujeres se hacen adultas, esto mismo se observó en los libros de texto. Cuando los anuncios son neutros predominan las voces masculinas. Solo un 12% ofrecen imagen positiva de mujer y hombre no tradicional y casi la mitad son sexistas. Siguen siendo más numerosos los papeles secundarios para las chicas en las series televisivas.

### *4. Lenguaje.*

Siendo un factor fundamental es uno de los más difíciles de cambiar. La importancia socializadora del lenguaje la podemos localizar en sus caracteres de “universalidad” e “imprescindibilidad”, ya que impregna todos los ámbitos de la vida; es el vehículo del habla y del pensamiento. Es un instrumento de gran utilidad y que se aprende de forma temprana e inconsciente, en el medio familiar, por lo que es difícil librarse de sus sutiles efectos. El modo de transmisión entre arrullos, papillas y amamantamientos, que es como se aprende el idioma materno, hace que se internalice de forma profunda con dosis de afecto y calidez. Tiene gran permanencia, por lo que es difícil de introducir cambios radicales y además se transmite de generación en generación.

La lengua que hablamos, la de la madre cuando nos enseña a hablar, nos enseña, para toda la vida, el sentido de la realidad y de la verdad, la coincidencia entre las palabras y las cosas. En los años 80 la comunidad filosófica italiana Diotima ya dijo que: “A través de la lengua materna se nos transmite el orden simbólico de la madre”<sup>41</sup>. Mead sostiene que es el lenguaje lo que nos hace seres autoconscientes, es decir, conocedores de nuestra propia individualidad, y el elemento clave en este proceso es el símbolo. Un símbolo es algo que representa

---

<sup>41</sup> Rivera, 2005, pp. 28-33

otra cosa. Los seres humanos vivimos en un rico universo simbólico<sup>42</sup>. En el lenguaje las mujeres son subgrupos de los hombres, las mujeres están incluidas en el sexo masculino, mientras que los hombres tienen, no solo entidad propia, sino generalizable al sexo contrario. Así nos podemos encontrar ejemplos paradigmáticos como el de las tortugas Ninja, que todas ellas tienen nombres de chicos. O el caso de las mascotas de grandes eventos, todas ellas masculinas: Curro, Cobi y Naranjito (era de hecho una naranja).

La Invisibilidad femenina la encontramos en múltiples ocasiones así existen 21 palabras para la masturbación masculina y solo una para la femenina. A través del lenguaje se expresa el desprecio por el sexo femenino: "coñazo", "cojonudo", "de puta madre". Y también a través de los refranes ya que solo un 18% hacen referencia a la mujer y solo 15 virtudes femeninas, mientras que la mayoría son despreciativos, hasta 85 defectos. Veamos algunos ejemplos encontrados en el diccionario: "Huerfano, na, dicho de una persona menor de edad a quién se le han muerto el padre y la madre o uno de los dos, especialmente el padre". En la lengua, el orden de factores altera el producto, sugiere que cada cual contraste esta definición con las relaciones particulares con el padre y la madre. Otros ejemplos: "Sombrero: prenda de vestir, que sirve para cubrir la cabeza, y consta de copa y ala. Prenda de adorno usada por las mujeres para cubrirse la cabeza". "Cinturon: cinto que sujeta el pantalón a la cintura". ¿Y las faldas?, es evidente que quien lo redactó se olvidó. El lenguaje refleja el sexismo de quién lo usa<sup>43</sup>. Lo que nos invade no es el género gramatical masculino, sino el pensamiento androcéntrico, un referente masculino detrás de las palabras<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Giddens, 2000, pp. 711-2

<sup>43</sup> Lledó, 2003, pp.6-13.

<sup>44</sup> Muruafa, 2003, pp.20-23.

### 5. La religión.

En las monoteístas, los dioses son hombres y las mujeres relegadas a papeles de servicio y de acatamiento del hombre. Las mujeres santas y virtuosas lo son por autorrenuncia.

Scanlon<sup>45</sup> al estudiar el feminismo en España expresa como fuente del antifeminismo la Iglesia Católica. La religión asegura la docilidad, resignación, sumisión, subordinación de la mujer al hombre. Su inferioridad se establece en el mito de la creación de Adán y Eva: el hombre ha sido creado a imagen y gloria de Dios, pero la mujer había sido creada para gloria del varón (Corintios I, XI, 7, 8, 9). Por su participación en el pecado original fue condenada a dar a luz a sus hijos con dolor y a estar sometida a su marido (Génesis, III, 16), con quien estaba en la misma relación que la Iglesia con Cristo (Efesio, V, 22-24). Eva representa todo lo malo de la mujer, su debilidad justifican la propia debilidad del hombre. La mujer fue redimida por el nacimiento de Cristo, un salvador varón nacido de una mujer no mancillada por contacto sexual alguno. La Virgen María fue proclamada en el siglo XIX en España como el ideal al que deberían tratar de emular todas las mujeres, pues era la encarnación perfecta de todas las cualidades que un hombre podía desear para su propio bienestar.

Uno de los imperativos más fuertes que pesaban sobre las mujeres del siglo XIX era la necesidad de ser religiosas. Una de las razones principales de esto era la creencia de que la religión proporcionaba los medios efectivos para controlar las pasiones de la mujer y, consecuentemente, era una forma de asegurar su virtud. La religión aseguraba la resignación, pues la Iglesia Católica enseñaba que las injusticias tenían que ser aceptadas dócilmente y sobrellevadas con fortaleza; la verdadera felicidad no se encontraba en este mundo sino en el otro<sup>46</sup>.

El mito del Génesis consolidó la represión de la sexualidad de la mujer representada en la muerte de la serpiente. En muchas ciudades de la Grecia patriarcal la fundación estaba asociada con la muerte de serpientes. Cuando comenzó la sociedad de realización del poder en contra de la realización del bienestar, la función femenina estorbaba: se luchó contra las serpientes, luego se desterró a las Amazonas al Hades y finalmente se malignizó, se satanizó la

---

<sup>45</sup> Scanlon, 1986, pp. 195-257

<sup>46</sup> Scanlon, 1986, pp.159-161

sexualidad y se inventó el infierno. "Pondré enemistad entre ti y la serpiente" digo Yavé explícitamente, es decir, te quitaré la sexualidad, paralizaré tu útero y te volverás histérica, "parirás con dolor, buscarás con ardor a tu marido que te dominará"<sup>47</sup>.

El culto a la Virgen sufrió cambios profundos en 1346 "La madonna de la humildad", de la dulzura, docilidad, paciencia se presentaba como el modelo de las virtudes femeninas, especialmente en los países católicos-mediterráneos, al igual que la pobreza y la humildad. Todas estas virtudes fueron derivando: así la obediencia se transformó en docilidad, la amabilidad en indecisión, la humildad en servilismo y la paciencia pasó a ser resignación<sup>48</sup>.

La causa de la invisibilidad de la mujer en el lenguaje, los "mass-media" y la religión dan como consecuencia de este proceso de socialización, la escasa presencia de las mujeres en las actividades públicas, políticas, sindicales y financieras.

#### *Mecanismos de producción y reproducción del "malestar" de las mujeres*

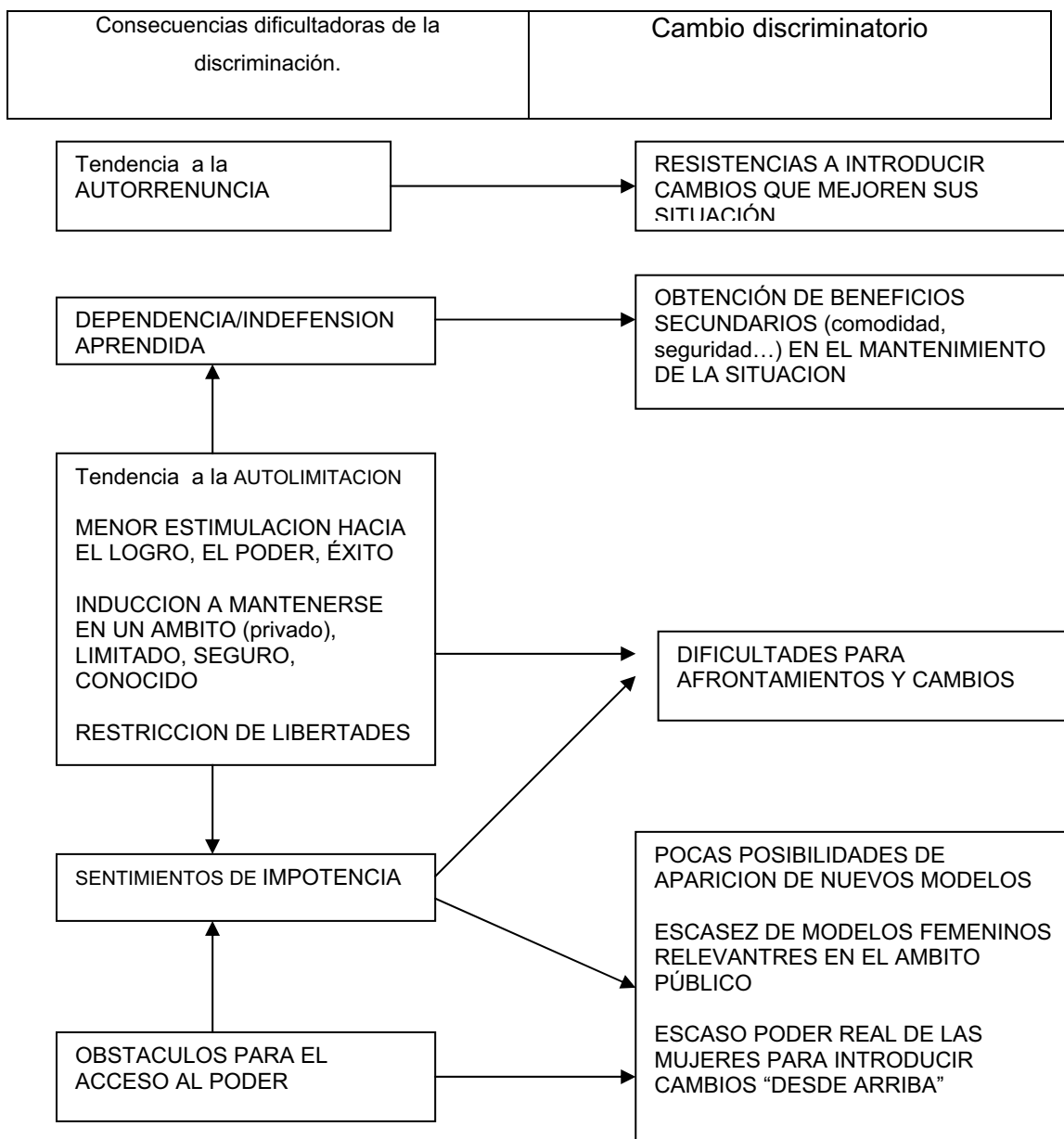
En síntesis, en el modelo patriarcal de socialización diferencial la acción de los mensajes discriminatorios tiene efectos diferenciados en hombres y mujeres que mantienen la estructura de poder de los masculino, produciendo consecuencias negativas que explican la "patogenia" del llamado malestar de las mujeres y su restricción al espacio simbólico y material de los privado y secundario. La complejidad de este mecanismo puede apreciarse en el cuadro nº.

---

<sup>47</sup> Rodrigáñez, 2002, pp. 148-153

<sup>48</sup> Del Valle, 2003, pp. 41--61.

Figura nº 2. Factores que reproducen la discriminación y la perpetúan.



Fuente: Poal Gloria. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. 1993, p.155

Cuadro nº 6. MENSAJES DISCRIMINATORIOS TRANSMITIDOS POR LOS AGENTES SOCIALIZADORES (Familia, escuela, lenguaje, media y religión). POSIBLES CONSECUENCIAS NEGATIVAS. Fuente: Poal, 1993, pp. 158-9

MENSAJES TRANSMITIDOS	MENSAJES CAPTADOS	POSIBLES CONSECUENCIAS
<p>Mensajes principales:</p> <p>INVISIBILIDAD SECUNDARIEDAD INFERIORIDAD DESPRECIO</p> <p><b>INADECUACION</b></p>	<p>“No soy. No existo”</p> <p>“Lo que soy no es suficiente”</p> <p>“He nacido en el sexo inadecuado”</p> <p>“Soy inferior”</p>	<p>BAJA AUTOESTIMA</p> <p>INSEGURIDAD EN SI MISMA</p> <p>SENTIMIENTO DE CULPA</p>
	<p>“Los hombres son superiores. Debo dejarme proteger por ellos”</p> <p>“Yo sólo soy un apéndice de, un complemento. No tengo vida propia”.</p> <p>“Los importantes son los demás. No soy nada sin ellos”</p>	<p>DEPENDENCIA DE LOS DEMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegación en otros del control sobre la propia vida.</li> <li>- Necesidad de aprobación</li> <li>- Conformismo / Normatividad</li> <li>- Tendencia a no planificar los intereses propios, las metas y los logros</li> </ul>
	<p>“Lo que yo piense no tiene importancia”</p> <p>“Mis opiniones son incorrectas”</p> <p>“Mis logros no tienen mérito”</p> <p>“Debo esforzarme mucho para llegar a ser poco”</p> <p>“Por mucho que me esfuerce nunca alcanzaré la perfección, nunca estaré entre los superiores”</p>	<p>AUTOLIMITACIÓN DE OPCIONES Y POSIBILIDADES</p>
<p>MENSAJES COMPLEMENTARIOS</p> <p>Discretas</p> <p>Bellas</p> <p>Buenas</p>	<p>“No debo hacerme notar”</p> <p>“Las mujeres que sobresalen no encuentran pareja y no tienen amigos”.</p> <p>“No debo enfadarme nunca”</p>	<p>AUTONEGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negación del propio juicio</li> <li>- Infravaloración</li> <li>- Poca capacidad de, y poca tendencia a, auto-reforzarse.</li> </ul> <p>AUTORREPRESION</p>
	<p>“Debo mantenerme siempre joven, delgada y guapa”</p>	<p>AUTOEXIGENCIA</p>
	<p>“Debo ser siempre cariñosa, amable y comprensiva”</p> <p>“Debo entregarme a los demás”</p> <p>“No valgo por lo que soy, sino por lo que soy capaz de hacer por los demás”</p> <p>“Mis deseos y felicidad no importan”</p>	<p>AUTORRENUNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacrificio</li> <li>- Abnegación</li> <li>- Resignación</li> <li>- Entrega</li> </ul>
<p>- ACCION PRACTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitación de libertades</li> <li>- Exposición a maltratos y agresiones</li> <li>- Sobreprotección</li> <li>- Responsabilidad prioritaria en lo doméstico</li> <li>- No estimulación del interés por el logro, el poder y el éxito.</li> <li>- Obstáculos para el acceso al poder y al éxito público.</li> </ul>	<p>“Soy un ser indefenso y necesito protección”</p> <p>“Salir sola por la calle es peligroso”</p> <p>“Sólo las mujeres sabemos llevar una casa y es nuestro deber hacerlo”</p> <p>“Lo más importante para mí son mis seres queridos, lo demás es secundario”</p> <p>“Sólo en mi casa me siento segura y cómoda. ¿Para qué buscar complicación en el exterior?”</p> <p>“La política es cosa de hombres”</p> <p>“¿Para qué luchar?. Solo los de arriba pueden cambiar las cosas”.</p>	<p>RESISTENCIA A INTRODUCIR CAMBIOS QUE MEJOREN SU SITUACION</p>
		<p>DIFICULTADES PARA AFRONTAR RETOS, DIFICULTADES Y CAMBIOS</p> <p>INDEFENSION APRENDIDA</p> <p>INMADUREZ INDUCIDA</p> <p>SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA</p> <p>BAJA DISPONIBILIDAD AL EMPLEO</p>



¿A qué se debe este malestar?, para Burin lleva consigo un imperativo ético: cada uno debe de responsabilizarse de lo suyo,<sup>49</sup> por lo que plantea una democratización creciente de las relaciones personales en todos los ámbitos que permita superar las inequidades y la violencia, instalando una lógica diversa que permita a las personas realizar sus proyectos de vida<sup>50</sup>. Para Aller se está produciendo un Matricidio, al negar el poder creador de las mujeres como madres que se compensa con el Dios a la vez Padre-Madre y la niña probeta. Gracias al feminismo hemos pasado de madre conformada o forzada inevitablemente, a madre deseada con conciencia, pero, sin erótica, sublimada y negada. Las mujeres tienen menos hijos de los que desearían tener, con más tecnología, más protésicas y dependientes tecnológicamente, más mecánicas y menos orgánicas. Las mujeres españolas tienen un elevado índice de episiotomía (89%) cuando la OMS recomienda no pasar del 20%. Está aumentando el número de cesáreas, siendo del 22% en los hospitales públicos y de 35% en los privados (OMS entre el 10-15%)<sup>51</sup>. Se nace en los quirófanos de los hospitales con rituales de sumisión de madres y criaturas y negación culpabilizadora de la sexualidad de las mujeres; el parto fisiológico ha sido el acto sexual más primigenio, más vital, más poderoso y más negado. ¿Cómo no causa perplejidad, conociendo nuestro parto actual tan doloroso, el que haya mujeres que paran sin dolor? ¿Cómo es posible parir sin dolor?<sup>52</sup>.

La definición de trabajo es diferente para hombres y mujeres. Para el hombre el trabajo asalariado es un derecho y una obligación, el no remunerado es voluntario. Para ellas el trabajo asalariado es un derecho que pueden ejercer de forma voluntaria y el no remunerado es una obligación. Es el estereotipo de género que cree que las mujeres están dotadas de una manera natural por cualidades como la sensibilidad y la afectividad y el hombre con independencia y raciocinio. El papel "femenino ideal" hace que la mujer tienda a sentir "sentimiento de culpa" con frecuencia por conflictos de dedicación<sup>53</sup>.

En la medida que la mujer se incorpora en las estructuras del poder político podemos ver influencias positivas de su quehacer diferenciado. En el prólogo del

---

<sup>49</sup> Burin, 1991, p. 237.

<sup>50</sup> Burin, 1998, p. 437.

<sup>51</sup> Aller, 2005, p. 29.

<sup>52</sup> Rodríguez, 2003, p. 37 y 2004, p. 22

<sup>53</sup> Rubio, 2003, pp. 46-51.

decreto de Medidas de Apoyo a las Familias realizado desde la Consejería de la Presidencia en el 2002, vemos la influencia de una o más mujeres u hombres con enfoque de género. Parte de un concepto amplio y diverso de familia

“En el seno de las familias se produce el nacimiento, el aprendizaje y el desarrollo de los sentimientos que acompañan, en mayor o menor medida, a todas las personas a lo largo de su existencia. Son estos sentimientos y esos afectos pilares básicos del desarrollo humano. Los lazos de la confianza, afecto y solidaridad existentes entre los miembros de una familia son el auténtico capital social, que establece la base del posterior capital humano y profesional de las personas. Por ello, todos sus miembros deben compartir de forma justa, solidaria e igualitaria derechos, obligaciones y, por tanto, responsabilidades”<sup>54</sup>.

“Sin embargo las consecuencias directas de la sobrecarga familiar recaen aún, fundamentalmente, sobre las mujeres... en muchos casos realiza esta labor con escasos medios y compatibilizando el trabajo familiar con el profesional... desempleo, dificultades de compatibilidad de vida familiar y laboral han generado retraso en la edad de tener hijos o renuncias a una segunda o tercera maternidad/paternidad y caída importante de la natalidad”<sup>63</sup>.

En la figura nº 3, podemos observar las características positivas de las mujeres y posibles consecuencias ventajosas de la socialización femenina y las aportaciones de las mujeres a la sociedad. El feminismo de la diferencia de la escuela italiana Diotima comparte muchas de estas características, quizás las principales sean las “Habilidades para la relación, la afectividad, la comunicación y la expresión verbal”. Mientras que las derivadas de la tolerancia a la frustración y el estrés sean habilidades desarrolladas desde la experiencia de la persona dominada.

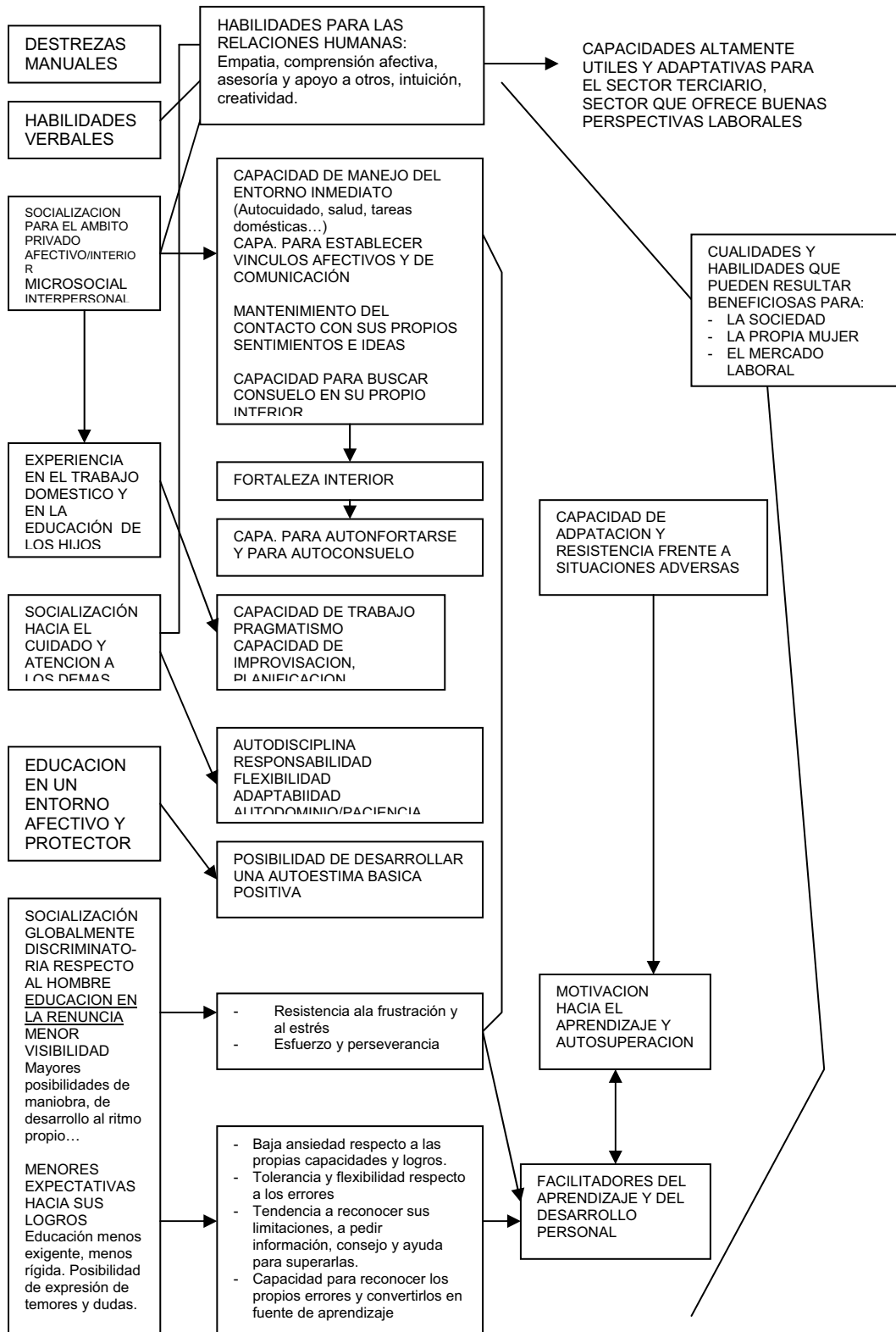
En estudios recientes sobre el cambio en los hombres se concluye que el hombre, ya derrotado como grupo moralmente hegemónico, está contando los minutos que le quedan como elemento socialmente hegemónico. E intenta aprovechar, cada vez más nervioso y asustado, el tiempo que le queda, para intentar comprender la nueva situación a la que está abocado, y adaptarse a ella. Reconocen que la incorporación de la mujer al mundo del trabajo ha “dulcificado” las relaciones más jerárquicas<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Decreto 137/2002, de apoyo a las familias andaluzas, pp. 7127-7134.

<sup>55</sup> Baigorri, 1995, p.32

Fig. nº 3. Características positivas de las mujeres y posibles consecuencias ventajosas de la socialización femenina. Poal, 1993, pp. 170-171



Tres rasgos caracterizan el *estilo femenino*: el deseo de incluir como iguales a las otras personas participantes haciendo énfasis en la relación entre ellas; la indicación expresa de su escucha e implicación en la conversación y el desarrollo de los temas de forma cooperativa<sup>56</sup>. Este rasgo es central en las propuestas de las feministas italianas de la escuela Diotima ó del grupo Ipazia ó del círculo de Milán y en la última obra de Milagros Rivera “La mujer en relación con, abierta a, mediadora con, lo sagrado, del si mismo, del partir de si”<sup>57</sup>.

En el estilo masculino: prevalece el deseo de afirmarse frente a las demás personas participantes; una búsqueda de objetividad y distanciamiento; la participación se mide más por el tipo de intervención que por la demostración de atención; y se tiende al desarrollo de los temas de forma individualista y frecuentemente competitiva.

Las consecuencias laborales relevantes si una mujer adopta el estilo masculino desde una posición de poder es que influye poco en los hombres y se ve dura por las mujeres. Si adopta la estrategia femenina se le considera manipuladora porque sigue dominando como referente el modelo masculino. No obstante, trabajar fuera de casa aumenta la autoestima, los contactos sociales, los recursos económicos, otorga mayor sentido de poder y autocontrol. Mejora la salud respecto a las que solo trabajan en casa (trabajo reproductivo)<sup>58</sup>

En un estudio etnográfico en Brasil y Perú, las mujeres conceptualizaban la salud como "poder hacer todo", encontraban en la religión la fuerza para enfrentar la enfermedad mental y procuraba ayuda, bienestar y cura cuidando a la familia<sup>59</sup>

### *Sobre la construcción de la identidad de género*

Con la “macdonalización de la cultura”, la humanidad sufre una mayor violencia. La expansión y la des-localización de las industrias, la concentración y privatización de los medios de comunicación, la expansión y homogenización de las redes de información, el debilitamiento de lo público y lo privado son condiciones necesarias

---

<sup>56</sup> Bengoechea, 2003, pp. 14-9.

<sup>57</sup> Rivera, 2005, Riboli, 2005, Cigarini, 1996 Muraro, 1994.

<sup>58</sup> Escriba, 1997, pp. 580-1.

<sup>59</sup> Pezo, 2004, pp. 13-7.

para garantizar la eficiencia de la Globalización Neoliberal Capitalista (GNLC) y además, son causas del escepticismo político, la apatía social y el descrédito de los significados más progresistas en la historia humana<sup>60</sup>.

La Globalización Neoliberal Capitalista se presenta como una forma moderna de relaciones patriarcales. Ahora todo lo que las mujeres se ven obligadas a hacer "gratis", ya sea con la existencia o la subsistencia humana se le llama "reproducción" en oposición con la producción y no como su contraparte dialéctica. Reproducir es algo menor, secundario, que no genera en sí valor económico alguno.

Los hombres dan por supuesto que serán atendidos, mientras que las mujeres buscan la atención a través de los afectos y los vínculos con los otros. La teoría de la identidad social supone que las identidades están íntimamente relacionadas con los agrupamientos sociales. Un ejemplo de ello lo tenemos en las mujeres todas ellas amas de casa que trabajan temporalmente en la fabricación de mantecados, se comportan de diferente manera en la percepción de la identidad. Así las Mayores de 50 se denominan "Mantecaeras", mientras que no lo hacen las mujeres por debajo de esta edad y los hombres<sup>61</sup>.

La Masculinidad y la feminidad se construyen de forma dicotómica, opuesta y jerárquica. Así los hombres están hechos para la calle, no deben perdonar, deben ser fuertes, valientes, poco emotivos, capaces, fríos, independientes, calculadores, controladores, observadores, tramposos o astutos, mañosos, proveedores y poetas. Las Mujeres no tienen que vivir la sexualidad, están hechas para perdonar, deben ser afectuosas, dulces, culpables, tener aguante, dedicadas al hogar, virtuosas, sumisas, serviciales, dependientes, incapaces y estar calladas.

En la evaluación de programas comunitarios desde la perspectiva de género de Iberoamérica, cuando se ha revisado la escasa participación de las mujeres en las actividades públicas -que no en las comunitarias-, han manifestado diferentes opiniones las mujeres y los hombres. Los hombres opinan que: "las mujeres son tímidas y no les gusta hablar en público". Las mujeres: "tenemos miedo de que si no estamos en casa cuando llega el marido, grita y a veces pega". Propuestas de

---

<sup>60</sup> Alfonso, 2003, pp. 4-7.

<sup>61</sup> Téllez, 2002, [Www.Nava.Org.Ar/Congreso2002/Ponencia/Anastasia\\_Telles.Htm#Ftn1](http://www.Nava.Org.Ar/Congreso2002/Ponencia/Anastasia_Telles.Htm#Ftn1). 2002. (3 Marzo 2006)

ellos: talleres de autoestima para que se animen a participar las mujeres. Propuesta de ellas: sensibilizar a los hombres para que reconozcan los derechos de las mujeres y no las impidan participar por celos y desconfianza<sup>62</sup>.

Lo masculino y lo femenino están entrelazados y desarrollados más o menos en cada persona a lo largo de distintas dimensiones: el trabajo, el ocio, las relaciones amorosas, la política u otros. Una misma persona puede actuar de forma femenina en alguno de estos campos y de forma masculina en otros. Por esta razón género femenino estrictamente no equivale a mujeres, aunque a veces se usa de esta forma<sup>63</sup>.

En las nuevas tecnologías, las mujeres son menos valoradas que los hombres. Las relaciones de la medicina y enfermería, reflejan las de la familia - padre/madre/hij@- y la autoridad en las manos del médico-padre y los cuidados de la enfermera-madre<sup>64</sup>.

### *2.3. El género, un organizador de las profesiones sanitarias*

La investigación desde perspectivas feministas en el campo de la salud ha servido para poner de manifiesto el androcentrismo de la ciencia médica y las desigualdades de género en la práctica de las profesiones sanitarias, así como para conocer y valorar las aportaciones de las mujeres sanitarias y los diferentes modos de práctica de muchas de ellas.

Así se ha sabido hace poco tiempo que se prohibió expresamente a las mujeres ejercer la medicina y la cirugía en 1329 en las cortes Valencianas “Que ninguna mujer practique la medicina, ni administre brebajes, bajo pena de ser azotada por la villa; pero que puedan cuidar de niños pequeños y de mujeres, quienes sin embargo no podrán administrar brebajes”<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Murguialday, 2005, p. 27.

<sup>63</sup> Magallon, 1999, p.32

<sup>64</sup> Firth, West, 1991, p. 255

<sup>65</sup> Ortiz, 1973, pp. 25-26. Recogido de Ortiz que tomó de Cabré y Ballester, hay diversos trabajos sobre prohibiciones para las mujeres, un buen resumen en MO. Hupper, “Women doctors in the Middle Ages”.

Los procesos de exclusión y/o segregación de las mujeres no han sido sutiles, sino abiertos y claros, y, en muchas ocasiones, han generado conflictos y tensiones que se han resuelto siempre en forma de dominio de las profesiones y las prácticas masculinas, lo que podríamos denominar como jerarquización de género<sup>66</sup>. En el siglo XVIII, las mujeres podían ser Matronas no cirujanas-comadronas, un título de mayor categoría social y profesional reservado a hombres. Las mujeres en el XIX y XX eran mejor vistas como enfermeras o matronas que como médicas o especialistas en Ginecología y Obstetricia.

### *La segregación*

La diferente feminización de las profesiones sanitarias que se puede observar en la Tabla nº 1, en la que la Matronería y Enfermería tienen una mayoría aplastante de mujeres.

Ortiz explica magistralmente la manera cómo los médicos han ido construyendo las formas reales y simbólicas para lograr un importante estatus de la profesión. Se basa en los trabajos de Margaret Pelling que lo ha estudiado en Inglaterra y es válido para toda Europa. Según la historiadora, la profesión médica de los siglos XVI y XVII se caracterizaba por su desorganización, inestabilidad y bajo estatus, lo que hacía que el trabajo de los médicos se diferenciara poco de las prácticas curativas domésticas realizadas por mujeres. La formación universitaria no era suficiente para garantizar el estatus de los médicos y sus formas ideales y reales de práctica estaban simbólicamente ligadas, en la sociedad inglesa del XVII, a modelos femeninos y/o propios de la servidumbre. El modelo clásico de médico como “servidor de la naturaleza” empezó a ser considerado ineficaz, impotente y afeminado en tanto que demasiado indiferenciado de las mujeres que curaban, cuidaban y ayudaban a parir a otras mujeres. Tampoco su tecnología diagnóstica les identificaba de forma inequívoca: la observación de la orina era de uso bastante generalizado entre legos –y legas-, y la toma del pulso, convertida en un símbolo del acto médico, tenía también una asignación femenina por el hecho del contacto corporal. *The London College of Physicians* tomó iniciativas para reforzar la masculinidad de sus miembros y con ellas la profesión. Aconsejaba: evitar el contacto y la intimidad con los pacientes, incluso casarse, hubo muchos célibes,

---

<sup>66</sup> Ortiz, 2001, p. 58

adquirir propiedades y tener cierta edad para ser admitidos en el Colegio, potenciando la imagen, más claramente masculina, del médico maduro. Al igual que otras profesiones masculinas en el XIX decidieron códigos de honor de corte militar. Lo que han aportado estas investigaciones ha sido la idea de que la masculinidad se ha construido mediante la incorporación a la práctica profesional de determinados valores que, en un sistema de géneros propio de cada época, tienen una adscripción sexual. Y que la masculinidad ha sido una estrategia corporativa para dotar a la profesión de un mayor estatus social y situarla en una esfera más claramente pública, y por tanto, más prestigiada.

Desde esta nueva perspectiva de género y feminista se han revisado ciertos conceptos y términos como simpatía y empatía. El concepto de “simpatía”, hasta bien avanzado el XIX se consideraba un término científico propio de la medicina y un concepto que se utilizaba para explicar procesos fisiológicos y patológicos del cuerpo humano. Se definía como afinidad entre cosas que están sometidas a influencias similares, que se atraen entre sí<sup>67</sup>. Pero en esta época se recodifica socialmente y se devalúa científicamente el concepto de simpatía que se acuña como “relaciones interpersonales femeninas” siendo traducido por el de “correlaciones físico-químicas o fisiopatológicas”, marginando el término de simpatía al terreno de la lengua común, o a la psicología no científica con el significado de “relaciones interpersonales femeninas”.

Un nuevo concepto emerge en la segunda mitad del siglo XX afín al de simpatía y es el de *empatía*, de la mano de psiquiatría psicodinámica. Se define como “comprensión emocional del paciente, interés objetivo del médico y, medio para acercarse a los pacientes”. Fue considerada una técnica diagnóstica y de tratamiento. En los 70 se redefine socialmente y, en sentido popular, empezó a considerarse como una habilidad de carácter “afectivo, intuitivo, subjetivo e irracional”, valores todos de adscripción femenina que contribuían a la pérdida del valor científico. Recientemente, las investigadoras de la escuela de Milan<sup>68</sup> y la Duoda, lo proponen como estrategia terapéutica entre médicas y/o enfermeras y usuarias.

---

<sup>67</sup> Jagoe, 1998, desarrolla algunas de las ideas sobre simpatía y las aportaciones de Miqueo sobre la teorías brusista y la *medecine physiologique*.

<sup>68</sup> Riboli, 2004, pp. 85-98. Las relaciones de cuidado entre enfermeras y usuarios y sus cuidadoras –y cuidadores-, se tratan ampliamente en el capítulo 3º de esta memoria.



En la actualidad el proceso de feminización de las profesiones sanitarias muestra bien las Tesis de ser el género sexual el organizador sociocultural clave, como se observa en las siguientes tablas.

Tabla nº 1. Niveles de feminización de las profesiones sanitarias. España. 1995 y 2004

Profesión	1995. Total de profesionales	% de mujeres	2004. Tasa por 100.000 habitantes.	
			Solo Mujeres Profesionales	Mujeres y Hombres
Matronería	6.072	95,27	57,53	60,79
Enfermería	172.132	79,04	428,59	525,18
Farmacia	41.387	63,75	92,15	134,96
Fisioterapia	2.409	56,25	-	-
Medicina	162.650	33,79	187,56	453,4
Odontología	14.012	30,45	19,84	49,04
Veterinaria	19.356	24,55	-	-

Fuente: INE. *Anuario Estadístico de España* 1995, Madrid, Presidencia de Gobierno. 1996. En: Ortiz, 2001. Le hemos añadido los datos de 2004.

Tabla nº 2. Profesionales sanitarios colegiados por tipo de profesional, años y sexo.

	Total Medicos/as	% Médicas	Total Enfermeras/os	% Enfermeras
1995	162650	33,79	172132	79,04
1996	165560	34,60	177034	79,82
1997	168240	36,36	181877	80,08
1998	171494	36,42	192598	80,13
1999	174916	37,00	197340	80,57
2000	179033	37,82	204485	80,48
2001	180417	38,90	208551	80,45
2002	185908	39,83	213368	80,44
2003	190665	40,69	220769	81,60
2004	194668	41,36	225487	81,60

Fuente INE: Elaboración propia

En los últimos diez años, podemos observar que tanto la profesión médica como la enfermera se feminizan, si bien esta tendencia es mayor en las médicas que aumenta en más de un 7%, mientras que en enfermería es de poco más de 2%.

En la tabla siguiente se muestran las profesiones sanitarias principales distribuidas por regiones socioculturales. Se han seguido dos criterios a la hora de seleccionar las Comunidades Autónomas: Comunidades con informantes procedentes de relatos de vida y, las que se alejan más de la media española. Por el primer criterio está el grupo de las Comunidades: Andalucía, Aragón, Cataluña, y Madrid. Mientras que Navarra y Castilla la Mancha se han seleccionado por ser las que tienen tasas más altas y más bajas respectivamente.

Tabla nº 3. Tasas de distribución de médicos y enfermeras en diversas comunidades autónomas en el 2004.

	MÉDICOS			ENFERMERAS		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
MEDIA ESPAÑOLA	453,4	265,84	187,56	525,18	96,59	428,59
<b>Andalucía</b>	<b>402,34</b>	<b>256,6</b>	<b>145,74</b>	<b>432,28</b>	<b>119,68</b>	<b>312,6</b>
<b>Aragón</b>	<b>581,97</b>	<b>329,12</b>	<b>252,85</b>	<b>588,75</b>	<b>89,34</b>	<b>499,41</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>349,18</b>	<b>210,72</b>	<b>138,46</b>	<b>464,69</b>	<b>87,54</b>	<b>377,15</b>
Cataluña	467,82	266,95	200,87	580,74	74,73	506,01
Madrid (Comunidad)	544,86	292,75	252,11	599,18	100,83	498,35
<b>Navarra (Comunidad)</b>	<b>555,58</b>	<b>298,38</b>	<b>257,2</b>	<b>883,93</b>	<b>45,82</b>	<b>838,11</b>

Fuente INE. Tasa de profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes por CCAA de colegiación, tipo de profesional y sexo.

La tasa más elevada de Enfermeras y Matronas corresponde a Navarra y la de médicos corresponde a Aragón. Respecto a los diplomados en Enfermería, por encima de la Media española están: Navarra, Cataluña, Aragón y Madrid. Las más bajas son Andalucía y Castilla la Mancha. En cuanto a los médicos, por encima de la media están por orden consecutivo: Aragón, Navarra, Madrid y Cataluña. Las más bajas se repiten en Andalucía y Castilla La Mancha.

Tabla nº 4. Tasas de distribución matronas en diversas comunidades autónomas en el 2004.

<b>MATRONAS</b>			
	Total	Hombres	Mujeres
<b>MEDIA ESPAÑOLA</b>	60,79	3,27	57,53
<b>Andalucía</b>	<b>58,21</b>	<b>9,65</b>	<b>48,56</b>
<b>Aragón</b>	<b>61,49</b>	<b>1,36</b>	<b>60,13</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>38,12</b>	<b>2,63</b>	<b>35,49</b>
Cataluña	72,21	0,47	71,74
Madrid (Comunidad)	51,15	1,6	49,55
<b>Navarra (Comunidad)</b>	<b>91,16</b>	0	91,16

Fuente INE. Tasa de profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes por CCAA de colegiación, tipo de profesional y sexo. Los datos de Diplomados en Enfermería con título de Matrona pueden estar infraestimados, al no ser legalmente obligatorio estar colegiado en una determinada titulación de Diplomados en Enfermería para poder ejercerla. Colegiados en España a 31 de diciembre de 2004.

En Matronas las cifras son muy dispares y no pueden tomarse con exactitud, destaca Navarra que supone un 150% de la media española y la más Baja Castilla la Mancha que está casi por la mitad.

#### *2.4. La crítica al androcentrismo del saber científico y el valor del saber femenino<sup>69</sup>*

El hecho de que los científicos hayan sido hombres durante siglos y siglos ha generado un saber científico androcéntrico. Consuelo Miqueo planteó los criterios

<sup>69</sup> Miqueo, 2005, Actas del VII Congreso de Historia de la Enfermería. Zaragoza (en prensa)

básicos para diagnosticar signos de androcentrismo en las ciencias de la salud del mundo contemporáneo<sup>70</sup>.

Diversas autoras proponen varias fases para la investigación de género en una disciplina (Sue V Roser, 1990; Schuster y Van Dyane 1984). I. Las mujeres son invisibles, pero esta invisibilidad no es problemática. En la Historia sólo interesa el estudio de los "grandes actores y pensadores". II: Se estudian mujeres destacadas que responden a las características de éxito marcada por el paradigma dominante. Consiste en añadir mujeres a los estudios existentes. III: Se plantea "El problema de las mujeres", ¿Por qué hay tan pocas que destaquen?, ¿Por qué se devalúan los papeles que desempeñan?, ¿Cuales son las claves de su subordinación como grupo?. IV: Las mujeres son estudiadas desde sus diversas experiencias. Se consideran importantes las diferencias culturales, la etnia y la clase. Se empiezan a cuestionar los paradigmas dominantes. V: El género ya se tiene en cuenta como categoría de análisis de manera que, desde la perspectiva de las mujeres, se cuestionan las disciplinas existentes y se introducen nuevos paradigmas. VI: Se trabaja bajo nuevos paradigmas que tratan de lograr la integración de la experiencia de hombres y mujeres.

M<sup>a</sup> Angeles Duran resumía en un decálogo lo que ella llamaba "Diez propuestas no utópicas para la renovación de la ciencia", a saber: 1) Recuperación crítica de la H<sup>a</sup> de la disciplina. 2) Explicitación y crítica de la mera teoría subyacente. 3) Crítica de los elementos sexistas encubiertos en la teoría. 4) Crítica encubierta de los elementos sexistas encubiertos en los conceptos o en su operativización. 5) Crítica de los efectos sexistas derivados de la utilización de algunos procedimientos o técnicas específicas de observación, medición o recogida de documentación. 6) Crítica de la organización social en la producción de la ciencia o disciplina. 7) Crítica de la incongruencia o fosilización de los conocimientos sobre la mujer contenidos en la disciplina, así como de los criterios de evaluación de los mismos. 8) Crítica del uso de los conocimientos proporcionados por la disciplina en la vida social y en la práctica profesional. 9) Explicitación de las demandas de nuevos conocimientos que puede satisfacer la disciplina. 10) Reflexión crítica sobre los medios con que se puede contribuir al rechazo de conocimientos sesgados y a la

---

<sup>70</sup> Miqueo, 2001, pp. 97-134.

potenciación de los nuevos conocimientos libres de sexismo que se solicitan de la ciencia<sup>71</sup>.

“El conocimiento cuando es asimilado, no deja la vida humana en el mismo estado en que la encontró, pues de ser así no sería necesario. Una investigación seria, conduce a reunir lo que vulgarmente se separa o a distinguir lo que vulgarmente se confunde”<sup>72</sup>.

En los dos últimos siglos se ha formalizado desde el punto de vista lógico, e instituido socialmente, un modo de saber que ha ido llamándose ciencia, que, como la jurisprudencia, ha ido dotándose de potentes instrumentos de convicción y de persuasión, el más importante de los cuales es su método. Porque la ciencia ha gestado su muy elaborado procedimiento para obtener enunciados indiscutibles (cual sentencias), que sean acatado por toda la comunidad de expertos y que se llamarán teorías.

“Afirmó la superioridad epistémica de la ciencia médica y es asombroso como se cuelean los prejuicios sexistas, la ideología patriarcal que impide ver el sesgo que introduce el neutro universal, el otro que es el hombre. Asombran y molestan los sesgos de género masculino que hemos dado en llamar Androcentrismo... En la construcción de este nuevo saber capaz de ver y aceptar el tinte masculino del saber científico (que yo estimo tanto), ha sido clave la aportación de una nueva perspectiva, más femenina, de la categoría de género como categoría analítica, y la crítica feminista a la ciencia, a partir de los estudios de género de amplio espectro pluridisciplinar”<sup>73</sup>

### *La Historia de la crítica al androcentrismo de la ciencia*

Consuelo Miqueo en *Semiología del androcentrismo* planteó en 2001 una guía metodológica para deconstrucción desde la historia del androcentrismo de las ciencias médicas, enfatizando cuatro cuestiones o hipótesis: 1) Los prejuicios sexistas, valores culturales asignados a los dos sexos, porque se introyectan siempre en la construcción de teorías científicas y son a menudo inconscientes y no explícitas. 2) Alguna de las teorías sobre la diferencia sexual y el papel de los sexos que se han propuesto como alternativas en la historia occidental y que actúan en la construcción del saber científico como presupuestos implícitos y, por tanto, no controlados en las descripciones y/o explicaciones concernientes a cuestiones generizadas (como es el problema de la reproducción o enfermedades típicamente sexuadas o las facultades intelectuales y morales de hombres y mujeres. 3) La adscripción de cada autor, o texto científico al

<sup>71</sup> Duran 1982, en Magallón, 1999. Miqueo, 2005.

<sup>72</sup> Miqueo, 2003, 2004, pp. 45-66.

<sup>73</sup> Miqueo, 2005, Actas del VII Congreso de Historia de la Enfermería. Zaragoza (en prensa)

paradigma isomórfico o dimórfico, debido a la sustitución a partir del siglo XIX del modelo unisex o isomórfico de raíz aristotélica por una progresiva emergencia en el mundo romántico y contemporáneo posterior de los dimorfismos sexuales; polarización sexual que ha ido acompañada del incremento del discurso científico de la superioridad masculina.

La cuarta hipótesis de trabajo, por la extensión de su aplicabilidad, merece comentario aparte. La feminización reactiva de las teorías científicas ligadas a cuestiones de género en las ciencias biomédicas. Los estudios empíricos<sup>74</sup> sugieren una ley general de construcción de teorías científicas generizadas, que es acorde con las resistencias ofrecidas a la acción positiva de disminución del dominio de lo masculino que se da en otros órdenes socioculturales. En los procesos de descubrimiento de hechos biológicos vinculados a cuestiones de género, como son la reproducción, los dimorfismos sexuales del cerebro, la determinación del sexo, las funciones de las hormonas sexuales, o las enfermedades ligadas al sexo, es posible observar dos fases. La primera, o de formulación inicial masculina, implica la afirmación de la primacía de lo masculino, generalmente expresada en términos de más grande, activo, primario o rector de lo masculino, sea el objeto natural que sea: gameto, hormona, cromosoma o enfermedad determinada; y la correspondiente definición subordinada, secundaria o inferior de lo codificado como femenino, sea el órgano, la célula, la molécula, la función o enfermedad determinada, lo que se expresa en términos de carente de, determinado por, incapaz de, inverso a, menor que, etc. La segunda fase, o de redefinición en femenino del mismo problema, objeto o función fisiopatológica, pasa por las fases de cuestionamiento de lo formulado, aceptación parcial de una mayor trascendencia de lo femenino, y afirmación final de lo femenino, realizada siempre ante una avalancha de evidencias que han ido refutando las teorías establecidas. Diríase, pues, que no sólo las mujeres necesitan demostrar con mejores resultados su valía, sino que también deben hacerlo las objetivas o certificadas teorías que sugieren una mejor, temprana, activa, madura o compleja acción de cualquier elemento biológico básico previamente vinculado a las mujeres.

---

<sup>74</sup> Emily Martin (1991), Evelin Fox Keller (1991), Schiebinger (1991), Sandra Harding (1996), María José Barral e Isabel Delgado (1999) y Miqueo (en prensa)

En los setenta, surgen los primeros movimientos sociales y la crítica académica a la ciencia a partir de la obra de Khun, *La estructura de las revoluciones científicas*<sup>75</sup>. Se comenzaron a señalar la escasa presencia de mujeres y los sesgos sexistas visibles en medicina, biología, antropología, psicología y etología. La sociología de la ciencia señaló la influencia de factores extra-científicos, y entre ellos a partir de los 80, la masculinización previamente criticada. Sandra Harding en su obra *The science question in feminism*<sup>76</sup>, propuso crear una ciencia feminista regida por valores que se suponen típicamente femeninos como son: la complejidad, la interacción y el holismo. Criterios no siempre compartidos por otras autoras. Los diversos presupuestos epistémicos feministas sintetizados por Sandra Harding son:

1. Feminismo empirista. El método garantiza la verdad y hay que corregir los sesgos patriarcales.
2. Feminismo político (socialista y ecopacifista). A favor de la naturaleza y el desarrollo sostenible y solidario.
3. Feminismo del punto de vista situado. Partir de la vida de las mujeres: superioridad epistémica en tecnociencia.
4. Feminismo de la crítica radical postmoderna. Contra la superioridad epistémica y el poder patriarcal de la ciencia.
5. Feminismo de la diferencia sexual. Integrar el orden simbólico femenino y autorizar a las científicas.

Ante la diversidad de programas de investigación “feminista”, se han creado diferentes soluciones de síntesis que tratan de mirar o hacer una lectura en clave feminista de las aportaciones y modo de trabajar de grandes científicas de reconocido prestigio en la ciencia, pero diferentes. Por ejemplo el estudio biográfico de la premio Nobel Bárbara McClintock que hizo la física e historiadora Fox Keller demostrando rastros no androcéntricos o machistas en algunos de los científicos del núcleo de la comunidad científica: “Su búsqueda del organismo, del respeto a la complejidad de la diferencia de los individuos, su necesidad de escuchar al material, sirven de paradigma de las tendencias no masculinas que pueden detectar en la ciencia”<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> Khun, 1989. Sobre Historia de la ciencia vale la pena consultar la obra de Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Universidad, 1986.

<sup>76</sup> Harding, 1996.

<sup>77</sup> Harding, 1996, p.107



O bien quienes han defendido una ciencia distinta y feminista, han realizado un trabajo de definición; “Una ciencia abierta al libre intercambio de ideas, a numerosos temas de investigación, más comunal, más democrática, menos elitista y jerárquica, una ciencia en la que prime la cooperación el lugar de la competencia. Una ciencia con una perspectiva social y responsable con la conservación del medio ambiente. Que reconoce diversas formas de pensamiento así como la subjetividad de quienes investigan; más interesada por ofrecer explicaciones y entender los procesos naturales que por describir hechos o por dominarlos. Una ciencia que ha de saber combinar la cuantificación con las técnicas cualitativas, y reconocer que las verdades son siempre parciales, sin renunciar a teorías menos reduccionistas y más holísticas. Capaz de incorporar información procedente de otras culturas, de otras formas de entender el mundo y tener presente en sus análisis una perspectiva de género”<sup>78</sup>

En síntesis y de acuerdo con Harding podemos resumir las aportaciones de la crítica feminista a la ciencia de este modo:

- 1) Los estudios sobre la equidad han demostrado la constante discriminación y oposición a la participación de las mujeres en la actividad científica.
- 2) Los estudios sobre los usos y abusos de la biología y medicina han demostrado una utilización social con fines sexistas, racistas y clasistas.
- 3) Los estudios sobre los objetivos y metodologías empleadas han evidenciado que la frontera entre lo científico y lo para-científico responde a los valores e intereses de los hombres, en detrimento de los de las mujeres.
- 4) Las técnicas de la crítica literaria, la interpretación histórica y el psicoanálisis han descubierto los planes simbólicos o estructurales ocultos de los enunciados y prácticas que son presuntamente neutrales pero que responden al lenguaje, código de significados y deseos específicos de los hombres occidentales y burgueses.
- 5) Diversas investigaciones epistemológicas han sentado las bases para una forma alternativa de entender el fenómeno del saber: las relaciones entre experiencias, ser y saber. Sin duda una de las aportaciones más interesantes, porque está cuestionando las insuficiencias de las líneas anteriores.

---

<sup>78</sup> Miqueo et al. 1999, p. 89. En: Barral et al.

Las líneas, en síntesis, abiertas por los *womens´studies* o estudios sobre mujeres y ciencia han sido las siguientes: 1). Estudios sobre la mujer en la ciencia. Sobre paridad de hombres y mujeres. Sobre genealogía femenina. 2). La ciencia sobre las mujeres. Análisis de género o feminista del discurso científico sobre la naturaleza femenina o de mujeres. 3). La crítica a la ciencia desde las mujeres. Las epistemologías feministas. La reconstrucción del androcentrismo de la ciencia.

En los noventa, ha habido diversas corrientes, pero lo más característico ha sido el afán por situar la crítica dentro de la propia comunidad científica y por atender en detalle a la reconstrucción del androcentrismo en cada especialidad o disciplina concreta<sup>79</sup>. Explicar la interacción entre lo material y lo simbólico, entre lo social, lo cultural y lo científico. Por ejemplo a partir de la deconstrucción de uno de los valores esenciales del método científico, la objetividad. Los mecanismos, descubiertos por Elizabeth Fee, son: A) distinguir entre producción de conocimiento y uso social para des-responsabilizar a los científicos de las consecuencias de su actividad e impedir el control social de la comunidad científica, B) Distinguir entre pensamiento y sentimiento para garantizar la condición sobrehumana incuestionable de lo científico que elimina lo irracional. C) Distinguir entre sujeto y objeto científico. La mente que conoce es activa pero el objeto es pasivo, solo el objeto es concreto y contesta al investigador según sus circunstancias. D) Separar entre ciencia y sociedad ha servido para oscurecer las íntimas relaciones de esta producción con el poder político, social, económico o religioso.

*El empirismo social* Keller, Harding, Longino ha afirmado el valor de las pruebas o evidencias empíricas en el conocimiento científico y rechazado las formulaciones de objetividad, neutralidad y universalidad de la versión ingenua del empirismo. Subraya la acción social de la ciencia determinante del orden político mundial. La ciencia es formulada como un sistema de prácticas locales estructuradas a través de relaciones de orden, poder y género.

El feminismo ha descubierto lo que se podría llamar “Leyes de codificación” de lo masculino y lo femenino en la ciencia médica. Asignando metáforas dualistas de género a dicotomías percibidas como tales y que no tienen mucho que ver con las diferencias de sexo (simbolismo de género). Recurriendo a estos dualismos de género para organizar la actividad social, como criterio de división de tareas por

---

<sup>79</sup> Miqueo, 2005, Actas del VII Congreso de Historia de la Enfermería. Zaragoza (en prensa)

grupos humanos (estructura social de género) y, constituir parte de la identidad individual, socialmente construida, con sus variaciones etarias y relacionada en principio pero no identificable con, ni explicable por el sexo biológico (género individual).

De acuerdo con estos resultados sobre presupuestos epistemológicos, podemos afirmar, pues, que la influencia del sujeto que conoce, no es tanto como sujeto individual, sino en tanto que perteneciente a un grupo social determinado, sea empresa, tradición disciplinar con sus métodos, o grupo social emergente como son las mujeres. Los intereses y estilo de pensamiento, de este grupo social o comunidad son relevantes y necesarios dado que ha demostrado que la ciencia es masculina y parcial. El sujeto ha adquirido así, un lugar epistémico; un valor o variable que la ciencia positivista había cancelado, neutralizándolo.

La aportación más importante en este sentido ha sido la del Feminismo Standpoint o del conocimiento situado. Procede del marxismo y permite la doble noción de objeto y sujeto en la investigación, al igual que el feminismo social. Critica el conocimiento universal, objetivo y distanciado de la ciencia positivista. Harding dice que no se pueden ignorar las relaciones de poder ya que son la razón de ser del conocimiento situado y sus posibilidades para explicar la desigualdad social. Las diferentes localizaciones dan lugar a diferentes regularidades y esto, puede usarse como fuente de recursos para hacer avanzar el conocimiento colectivo, a partir de lo que aparece, en principio, como conocimiento local. Las diferentes prácticas de cuidado, mantenimiento de la comunidad local, trabajo de oficina, acopio de comida, hacen que la mujer interactúe de modo distinto con el entorno natural. La experiencia de las mujeres, en un lugar histórico y socialmente determinado, conforma una cultura diferente, y por esto mismo es fuente de recursos para enriquecer la ciencia<sup>80</sup>

El feminismo de la diferencia ha creado un nuevo espacio de investigación histórica. Ha partido de aquellos mundos en que la ciencia era un mundo sin mujeres (por ejemplo en el Medievo) para mostrar que, las ciencias más queridas entonces no eran las duras, sino las capaces de contribuir a iluminar partes de la experiencia humana no traducibles en actos puros de conciencia. Eran ciencias en las que cabían, explícitamente, la empatía, la profecía, el escrutinio de pensamiento

---

<sup>80</sup> Magallón, 1999 pp. 47

y el anhelo de trascendencia. Ciencias con mujeres dotadas de autoridad, que a partir del XVI fueron siendo separadas de su origen materno y femenino.

“Es una investigación que busca la revalorización de lo femenino y así vuelve a juntar, chocando a veces, a esos dos mundos: el mundo sin mujeres de la ciencia moderna y contemporánea, hoy lleno de grandes expertas paradójicamente poco competentes en lo que se refiere a su ser mujeres, y el mundo premoderno como son las empíricas e intuitivas, despreciado por la universidad, pero muy competente en las habilidades femeninas de creación y recreación de la vida humana y de su belleza: algo que está en el corazón de la ciencia”<sup>81</sup>.

También han contestado a la posición crítica tan extendida contra la medicina terapéutica convencional y han afirmado no solo el valor de la relación profesional y el enfermo, sino su valor científico: “El hecho de que la eficacia de un tratamiento esté ligada al buen funcionamiento de la relación con los pacientes es algo notorio y ha comenzado a decirse... Cuando la relación funciona no solo se produce curación sino también *saber*, cuya utilización y circulación no está codificada, de lo que la investigación debería dar cuenta. Un saber que sólo ha podido entreverse cuando las mujeres sabias en el cuidado han comenzado a ser, también, creadoras de conocimiento científico”<sup>82</sup>

El énfasis en la relación interpersonal como parte del cuidado fue teorizado y escrito por Hildergarde Peplau en 1982 en su obra *Relaciones interpersonales*. Para Peplau en toda relación de cuidado hay comunicación interpersonal, y para que progrese el cuidado es necesario establecer una relación basada en la confianza mutua entre profesional y usuario<sup>83</sup>

Otra aportación clave es la reconceptualización del Derecho y el distinto valor de las leyes para hombres y mujeres, cuestionando incluso su función social en los casos de maltrato y violencia contra las mujeres. El derecho es una de las grandes creaciones del simbólico masculino, que se incorporó al Estado como expresión del patriarcado. La eficacia y la competitividad orientadas al lucro, propias del capitalismo, son mortales para las prácticas de creación y recreación de la vida y la convivencia humana. Somos herederas y herederos de la Europa moderna al: sustituir la confianza por los derechos, la relación por la institución, la percepción en singular por la ética, la palabra por la fuerza de la ley. Esta corriente feminista pone en el centro de toda acción humana, sea social, política, cultural o sanitaria, las relaciones de confianza, o de autoridad y no de poder.

---

<sup>81</sup> Miqueo, 2005, Rivera, 2005, pp. 14-28

<sup>82</sup> Dos para saber, dos para curar. 2004; Madrid. Horas y horas, p. 5

<sup>83</sup> Peplau, 1982, pp. 29-31

La ciencia y la técnica modernas se configuraron, sorprendentemente, en oposición y en contra de las mujeres. Tanto la sabiduría orientada por los sentidos (sin prescindir de la razón) como el tono y el valor relacional de ciencia son, históricamente, más propios del crear conocimiento de las mujeres que del hacer de los hombres. La ciencia de las mujeres había sido una empresa sagrada vinculada con la trascendencia, una lucha épica para acceder al conocimiento divino, el Dios de los hombres que intentan captar, para poseerla y repetirla, la capacidad femenina de procrear, la chispa divina en el momento de encarnarse en una criatura, sea esta criatura un precioso niño o el monstruo Frankenstein o la oveja Dolly, o lo que hoy llamamos eufemísticamente "reproducción asistida"<sup>84</sup>.

En definitiva, la diversidad de las nuevas miradas feministas a la realidad, las distintas epistemologías feministas, están realizando aportaciones significativas y revolucionarias sobre los grandes problemas de la actualidad tales como: el malestar de las mujeres según la tesis de Aller, la degradación medioambientales, el control de las semillas y biopiratería según las tesis de Shiva y en la hipótesis de Odent, la alteración de la capacidad de amar que se desarrolla en el vínculo madre-receién nacido y que en el parto actual hospitalario y quirúrgico se perturba por su extraordinario afán de intervencionismo<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Noble David, en Rivera 2005, p.143

<sup>85</sup> Odent, 2002, pp.28-35

### 3. GÉNERO Y SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL EN ENFERMERIA

“Durante siglos, las mujeres han sido cuidadoras junto al enfermo, enfermeras diríamos hoy, y junto al médico han sido esposas, compañeras. En los partos eran las comadronas o parteras, y en los monasterios, sanadoras algunas y teóricas las excepcionales” (Consuelo Miqueo, 1999).

“La mayoría de las prácticas de la salud han estado en manos de mujeres desde el principio de los tiempos” (Ian Carr<sup>2004</sup>).

### 3. GÉNERO Y SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL EN ENFERMERIA

<b>3.1. Historia de las tareas de cuidado desde el punto de vista de género.....</b>	<b>157</b>
<b>3.2. Estereotipos de género en los cuidados de salud.....</b>	<b>163</b>
<b>3.2.1. En los manuales de enfermeras y enfermeros .....</b>	<b>168</b>
<b>3.2.2. En los Manuales de Matronas.....</b>	<b>173</b>
<b>3.2.3. La socialización de la subordinación, en los reglamentos e internados.....</b>	<b>174</b>
<b>3.2.4. Reflexiones sobre la desigualdad de género.....</b>	<b>176</b>

“Durante siglos, las mujeres han sido cuidadoras junto al enfermo, enfermeras diríamos hoy, y junto al médico han sido esposas, compañeras. En los partos eran las comadronas o parteras, y en los monasterios, sanadoras algunas y teóricas las excepcionales” (Consuelo Miqueo, 1999, pp.354-465)

“La mayoría de las prácticas de la salud han estado en manos de mujeres desde el principio de los tiempos”(Ian Carr 2004).

En el capítulo anterior analizamos el proceso de socialización diferenciado para mujeres y hombres y cómo la enfermería es una de las profesiones femeninas cuya razón es de 8 a 2 mujeres y hombres. Y demostrábamos que expectativas y valor de las acciones construidas culturalmente dan como resultado una desigualdad en la valoración del trabajo de mujeres y hombres, que no debe confundirse con la diferencia de papeles que desempeñan; una valoración que es dependiente del contexto histórico.

Entre los años 1950 y 1951, se publicó en Barcelona la revista *Enfermeras*, bajo la dirección de Falange. Los autores de los artículos de esta efímera revista que solo se publicó durante un año, eran todos médicos. El artículo ¿Por qué no se casan las enfermeras? ilustra muy bien el pensamiento de la época sobre el rol: “Las enfermeras no tenían tiempo de casarse, porque como estaban tan absortas en su profesión, cuando se daban cuenta, se les pasaba la edad. Además su trabajo las obligaba a estar en convivencia con los médicos, a los que veían como seres ideales, de manera que la convivencia con otros hombres que no fuesen médicos, también les resultaba muy difícil”<sup>1</sup>.

En este capítulo se revisan los artículos que sobre cuidados y género han publicado las enfermeras y no enfermeras.

### *3.1. Historia de las tareas de cuidado desde el punto de vista de género*

La historia de las relaciones de género trata de cuestionar todo lo hecho, todo lo sabido. Es una historia que subvierte, que trastorna el paradigma actualmente aceptado, y aquí, subversión es sinónimo de desorden. La historia feminista quiere un cambio que no tiene por qué ser bueno o malo. Al trastornar el orden, el poder científico ya lo califica de malo antes de conocerlo. Cuestiona todo lo anterior, pero no lo rechaza en bloque como hace la historia oficial. La Historia desde las relaciones de género propone un plan global de interpretación, cambiar la lente a través de la que se mira, y es el efecto, por ejemplo del que posiblemente afectará a la actual división de la historia en períodos convencionales o al discurso sobre la función social de los médicos y otros sanadores.

---

<sup>1</sup> Tey, 2003, pp. 3-10.



El monográfico de 1999 sobre Mujer de la revista de Historia de la Medicina *Dynamis* que reunía importantes trabajos de recopilación de investigación histórico médica internacionales.

Sanar y curar fue una prerrogativa femenina por dos razones. La primera que el arte de sanar y curar se contemplaba como algo muy ligado a los deberes y el espíritu de maternidad ya que combinaba la sabiduría, la entrega, la ternura y la habilidad. Además de suponer que cualquier mujer, aunque no fuese una *privilegiada*, debía conocer el lenguaje de las plantas y las técnicas de curación. La segunda era porque solo los muy ricos se podían pagar los servicios médicos y el resto de la población debía acudir a las sanadoras y curanderas para curar sus males.

El pueblo llamaba a estas mujeres que se ocupaban de la atención de las personas fuera de su hogar “mujeres sabias”. De este saber femenino tenemos constancia por Hidergard de Bingen (1098-1178) y su obra *Liber simplis Medicinae*, en la que enumeró las propiedades curativas de 213 plantas y 55 árboles, además de derivados de minerales y animales.

Durante los Siglos XII al XVII en Europa se produjo el proceso de organización y consolidación de un sistema de formación y asistencia médica que, regulado mediante el poder de la ley, excluyó y subordinó el trabajo sanitario de las mujeres. La práctica médica de las mujeres fue percibida como un desafío al intento de monopolizar el mercado sanitario y a la definición del encuentro clínico como una relación de poder. Dentro de las prácticas literarias, médicas y espirituales de la élite terrateniente isabelina, no cortesana, el diario de Lady Grace<sup>2</sup> nos informa de la transmisión de saberes de las mujeres y también de la relación de la enfermedad con los padecimientos del alma. Escribió el diario como herencia para su hija y sus nietas. La autora introdujo el concepto de “Comunidad Textual Femenina” en la que señalaba los vínculos familiares y la toma de conciencia de las diferencias de alfabetización de hombres y mujeres. Abogó por incorporar los conocimientos espirituales y médicos, tales como: 1. Lectura de la Biblia y la idea aristotélica de la “huella” que aportaba el hombre y el “ser interior” junto con “el alma” que la aportaba la mujer. 2. La reflexión sobre el protestantismo y la idea de buenos súbditos. 3. El estudio de textos médicos: herbario, libros de física y la debida

---

<sup>2</sup> Hellwarth, 1999, pp. 95-117.

atención a la gente pobre sin cobrar. 4. Fichas clínicas y meditaciones sobre las causas de las enfermedades, además de recetas.

El mercado sanitario de Lyon reglamentado, acogía a multitud de sanadores con licencia y sin ella. Trabajaron las viudas, al parecer debieron usar múltiples disfraces y son hechos poco divulgados. Con frecuencia estas personas que se identificaron a si mismas o fueron identificadas por sus comunidades, están innominadas en los documentos. La incapacidad jurídica explicaría su invisibilidad<sup>3</sup>. Green define la labor sanadora como la de "Cualquier individuo cuya ocupación básica es su dedicación a la atención de personas enfermas". Estas acciones se daban en los monasterios que cumplían la doble función de albergar a viajeros y peregrinos, a la vez que cuidaban a los enfermos. Es el caso del Hôtel Dieu de Lyon que atendía a peregrinos, pobres, enfermos de sífilis y prostitutas.

En el siglo XVI, Margherita Luppi Bettini tuvo permiso para vender su "electuario", por ser nieta del inventor Martino Grimaldi. De nuevo nos encontramos con la ausencia de mujeres en la esfera sanitaria "terrenal" y alta "visibilidad" en el reino "celestial" de la curación sobrenatural<sup>4</sup>. Las monjas hacían y vendían medicinas y sanaban espiritualmente. Los médicos eran los únicos que podían recetar y que se distanciaban del trabajo manual y servil de las ocupaciones sanitarias calificadas de inferiores. Rango sanitario decisivamente vinculado a la distancia del cuerpo. Los establecimientos se heredaban por vía masculina y si había una hija, debía tener un maestro titular. Hubo excepciones en casos de epidemias.

"Desde los márgenes de los sistemas culturales y estructuras de poder de las sociedades patriarcales, transformaron esa liminaridad -las mujeres en los márgenes- en capacidad de acción. Una cualidad de la experiencia histórica femenina que las historiadoras e historiadores de hoy estamos aprendiendo a iluminar con claridad y precisión"<sup>5</sup>

Los estudios sobre la perspectiva de género de la Historia de la Enfermería corresponden a la última década, a la vez que han emergido con fuerza las investigaciones sobre la Historia de la Profesión<sup>6</sup>. Calvo nos informa de que las enfermeras ganaban menos dinero que los enfermeros en los hospitales sevillanos

---

<sup>3</sup> Klairmont, 1999, pp. 79-94.

<sup>4</sup> Pomata, 1999, pp. 119-143.

<sup>5</sup> Ortiz, 1999, pp. 17-24.

<sup>6</sup> Santo Tomás, 2001, pp. 29-30

del siglo XVI. Y también se pregunta: ¿Por qué no entró la enfermería en la universidad?, ¿Por qué se consideró oficio?, ¿Por qué tuvo bajo reconocimiento social?<sup>7</sup> A estas preguntas Gil responde con la siguiente reflexión:

“Cuando la Iglesia accedió al poder del Estado en el Medioevo, asumió la autoridad de discernir lo que era bueno o malo. Así las enseñanzas médicas y el arte de cuidar y sanar se verán sometidos a un riguroso control. Las principales afectadas por los ataques y represión eclesiástica fueron las mujeres sanadoras y curanderas, llegándose a destruir casi por completo a las principales poseedoras del conocimiento sobre cuidados corporales y sobre la utilización de plantas con fines curativos”<sup>8</sup>

Los puntos de vista entre autoras médicas y autores enfermeras en este punto son coincidentes. El conflicto habría comenzado en el siglo XIV, antes de la caza de brujas que se produjo en el XVI, contra las “miresses” mujeres eruditas y acomodadas que ofrecían sus servicios de forma desinteresada. Por ejemplo en 1322, Jacoba Felice fue acusada de práctica ilegal en el “arte” porque: curaba de enfermedades internas, abscesos y heridas, los visitaba y confortaba asiduamente, examinaba la orina a la manera de los médicos, les tomaba el pulso y palpaba las extremidades.

Mientras los hombres se transformaron sin grandes inconvenientes en “expertos”, estudiaron y adquirieron conocimientos, las mujeres fueron enviadas a la hoguera acusadas de brujería. La obsesión salvaje se produjo en el XVI con la caza de brujas, llegando a quemar unas dos brujas diarias en algunas ciudades alemanas y francesas.

“Pero la razón natural es que es más carnal que el hombre, como resulta claro de sus muchas abominaciones carnales. Y debe señalarse que hubo un defecto en la formación de la primera mujer, ya que fue formada de una costilla curva, es decir, la costilla del pecho, que se encuentra encorvada, por decirlo así, en dirección contraria a la de un hombre. Y como debido a este defecto es una animal imperfecto, siempre engaña”<sup>9</sup>

Brujas eran aquellas adivinas, encantadoras, magas, sanadoras y curanderas que, como se dicho, el pueblo llano llamaba “mujeres sabias”, las brujas buenas que salvaban y asistían los partos, incluyendo en este grupo a todas. Las autoridades oficiales civiles y religiosas mandaban a la hoguera o al destierro. Los inquisidores consideraban a las comadronas como las que mayores injurias y herejías hacían a la Fe, lo cual era más claro que la luz del día en las confesiones

---

<sup>7</sup> Calvo, 2001, pp. 355-379.

<sup>8</sup> Gil Sacaluga, 1999, pp. 93-101.

<sup>9</sup> Kramer y Sprenger, 1486, p. 7. Esta obra se convirtió en el manual de inquisidores. Es un ejemplo de eficacia simbólica: como la costilla está torcida, la mujer es retorcida y además, en dirección contraria a la del hombre. Kramer dominico nombrado inquisidor para el Tirol, Salzburgo, Bohemia y Moravia. Sprenger, llegó en 1480 a decano de la facultad de Teología de la Universidad de Colonia .

de algunas de ellas, después fueron quemadas.

Las llamadas brujas o mujeres sabias, tenían remedios eficaces ya que conocían las propiedades de muchas plantas y las usaban como analgésicos, digestivos y anti-inflamatorios. Por ejemplo, utilizaban el cornezuelo de centeno para aliviar los dolores de parto, considerado castigo divino por el pecado de Eva. Usaban la belladona para inhibir las contracciones uterinas en situaciones de amenaza de aborto<sup>10</sup>. Numerosos autores reconocen la labor de cuidadoras y sanadoras de las mujeres y cierta labor de depreciación de los saberes femeninos<sup>11</sup>. Paracelso, padre heterodoxo de la medicina moderna, en 1527 afirmó haber aprendido de la hechicera que todo lo sabía e hizo quemar su *Manual de Farmacia*.

En el cuadro nº presentamos un resumen esquematizado de esta nueva imagen historiográfica de la diferencia sexual en la Historia de la atención sanitaria. Los criterios que configuró la discriminación de género, en la atención sanitaria con que en la columna de los médicos, todos fueron hombres que tuvieron la autoridad de la iglesia y la universidad, mientras que a las sanadoras se les impidió el acceso a la universidad y se les fue mermando la autoridad. Los saberes oficiales o científicos imbuidos por la deducción de la época se enfrentaron a los saberes empíricos impregnados de la inducción. Son los precedentes del método hipotético deductivo o método científico de la ciencia actual, que pese a su gran prestigio tiene importantes críticas desde la corriente postmodernista y desde el feminismo como ya hemos visto en el capítulo anterior.

---

<sup>10</sup> Gil, 1999, pp. 93-101

<sup>11</sup> Klairmont, 1999, pp. 79-94.

Cuadro nº 7. Diferencias entre médicos y sanadoras en la Edad Media.

Médicos	Criterios	Sanadoras
Hombres	Género	Mujeres
La tenían	Aprobación de la Iglesia	No siempre la tenían
Educados en la Universidad	Educación	No tenían acceso a la Universidad
Leían a Galeno, Platón, Aristóteles y teólogos	Instrucción general	Solían ser analfabetas, pero no siempre
No veían a pacientes mientras estudiaban	Aprendizaje	Experimentaban con el cuerpo, es decir, lo tocaban, masajeaban, palpaban.
No realizaban experimentación con el cuerpo	Investigación	Tenían experimentados conocimientos en la aplicación y utilización de remedios.
Sus teorías se basaban en la lógica y no en la observación.		Basaban sus cuidados más en la observación que en la lógica.

Esto sucedió en todo el ámbito cristiano que organizó la moral social, tanto desde los púlpitos de las iglesias como desde los de las universidades que también estaban bajo su influencia. El discurso se hizo exclusivo de los hombres en la medida en que paulatinamente fueron desapareciendo las mujeres de la escena social, como lo han constatado algunas investigadoras:

“En el siglo XV, el hospital era pequeño o la suma de hospitales pequeños. Aquella mujer que cuidaba de las mujeres y de todos, fue desapareciendo. No desapareciendo exactamente, porque alguien hubo, pero ya no sale en los libros. Las mujeres desaparecimos de la documentación en un momento dado”.<sup>12</sup>

Como las diaconisas del siglo XVI, ya en el siglo XX, Simone Weil propuso en la Segunda Guerra Mundial la creación de un cuerpo de enfermeras de primera línea que desarmadas, se dedicaran a hacer tareas humanitarias; mostrando con su

<sup>12</sup> Roser, 2005. Relato. APCGB. Texto recogido en el relato biográfico de la investigación de esta tesis. La autora tiene numerosos trabajos publicados de la investigación sobre la Historia de los Hospitales de Barcelona, recogidos en el capítulo de Historiografía.

mera presencia la insensatez de la guerra. De Gaulle la calificó de "loca" y la propuesta fue rechazada.

Como ahora se reflexiona e investiga en el marco de los *womens' studies*, la historiografía médica de principios del siglo XX realizada por mujeres, trataba de construir una historia en la que la complejidad de las categorías profesionales se supeditaba a una sola, aparentemente más simple, que las atravesaba a todas a partir de la valoración de la experiencia de las mujeres. Interpretaron de manera original la amplia gama de actividades relacionadas con la salud y la enfermedad que las mujeres habían desempeñado en las comunidades en que vivieron, incluidas las que cotidianamente se habían desarrollado en el ámbito doméstico. Sin embargo el objetivo de la historiografía médica contemporánea, sobre todo realizada por hombres, ha sido muy distinto al tratar de definir perfectamente los límites de lo genuinamente médico y profesional, separando la medicina del resto de actividades sanadoras, cerrada en si misma, y proyectando una imagen de homogeneidad sin fisuras y profundamente androcéntrica<sup>13</sup>. Por ello históricamente se produjo un enfrentamiento entre el reconocimiento y el valor que el pueblo dio a las mujeres sanadoras y la monopolización del mercado sanitario establecida por los universitarios médicos y el protomedicato<sup>14, 15</sup>.

### *3.2. Estereotipos de género en los cuidados de salud*

La Historia de las mujeres médicas, matronas y enfermeras nos muestra que el proceso de discriminación de género que infravaloraba a las mujeres comenzó por lo menos en el siglo XII. El siglo XIX, se tiende a considerar como el inicio de la institucionalización de la enfermería. Una época en la que los deberes de las enfermeras eran mezcla de ama de casa y criada, para cuya justificación se terminaron de configurar los estereotipos de género según los cuales el hombre era particularmente idóneo para ejercer la medicina y la mujer para la enfermería.

"¿Cómo podía un individuo dotado para la acción, pragmático e inteligente, compaginar sus cualidades con la paciente tarea de estar constantemente al lado del enfermo?. O bien, no era el mundo duro y lineal de la ciencia el sitio ideal para la innata espiritualidad y fragilidad de las

---

<sup>13</sup> Cabré y Ortiz, 2001, p. 9.

<sup>14</sup> Cabré y Salmón, 2001, pp. 55-78.

<sup>15</sup> Ver apartado 1.3 del primar capítulo de esta memoria

mujeres”<sup>16</sup>.

El antropólogo Joseph Canals<sup>17</sup> coincide con la asociación entre papel tradicional femenino y el rol enfermero en la medida que en el ámbito doméstico tradicional, la mujer ha sido la depositaria de funciones asistenciales que, con la industrialización, pasaron a ser ejercidas por instituciones y profesiones específicas. Entre ellas destacan las referidas a la salud y la enfermedad, que, de ser inseparables del papel de esposa y madre, han pasado a depender del saber de un especialista, el médico, que sólo ha dejado parcelas auxiliares a la mujer, sea en el hogar o en las instituciones sanitarias.

La antropóloga Dolors Comas<sup>18</sup> describe la caracterización de los modelos de procreación y modelos de parentesco y su influencia en el cuidado como un doble proceso de naturalización. Por una lado el vínculo biológico es el sustrato de la relación humana, cultural que se expresa mediante el amor y la protección. Da sentido a las prácticas de asistencia y cuidado que una mujer-madre dispensa a través del cuerpo y es “natural”. Por otro lado, el hombre que protege y cuida lo hace mediante vínculos sociales, hoy, más relevantes. Simbólicamente esta teoría de “lo natural” se expresa social y culturalmente en una mayor capacidad de cuidar en las mujeres, los cuidados serían algo instintivo derivado de lo biológico. Por otro lado, el vínculo de parentesco de “la sangre” refuerza el modelo, por ello Comas dice que opera en un doble sentido: procreación y parentesco. La biología expresa las diferencias y la genealogía del parentesco ubica a las personas en posiciones diferenciadas. Así se construyen las diferencias de roles y de atribuciones de valor dentro de la familia. En buena medida, en el modelo tradicional, la identidad de las mujeres se construirá en torno al cuidado y el servicio a los demás. Así el modelo al reproducirse simboliza la inmutabilidad de las relaciones sociales.

Marcela Lagarde expresa magistralmente el desarrollo de las desigualdades de género en torno a la concepción y aplicación de los cuidados:

“Cuidar es el verbo más necesario frente al neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa. El cuidado se fragmenta a partir de género, clase, étnia, nación y región. Las mujeres cuidan a otros en su desarrollo, progreso, bienestar, vida y muerte y para ello tienden al *descuido* para lograr el

---

<sup>16</sup> Alberdi, 1997, pp. 64-70.

<sup>17</sup> Canals, 1985, pp. 365-72.

<sup>18</sup> Comas, 1996, pp. 57-69.

cuido, es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energía vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales; la inversión de sus bienes y recursos, sus principales destinatarios son los otros... Subjetividad, alerta, solidaridad, abnegación, subordinación sumisión, inferioridad en relación a la supremacía de los otros. Cuidar no tiene valor para los hombres porque significa *descuidarse*, usar su tiempo en relación cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con *los otros*. Dejar sus intereses, usar sus recursos subjetivos, bienes y dinero en los otros y sobre todo, no aceptan dos cosas: dejar de ser el centro de su vida, ceder ese espacio a los otros y colocarse en posición subordinada frente a los otros. Todo ello porque en la organización social hegemónica, cuidar es ser inferior. El cuidado está en el centro de las contradicciones de género entre mujeres y hombres y, en la sociedad en la organización antagónica entre sus espacios. Nos queda por desmontar el debe ser, el debe ser cuidadoras de las mujeres, la doble jornada y la doble vida resultante<sup>19</sup>.

La profesión enfermera ha estado muy condicionada por los estereotipos de género y éstos han tenido consecuencias marginadoras, es decir, colocarle al margen del discurso principal. El primer estereotipo de género atribuye de forma innata cualidades diferentes a mujeres y hombres, de manera que en la mujer el cuidado se ve como natural, mientras que en el hombre se percibe como dotado, es decir no determinado por la naturaleza. Así las mujeres tienen cualidades innatas como la sensibilidad y la afectividad, mientras que los hombres tienen de forma innata independencia y raciocinio. La OMS define los estereotipos de género de manera que el masculino incluye: ambición, competitividad, agresividad, dominación, racionalidad y objetividad; el femenino: sumisión, pasividad, dependencia, cuidado de los demás, emotividad y subjetividad. Estos estereotipos crean un papel ideal de mujer, por lo que es frecuente hoy que la mujer tienda a sentir "*sentimiento de culpa*" con frecuencia por conflictos de dedicación a personas mayores<sup>20</sup>.

El estereotipo de género actúa en opinión de Alberdi<sup>21</sup> en negativo, ya que al asociar los cuidados enfermeros con los cuidados naturales de las mujeres, se produce el "acotamiento espacial", por tanto deben limitarse al ámbito de lo doméstico aunque se ejerzan en el medio externo; así se tiende a considerar que el estudio de los cuidados no puede ser ciencia. A este proceso le llama "colonización intelectual" que genera la definición externa de valores, dificulta la autoestima independiente y un "acotamiento espacial" en cuanto a no salirse de los márgenes establecidos. La especialización funcional o saber monopolístico, atributo profesional que Parsons aplica a otras profesiones, tropieza de nuevo con el estereotipo de género. Las enfermeras al promocionar el autocuidado, lo hacen

---

<sup>19</sup> Lagarde, 2003, pp. 37-40.

<sup>20</sup> Rubio, 2003, pp. 46-51.

<sup>21</sup> Aberdi, 1995, pp. 215-237



aplicando su propio saber, transfiriéndolo a las personas que cuidan, sean los enfermos o sus cuidadores familiares<sup>22</sup>.

Para los practicantes los problemas son otros. A los cirujanos se les prohibía afeitarse. En el sainete “¿Cuál es tu enemigo?” de Ramón de la Cruz en 1769, dice el médico, quejándose del éxito social del barbero:

“¿Hay paciencia para aguantar que el barbero cure mejor, y no obstante que cura a sangre y fuego, sabiendo que estoy yo aquí que los curo con refrescos, emplastos y lavativas, todos lo busquen primero?. Y el barbero responde: puede ser que usted entienda a Hipócrates y Galeno mejor que yo, pero yo de otros autores entiendo, y de la naturaleza se más, quizás, los efectos y aplico las medicinas según las clases de tiempo”<sup>23</sup>.

Entre los barberos-practicantes y los cirujanos se enfrentaban dos estereotipos centrados en el “empírico” y el “intelectual”. En cambio para las enfermeras, los estereotipos actúan de forma profunda ya que al acotamiento espacial y la colonización intelectual, se debe añadir la dificultad para definir el saber monopolístico o especializado entre otras razones porque la transmisión del saber cuidar se realiza de forma abierta y con lenguaje sencillo.

Aún a finales de siglo XX, las relaciones entre médicos, practicantes y enfermeras han seguido siendo desiguales:

“Los practicantes se consideraban superiores, y los médicos les reforzaban esta idea. Los médicos reconocían la independencia profesional de los practicantes pero no de las enfermeras. La realidad era muy distinta, porque éramos lo mismo y desarrollábamos las mismas actividades. No era más que el reflejo de los comportamientos de los hombres dominantes y las mujeres dominadas”<sup>24</sup>

Otro punto que Alberdi<sup>106</sup> aborda es el “Miedo a la diferencia” de las propias enfermeras. Se relaciona con la creación de entornos marginadores, es decir: rigidez normativa y miedo a los cambios, escasa o nula exigencia de calidad, endogamia, e inexistencia de control y retroalimentación social. Salirse del estereotipo, el miedo a la diferencia o complejo de Procusto que se produce entre las propias enfermeras supone un coste elevado, supone de-generar en el sentido de de-construir, o des-normalizar lo habitual. Diversas autoras afirman la necesidad de superar la subordinación médica, abnegación y entrega incondicional, así como la de dotar a la enfermería de cuerpo científico<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> Alberdi, 1998, pp. 20-26.

<sup>23</sup> Ventosa, 2000, pp. 209-217.

<sup>24</sup> Francisco, 2003, p. 73

<sup>25</sup> Cano, 2004, pp. 34-39.

Otro aspecto es la revisión de algunos de los valores incluidos en los estereotipos de género, hoy desvalorizados pero que son imprescindibles para la "ética del cuidar" tales como, la paciencia, la falta de agresividad y competitividad, la discreción, la ternura, la receptividad<sup>26</sup>, la combinación de amor y ciencia<sup>27</sup>. La comunidad filosófica Diotima, Ipazia y otras del entorno de la Librería de Mujeres de Milán, abordan la pérdida del sentido de autoridad en las sociedades occidentales. Consideran que la relación de autoridad, a diferencia de la relación de poder, no es necesariamente coercitiva, sino una relación que puede estructurar ciertas relaciones de disparidad entre las personas, sin que ello implique el dominio de unas sobre otras. Reconocer la diversidad de competencias, deseos y necesidades de las personas no es siempre, ni necesariamente, fruto de la desigualdad entre ellas. El poder se nutre de la desigualdad, mientras que la autoridad describe los vínculos. Estas autoras construyen un nuevo marco teórico para comprender las relaciones de las diferencias de género en positivo, y puede ser de gran utilidad para reconceptualizar el valor del cuidado.

Para Green la matriz social y simbólica de la autoridad esta en la relación materno-filial, al ser ésta la relación de disparidad originaria. Estudia la relación entre sanadora y enfermo desde unos presupuestos distintos a los ofrecidos por el funcionalismo, marxismo y el post-estructuralismo y explican la relación jerárquica que se establece en el encuentro clínico<sup>28</sup>.

Una de las funciones del poder institucional ha sido, y sigue siendo en alguna medida, la de regular las *diferencias* entre los seres humanos transformándolas en *desigualdades*. La autoridad es el significante que propone el feminismo y cambiar autoritarismo por "poderismo". Autoridad procede del latín *Augere*= crecer y acrecentar, es de raíz femenina ya que orienta las relaciones de disparidad que no de desigualdad; la subjetividad viril se construye en solitario, mientras que la femenina en relación, creadora de significado. Para Milagros Rivera:

"No se trata de buscar un lugar a las mujeres en el paradigma de la historia, sino que hay una historia tradicional, cuyo significante es el poder, que es más de hombres que de mujeres y un historia

---

<sup>26</sup> Roca, 2001, pp. 321-331.

<sup>27</sup> Germán, 2004. Amor y ciencia de los cuidados. En: memoria del curso de verano "Maternidad y crianza gozosa". Jaca, 2004.

<sup>28</sup> Green, 1999, pp. 25-54.

más de hoy, cuyo significante es la práctica de la relación, que es mas de mujeres que de hombres”<sup>29</sup>.

### 3.2.1. En los manuales de enfermeras y enfermeros

Los estereotipos son imprescindibles para la socialización y los textos formativos son un excelente material para analizarlos. Hemos tomado una muestra de los trabajos realizados por diversos autores. De ellos podemos extraer el perfil de enfermera y enfermero que se deseaba y cómo eran vistos por quienes los escribieron, los autores hombres y médicos en todos los casos analizados.

Al analizar textos del siglo XVIII observamos las cualidades que se les pide a los enfermeros

“Honestidad, celo, diligencia, afabilidad y dulzura; se insiste en su labor relacionada con los cuidados básicos (alimentación, aseo, atención a necesidades, etc.)”<sup>30</sup>

“Vocación, caridad y alta espiritualidad. Optimismo, buen ánimo, ser fuerte y trabajadora, indulgente, amante del orden, cuidadora de su salud. Vida higiénica educar sus manos a la dulzura. Dedicar todos sus afanes a alcanzar la máxima perfección. En resumen: sacrificio por y para la profesión y los demás, actitud de servicio y connotaciones espirituales”<sup>31</sup>.

En el *Vademecum del Practicante* Publicado en Barcelona en 1871, las cualidades que se le requerían eran:

“Buena constitución física, mediana robustez, buenos sentidos (especialmente vista, oído y tacto) y poseer cierto grado de educación intelectual. Entre las cualidades morales indispensables se citan: ser sencillo, reposado y modesto; cariñoso y atento con los enfermos; diligente y exacto en el cumplimiento del deber; sagacidad y tener un exquisito espíritu de observación. Al mismo tiempo debía ser prudente y cauto en el hablar y discreto y recatado, sobre todo cuando cuide personas del *bello sexo*”<sup>32</sup>.

En el *Manual para enfermeras* las religiosas de la Congregación de Siervas de María Ministras de los enfermos, las religiosas de dicha Congregación solicitaban que se les autorizara para ejercer la profesión de enfermera. El texto se basaba en los apuntes tomados a vuela pluma, pero diligentemente, por las mismas discípulas de las explicaciones que recibían de sus profesores los doctores: Simonena, Jiménez y Barajas. Varias siervas de Maria fueron a Roma ya que el papa Pío X había convocado a las religiosas de Roma para que cursaran los estudios de

---

<sup>29</sup> Rivera, 1997, pp. 63-71.

<sup>30</sup> Fernández, 1995, pp.143-152.

<sup>31</sup> Valle, 2003, pp. 211-219.

<sup>32</sup> Ficha nº 3. Vademécum, 1994, pp.53-60.

“Infirmiera”, algunas de ellas se habilitaron para ello y a la vuelta estudiaron y propusieron la creación de la carrera de enfermera. Las cualidades físicas, morales e intelectuales que debía poseer toda enfermera, así como a sus deberes y obligaciones eran:

“Que sea obediente y tenga buena memoria...son tantas las virtudes morales que debe poseer para el buen desempeño de su tarea, que será temeridad reducirlas a número... sus condiciones intelectuales son las menos importantes en esta profesión. Una buena voluntad podrá suplir mucha disposición mal aprovechada”<sup>33</sup>.

En 1905 se publicó *La enfermera moderna*. En el prólogo, el doctor Cardenal elogió la obra, su claridad y síntesis y resaltó el mérito del autor por haber sabido sintetizar las nociones claras y precisas, dirigiéndose a inteligencias por lo general vírgenes de todo estudio de las ciencias naturales. En el capítulo *Enfermera* detalla las cualidades físicas y entre otras que olvide los secretos.

“El aseo, la salud y el vestido, que debe inspirar su aspecto exterior junto con el orden, debe cuidar su salud y robustez, descanso y comida regulares, tomar el sol y el aire puro diariamente, practicar algún deporte suave como el tenis o la gimnasia sueca y llevar calzado limpio y silencioso... Discreción, obediencia y desinterés. Claro está que si las necesidades de la vida le obligan a aceptar una remuneración, como fruto natural de su trabajo, bien será que así lo haga, pero nunca debe ser el estímulo que la mueva a aceptar su profesión... El médico teóricamente e ínterin la familia o la dirección no decidan otra cosa, después de una junta con otros facultativos, es el Sabio, el que entiende más que todos, es el que manda”<sup>34</sup>.

La diferente concepción de las cualidades y los valores de enfermeras y enfermeros que se observan en los textos se pueden ver en el cuadro nº. En la sociedad española de los cuarenta en un ambiente social de autoritarismo político social y cultural no es de extrañar el denominador común de subordinación que se esperaba de las enfermeras en las relaciones patriarcales y jerárquicas con los médicos. En los manuales de los años 40 sobresalen: La vocación, caridad y alta espiritualidad, optimismo, buen ánimo, ser fuerte y trabajadora, indulgente, amante del orden, cuidadora de su salud, llevar una vida higiénica "educar sus manos a la dulzura" y en resumen "dedicar todos sus afanes a alcanzar la máxima perfección". La encargada de realizar las operaciones que se le ordenen sin modificarlas en lo más mínimo, puesto que supondría con la falta de pericia acarrear muchos y graves perjuicios.

---

<sup>33</sup> Valle, 1999, pp. 47-53. El texto fue prologado por el Dr. Nicasio Mariscal.

<sup>34</sup> Fargues y Tey, 2003, pp. 99-103. El Manual consta de 403 páginas cuyo autor fue el doctor Baltasar Pijoan, hubo una segunda edición en 1919.

Cuadro nº 8. Cualidades requeridas a enfermeras y enfermeros

ENFERMEROS	CUALIDADES	ENFERMERAS
Buena constitución física, mediana robustez, buenos sentidos (especialmente vista, oído y tacto)	FISICAS	Debe cuidar su aseo, salud y robustez, descanso y comida regulares, tomar el sol y el aire puro diariamente, practicar algún deporte suave como el tenis o la gimnasia sueca y llevar calzado limpio y silencioso; ser ordenada
Poseer cierto grado de educación intelectual	INTELECTUALES	Son los menos importantes en esta profesión. Una buena voluntad podrá suplir mucha disposición mal aprovechada.  La encargada de realizar las operaciones que se le ordenen sin modificarlas en lo más mínimo
Honestidad, celo, diligencia, afabilidad y dulzura  Sencillo, reposado y modesto; cariñoso y atento con los enfermos; sagacidad y tener un exquisito espíritu de observación.  Al mismo tiempo debía ser prudente y cauto en el hablar y discreto y recatado, sobre todo cuando cuide personas del "bello sexo".	MORALES	Sinceridad, bondad, paciencia, obediencia, sentido del deber y responsabilidad, economía, <i>¡amor a la limpieza!</i>  Comportamiento moral intachable. Discreción, obediencia y desinterés  "Claro está que si las necesidades de la vida le obligan a aceptar una remuneración, como fruto natural de su trabajo"
Diligente y exacto en el cumplimiento del deber;	SECRETO PROFESIONAL	Secreto profesional, conducta responsable respecto al enfermo,
	RELACION CON EL MEDICO	"El médico es el sabio, el que entiende más que todos, es el que manda".  Obediencia al médico, relación estrictamente profesional con el médico
	ESPIRITUALES	"Muy noble y muy cristiana profesión de enfermera"
	SOCIALES	"No se casan las enfermeras. Están tan absortas en su vocación que se les pasa la edad de casarse sin haber tenido tiempo de preocuparse del asunto"

En las relaciones con sus superiores debía ser

"Fiel, sumisa y obediente, estrictamente profesional y en el médico ha de ver a un padre, no usara afeites, ropa adaptada a la estricta decencia. Con los enfermos, solícita, puntual, sin preferencias, mostrar seriedad, sin bromas, responsable no solo de la parte corporal sino también de la espiritual.

Ha de aspirar a serlo todo".<sup>35</sup>

El manual Usandizaga de 1943 hoy en día considerado como uno de los más progresistas, coincide con otros autores en los planteamientos de las condiciones y cualidades físicas, morales e intelectuales que debían tener las enfermeras:

"Obediencia en relación a sus superiores, respetando la jerarquía y la cadena de mando. Cumplir íntegramente lo que se le ordena. Pero no puede ser ciega y rígida sino "obediencia inteligente". Consagrada al cuidado de los enfermos. Austera dignidad. Enfermera social o visitadora, educadora, higienista, preventiva y de enlace entre el hospital y el medio. Compendiar tanto las funciones técnicas como las asistenciales en un profesional único que es, sin duda, la enfermera. Incluye un capítulo de visitadora puericultora, que estaba de moda... Sinceridad, bondad, paciencia, obediencia, sentido del deber y responsabilidad, economía, amor a la limpieza y deberes tales como el secreto profesional, conducta responsable respecto al enfermo, obediencia al médico, relación estrictamente profesional con el médico y comportamiento moral intachable"<sup>36</sup>.

En el libro de Turégano director de la *Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias* publicado en 1943, fundamentaba la importancia de las clases de religión para acentuar las condiciones morales y ensalzar las virtudes imprescindibles que toda mujer, y "más si ha de consagrarse a aliviar penas y miserias de sus hermanos". Hernández concluye en que:

"El enfoque vocacional es consecuencia directa de la filosofía moralista del momento histórico y de la conveniencia tanto de la administración como de la clase médica en tener a su disposición personal subalterno entrenado y obediente"<sup>37</sup>

Al realizar el análisis de los libros de texto del plan ATS observamos que las cualidades se siguen manteniendo entre los años 1950 y 1980. Alberdi<sup>38</sup> destaca tres características: "abnegación religiosa, subordinación médica y no saber mucho". Su libro de referencia principal es *Moral profesional y de Historia de la Profesión* de Juan Rey.

La "abnegación religiosa", comentada en el prólogo por el autor y basada en el discurso de Pio XII en 1945 a las enfermeras:

"El modo de tratar al hombre ha de ser varonil: con seriedad impregnada de bondad. La mujer tiene cualidades peculiares: imaginación muy viva, sensibilidad muy fina, extrema movilidad. Por

---

<sup>35</sup> Valle, 2003, pp. 211-19

<sup>36</sup> Usandizaga, 1943, pp. 4-7. En el capítulo IVº transcribe de Mlle Chaptal (*Morale professionnelle de l'infirmière*. A. Poinad. Paris p.12), "...Las cualidades de la enfermera modelo: confianza, atenta, dulce, complaciente, abnegada, tolerante... perfección que desea alcanzar". Contiene un apéndice con el programa oficial para la enseñanza de la profesión de enfermera, Orden de 20 de mayo de 1932).

<sup>37</sup> Hernández, 1995, pp. 169-178.

<sup>38</sup> Alberdi, Rosa, 1983, pp. 21-26.

consiguiente gran prontitud para reaccionar al impulso de la emoción; y al mismo tiempo, acusada tendencia a la inconstancia y desaliento. Pasa rápidamente de un estado de euforia a depresión. Hay que tener en cuenta también el humor extravagante y antojadizo de algunas, debido a las funciones fisiológicas y periódicas propias del sexo. A la mujer le gustan las muestras de cariño, las palabras tiernas, la dulzura, las manifestaciones de compasión, la paciencia para escuchar sus historias y lamentaciones. El espíritu de abnegación, disposición al sacrificio, ternura, amor. Amor sobrenatural a los enfermos. Paciente, no quejarse de cansancio, ni de incomodidades.”<sup>38</sup>.

En cuanto a su conducta se esperaba que

“Debe ir delante con el ejemplo. Debe sufrir pacientemente sin dar señales de impaciencia delante del enfermo. Rechazar con suave ironía cuando se le pidan explicaciones que no se le deben dar. ¿Por qué ha de inquietarse la enfermera?, ante enfermedades largas. Necesita dominarse y sufrir con paciencia. El candor que irradia de vuestros vestidos y evoca a los ojos cansados de los enfermos visiones angélicas, sea símbolo y divisa de vuestra vida interior o sobrenatural, de modo que os vuelva de veras ángeles, puestos al servicio de los hombres... Con sus superiores debe ser *fiel, sumisa y obediente*, estrictamente profesional y en el médico ha de ver a un padre. No usara afeites. Ropa adaptada a la estricta decencia. Con los enfermos, solícita, puntual, sin preferencias, debe mostrar seriedad, sin bromas, responsable no solo de la parte corporal sino también de la espiritual”.<sup>39</sup>

Una constante suele ser la subordinación médica, en el capítulo de deberes del ATS respecto al médico, se especificaba en 1945

“El médico es superior a la enfermera. La enfermera laica obedecerá al médico, superior suyo, por motivos naturales: por conservar su colocación. La enfermera cristiana, además por motivos sobrenaturales ya que ve en él al representante de Dios y piensa que obedecer al médico es obedecer a Dios, debe hacerse con sumisión perfecta y de ordinario el médico es obedecido ciegamente aún en el caso de que se dudara de su competencia. Si el médico y la enfermera cultivan una confianza excesiva con detrimento del prestigio de ambos, el médico perdería mucho de su autoridad y la enfermera quedaría desacreditada”<sup>40</sup>

Recordemos el párrafo con el que abríamos este capítulo extraído de la revista *Enfermeras*, publicada en Barcelona en 1950 en su trato con los médicos:

“La Enfermera ve en ellos no sólo Jefes, sino inteligencias superiores, super-hombres. Ante su capacidad, ella admite rara vez que cualquier otro mortal, un hombre que no sea Médico, puede valer tanto como éste”.<sup>41</sup>

Las enfermeras no deben de saber mucho.

“Crean las mujeres que son respetadas, nosotros establecemos como y donde moverse, pero no les reconozcamos la capacidad de pensamiento, de elaborar un discurso”<sup>42</sup>.

En el libro *Historia de la Profesión* de Álvarez Sierra se dice:

“Deben dominar los conocimientos técnicos a los teóricos, evitando que el exceso de estos últimos le hagan al ATS extralimitarse en sus funciones... Debemos conseguir ATS poco sabios... Siempre con la conciencia de la función que deben llenar en relación con el médico, el enfermo y la

<sup>39</sup> Valle, 2003, pp. 211:219.

<sup>40</sup> Rey, 1967, pp. 114-118. Libro de texto de Moral Profesional que se usó durante los años setenta.

<sup>41</sup> Tey, 2003, pp. 3-10.

<sup>42</sup> Segura, 1997, pp. 9-13.

sociedad”<sup>43</sup>.

De nuevo se comentan los valores positivos tales como: comprensión, saber escuchar, habilidad manual, capacidad de entrega y dedicación, facilidad para la comunicación, paciencia, dulzura, capacidad de acoger lo que normalmente se llama *espíritu maternal*. Estos valores presentes en el colectivo deberían influir en la política sanitaria, y en la enseñanza, para ello Tey propone tomar del feminismo de la diferencia y de la igualdad los valores más positivos que cada uno tiene: diferencia en la complementariedad e igualdad de derechos.

### 3.2.2. En los Manuales de Matronas

De la imprenta de la Viuda<sup>44</sup> de Joseph Fort, la obra del Dr. Joseph Raulin *Instrucciones sucintas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres*, traducida por el Dr. Joseph Iranzo, nos da una idea de las instrucciones que se daban a las matronas:

“Tampoco se haya en las Comadres aquella presencia de ánimo que se requiere para una operación que a primera vista ofrece la crueldad y carnicina... Las señoras distinguidas del país podrían jugar un papel importante en fomentar esta instrucción a las parteras... Si las Señoras de la Campaña se quisieran dedicar a hacer leer en presencia de las Comadres estas instrucciones, y gastar algún tiempo con ellas, tratando de este importante asunto, llegaría el caso, de que les hiciesen familiar la práctica de su arte, tan precisa, para conservar los hombres al estado, y a la sociedad”<sup>45</sup>

Del análisis de revistas, en la que muchos de los artículos fueron escritos por médicos se puede ver el carácter moralista:

“La matrona debe estar dotada de un corazón todo cariño, de un alma muy grande y muy inmensa que concentra en ella todos los afectos y todas las bellas cualidades que pueda atesorar una mujer... A ella acuden las futuras madres, para que con sus prudentes consejos las guíen por el sendero que ha de conducir las hasta a ver realizadas sus más caras ilusiones, cuales son. El deseo que encierra y aprisiona todo corazón de mujer, el anhelo natural y lógico, de verse convertidas madres amorosísimas de sus hijitos”<sup>46</sup>.

“Diez preceptos o mandamientos de una matrona: amar la carrera sobre todas las cosas. No prostituir su digno nombre en vano. No mercantilizar la profesión. Honrar y satisfacer el acto de asistir. No provocar. No anticipar ni violentar. No hurtar horas sin cuidados. No levantar antes de tiempo a las *enfermas*. No olvidar limpieza y asepsia. No codiciar los partos de las demás. Estos diez mandamientos se encierran en dos: en llevar el título con honorabilidad y en ejercer digna y científicamente (anónimo)”<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup> Álvarez y Murga, 1955, p. 63

<sup>44</sup> Vemos una vez más como a las mujeres se les denomina por su estado respecto a sus maridos o condición civil, no por lo que realizan social y culturalmente.

<sup>45</sup> García AC y García MJ, 1999, pp. 335-417.

<sup>46</sup> García MJ y Espina, 1999, pp. 285-326.



En esa misma revista las matronas defienden la implantación en España de un seguro obligatorio de Maternidad, con seis semanas antes y seis después de baja maternal. Esta idea tan avanzada para la época, no tuvo, que sepamos, ningún eco social.

### *3.2.3. La socialización de la subordinación, en los reglamentos e internados*

En 1895, en la Escuela de enfermeras del Instituto Rubio de Madrid, se pedía a las candidatas que tenían que ser mayores de 23 años y menores de 43, saber leer, escribir, sumar y restar; estar sanas y vacunadas. Había 24 externas y 8 internas. Estas últimas recibían gratuitamente enseñanza, uniforme, habitación y ración sobrante de los enfermos y tenían que “obedecer sin replicar, hablar poco, asistir a los servicios según su turno, no salir del hospital, no tener correspondencia ni noviazgos y, sobretodo no tocar moneda”. Se levantaban a las 5 de la mañana, rezaban un padrenuestro, una salve y un credo; volvían a rezar arrodilladas ante una imagen de Santa Isabel de Hungría; tomaban una ducha e iban camino de sus obligaciones rezando: “Como el agua lava el cuerpo, así las buenas obras laven mi alma y la libren de la infección”; y, además, se les rapaba el pelo. El escritor Latour, sin embargo, consideraba que la escuela estaba en perfecta armonía con el carácter esencialmente sacrificado de la mujer y que era una institución modelo: “Si como es de esperar, la Escuela de las enfermeras continúa dando buenos resultados y se arraiga en nuestro país, la mujer española podrá hallar un centro de utilísima enseñanza y un ulterior provecho social. ¡Qué disciplina tan admirable adquiriría sin otras trabas que las del mutuo respeto y la voluntaria obediencia! Cuanto bien podrán hacer esas jóvenes educadas e instruidas ante el dolor humano, ese gran maestro de la vida”. En palabras de Scanlon “Obviamente no se podía ni hablar de proporcionar a las chicas la oportunidad de vivir una atractiva vida independiente”<sup>47</sup>.

En el reglamento de la escuela de la Diputación de Málaga se recogían todos los aspectos necesarios para la vida del centro. La inauguración se celebraría con máxima celebridad dentro de la primera decena de octubre en la que se entregaban los premios y diplomas del año anterior. Para el acceso, se les requería: tener entre

---

<sup>47</sup> Scanlon, 1986, pp. 73-74 (M. Tolosa Latour. El Instituto Rubio. La lectura, febrero de 1901.

17 y 30 años, el bachiller elemental o laboral, magisterio o perito de comercio, haber superado el examen médico, un certificado de buena conducta, partida nacimiento y de bautismo. Estos requisitos siguieron en vigor en muchas escuelas hasta 1977, comienzo de los estudios universitarios.

El reglamento también recogía el compromiso para servir al hospital tanto en tiempo de paz como de guerra. Los primeros tres meses eran de prueba, tenían 15 días de vacaciones al año y 8 días más para las que destacasen; mientras se quedaban sin permiso 2 días de salida al mes, las que no superaran el examen de facultad o las prácticas. La aplicación de esta normativa era llevada a cabo por la Hermana Rectora de la escuela. Otros aspectos que recoge el reglamento son: la asignación de la medalla de méritos y la rebaja de matrícula. Entre sus fines están:

“Preparar a alumnas para el cuidado de los enfermos, incluidos los casos de guerra, epidemia o catástrofe nacional. Obtener el título oficial de enfermeras y que puedan desempeñar una misión como medio de vida. Tratarán al persona con amabilidad y agrado pero sin familiaridad. Con los enfermos usarán de gran dulzura pero habrán de hacerse respetar y obedecer”<sup>48</sup>.

Las técnicas de enfermería se daban por las hermanas con título de enfermeras. En 1954 se cambió de nombre a la escuela por la de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Desde 1956 fueron 50 alumnas. La orden de Julio de 1955 especificaba la carga lectiva: 300 horas para Religión, Moral, Política, Educación Física y Hogar; 120-150 para las sanitarias. Hacían 4 horas diarias de prácticas en el primer curso y 6 horas en los siguientes. Obligaba a las alumnas al régimen de internado. Para Fernández este reglamento:

“Refleja la filosofía biomédica, la sumisión religiosa y política. El logro del prestigio a través de la buena organización, la disciplina, y la preparación de los docentes. Un aumento del nivel de estudios y la destreza técnica. El internado reflejaba la vida conventual con normas tales como: uniformidad, horario, sanciones y comportamientos... Semejante a la disciplina militar por su definición: categoría, lenguaje (ordenes, guardia) y exhaustividad en la distribución de tareas según horario”<sup>128</sup>.

En el análisis de los diversos reglamentos de la Cruz Roja, Solórzano y col. encontraron detalladamente reflejados los requisitos exigidos o esperados:

“La Dama enfermera antes de decidirse a serlo ha de reflexionar seriamente, ya que su misión será muy difícil. Necesita unos conocimientos sólidos, teóricos y prácticos, piadosa abnegación, espíritu de severa disciplina, cristiano amor al prójimo, dulzura atrayente, paciencia ejemplar e inagotable con los enfermos. La mujer posee cualidades que le dan el privilegio de endulzar los dolores y pone su corazón fácilmente de acuerdo con la razón cuando desea consagrarse al cuidado de los enfermos. Desde luego ha de reconocer la necesidad de someterse en el Hospital o Dispensario a una rigurosa disciplina en tiempos de guerra y de una buena organización en tiempo de

---

<sup>48</sup> Fernández Mérida, 2003, pp. 48-58.

paz... Debían tener autorización del marido; siempre estaban supeditadas y supervisadas por figuras de carácter masculino; respondían al prototipo basado en la familia tradicional; tenían nula autonomía profesional, en una estructura militar<sup>49</sup>.

Recientemente, en la escuela de Cádiz de las enfermeras católicas pertenecientes a *Salus Infirmorum*, Reselles y Mejías citan como criterios formativos:

“Buena enseñanza, marcado acento en las prácticas y en la obediencia, disponibilidad, amabilidad, valor del sufrimiento<sup>50</sup>”.

#### 3.2.4. Reflexiones sobre la desigualdad de género.

Debemos remontarnos a la Prehistoria de la Humanidad para tratar de responder a alguna de las preguntas iniciales. Desde los hallazgos arqueológicos y el análisis de las piezas de arte<sup>51</sup>, sabemos que en las Sociedades Matrilocales (7.500 a 3.500 a.n.e./a.c.), caracterizadas por las Venus con grandes pechos y vientres abultados descubiertos, las relaciones de intercambio se caracterizaban por la reciprocidad: Dar, recibir, devolver con todo y por su carácter igualitario y simétrico. Se privilegiaba el amor que une a la madre con los frutos del vientre y el vientre de mujer era imagen de la madre tierra. La concepción fraterna de la sociedad dio lugar a prácticas inercialmente altruistas, se pediría por todo el pueblo. Las deidades femeninas como Gaia y Kali ocuparon una posición importante. Los rituales comprendían los ciclos de muerte en los que se mata al rey, siguiendo los modelos de reproducción que imitan lo que sucede en la naturaleza<sup>52</sup>

En un contexto de pérdida de confianza del valor de las mujeres sanadoras, las matronas Sifrá y Puá hacia el 1600 antes de Cristo supieron actuar con gran astucia. Desobedecieron al Faraón que había decretado: *arrojareis al Nilo a todo niño que nazca entre los hebreos, pero dejareis con vida las niñas (Exodo, I, 15-22)*. Las matronas no mataron a los niños varones tal y como les había ordenado alegando que las mujeres hebreas alumbraban antes que llegaran la partera<sup>53</sup>.

<sup>49</sup> Solorzano, Rubio y Camaño 2003, pp. 104-116.

<sup>50</sup> Resilles y Mejias, 2003, pp. 128-131.

<sup>51</sup> Rodríguez, 2002.

<sup>52</sup> Bergua, 2004. Cita a Marija Gimbutas es arqueóloga y estudiosa de las sociedades neolíticas.

<sup>53</sup> Ruiz, 1995, pp. 35-42

El progresivo deterioro de la confianza de la opinión colectiva respecto de esas sanadoras, continuaría con una falta de confianza en la eficacia sanadora del cuidado en las dolencias por parte de las mujeres sanadoras. A la vez que se les excluyó de los procesos de regulación profesional de la práctica médica científica, para lo que se dictaron normas para la exclusión de las mujeres de las universidades.

“Que ninguna mujer practique la medicina, ni administre brebajes, bajo pena de ser azotada por la villa; pero que puedan cuidar de niños pequeños y de mujeres, a quienes sin embargo no podrán administrar brebajes<sup>54</sup>

Ni la capacidad sanadora de las mujeres, ni sus saberes médicos han sido condiciones suficientes para obtener el reconocimiento de autoridad de los profesionales hombres. Históricamente han sido relaciones conflictivas durante los procesos de institucionalización y especialización médicas que han sido de exclusión y de subordinación para las mujeres, y más aún con las enfermeras. Son diáfanos en las profesiones de tradición femenina, elemento básico de análisis entre las matronas y los médicos que se disputan un mismo espacio de práctica. La contradicción entre la subordinación técnica y la autonomía profesional de las matronas inglesas se ve en otros contextos y es una manifestación de las mujeres a los procesos de marginación profesional<sup>55</sup>. Así en la relación desigual se organiza la sociedad

“...depositando en los varones la misión de garantizar que las mujeres cumplan con ese rol que les ha sido asignado y que deben desarrollar en el espacio privado o doméstico... Primero debían encargarse de obedecer y ayudar al marido, satisfacer sus necesidades como jefe de familia, tener hijos y educarlo y preservar a la familia de cualquier mal para reproducir el orden social... Las mujeres debían convertirse en enfermeras y saber sobre pócimas, vendajes, síntomas de enfermedades, alimentos convenientes para cada mal, hierbas y las manifestaciones de la muerte. Además: coser, hilar, tejer, lavar, cocinar, cuidar el ganado, la huerta, ir al mercado, a la fuente, moler el grano...”<sup>56</sup>

Durante el siglo XIX se inició la profesionalización y se establecieron los estereotipos, en el contexto de la sociedad europea de la reforma donde las enfermeras eran de baja condición social y la medicina era ejercida sobre todo por hombres. La medicina se asociaba al poder de los sacerdotes y clérigos junto con el Derecho, sus métodos eran poco eficaces y apenas contaba con cuerpo científico<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> Ortiz, 2001, p. 58. La cita se debe a Montse Cabré del libro de G<sup>a</sup> Ballester.

<sup>55</sup> Ortiz, 1999, pp. 17-24

<sup>56</sup> Santo Tomás, 2000, pp. 91-106.

<sup>57</sup> Lewis, 1985, ensayo de 124 pp “Notas de un observador de la Medicina”. En el mismo año se publicó también en español *Reflexiones nocturnas*, sobre Ciencia y Humanidades.

La especificidad socio-cultural cronológica de acceso a la educación universitaria es difícil de explicar. Mientras las médicas rusas publicaban en revistas médicas y ejercían sin problemas en elevado número, las alemanas no podían ejercer tras haber estudiado en el extranjero. Las primeras doctoras defendían sus tesis en medio de una gran controversia. Una significativa corriente de mujeres médicas, han intentado e intentan transformar el saber médico hegemónico, sin embargo este saber hegemónico sigue un camino lento, tortuoso, al tiempo que imparable por ahora.

#### *Desigualdad social y pérdida de valor de los cuidados*

El intercambio desigual rompió el principio de reciprocidad dando lugar a dos clases: los que se arrogaban el derecho de recibir y las que tenían la obligación de dar. Se estableció la separación de todo, la disociación de lo natural y lo social, la distancia, las jerarquías. Bernárdez<sup>58</sup> en el estudio de los mitos germánicos corrobora la importancia de las figuras femeninas en el simbólico colectivo, e incluso en Escandinavia, la figura equivalente a nuestro “ángel de la guarda” se expresaba en femenino (filquias). También las “fadas” y “lavandeiras”<sup>59</sup> son figuras mitológicas femeninas de protección que hemos perdido en nuestra cultura.

La religión, funcionalmente útil, consideró pecaminoso lo natural y lo femenino. El uso del concepto de *natural* en el sentido de *salvaje*, en contraposición a *cultural* o equivalente a *civilizado*, ha servido a los grupos hegemónicos, no solo para justificar la dominación femenina, sino también para justificar la colonización de los pueblos y también ahora, para justificar las patentes de la vida.

El papa apoyado por los canónigos, consideró el mundo como propiedad propia sobre la que podía disponer a voluntad. Así los actos de piratería quedaron legitimados, convirtiéndose en voluntad divina. Consideraron a las regiones que colonizaron como ociosas y el deber de incorporar a los salvajes constituyó elementos de todas las cartas y patentes<sup>60</sup>. La población americana disminuyó, pasando a ser de setenta y dos millones en 1492 a menos de cuatro millones siglos

---

<sup>58</sup> Bernárdez, 2002, p. 151

<sup>59</sup> Gutiérrez Lera, 1999, pp. 87 y 113

<sup>60</sup> Mies y Shiva, 1993, pp. 141

más tarde. Para que esta toma de posesión violenta, apareciera como *algo natural*, se definió a los pueblos colonizados como naturaleza, negándoles su carácter humano y su libertad<sup>61</sup>.

Posteriormente, la Modernidad continuó afianzando estos conceptos, ya que, en gran medida, la modernidad es el “dominio de la naturaleza”<sup>62</sup>. Bacon sugirió colocar a la naturaleza en el potro de tortura y extraerle todos sus secretos. Locke articuló la libertad del capitalismo como libertad para robar. “Solo quien es dueño del capital puede por “derecho natural” ser dueño de los recursos naturales, un derecho que prevalece sobre los derechos comunitarios de otros aunque fueran anteriores. Devolver una propiedad privada a lo común se percibe como una privación de libertad al dueño del capital. En consecuencia los campesinos y campesinas y las gentes tribales que reclaman la devolución de sus derechos y el acceso a los recursos son considerados ladrones”<sup>63</sup>.

El ecofeminismo establece una similitud entre los argumentos que se utilizaron para justificar la colonización y el desarrollo de la genética actual. Las colonias se han ampliado ahora a los espacios interiores y al “código genético” de los seres vivos, desde los microbios y las plantas hasta los animales, incluyendo las personas. Las patentes sobre la vida se adueñan de la creatividad inherente a los sistemas vivos, que se reproducen y multiplican en libertad autoorganizada. La investigación ha cambiado la búsqueda del bienestar por la de ganancias, todo lo que no tiene plusvalía económica o valor de mercado carece de valor.

Cuidar no es sinónimo de logro de autonomía, y como todos los términos con sentidos polisémicos necesitan ser definidos. El término “cuidado” es engañoso cuando el único objetivo es detectar anomalías y situaciones patológicas:

“El concepto cuidados prenatales es del siglo XX... Inseparable del nacimiento médicamente controlado... Las consultas de parejas no deberían ser únicamente para tests de SIDA, sino oportunidades de descubrir y tratar otras enfermedades infecciosas... De discutir las modalidades de traslado de urgencia... Se trata de hablar de riesgos –y nada más- tantas veces y a tantas personas como sea posible”<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Shiva, 2001, p. 151

<sup>62</sup> A los viajeros de finales del XIX y comienzo del XX les interesaba el paisaje (natural) pero no sus gentes (lo social), salvo “extrañas costumbres o antigua arquitectura”... Urbano y rural (*paisan= campesino y pagano –resistencia al cristianismo-*)

<sup>63</sup> Shiva, 2001, p. 79

<sup>64</sup> Odent, 2002, p. 107

Cuidar para las enfermeras es sinónimo de: apoyo, autonomía, relación de ayuda, afecto, empatía y las acciones que se trabajan con la persona necesitada. Desde el enfoque de Autocuidado, en el sentido definido por la enfermera Orem en los años 50, autocuidado va unido a autonomía y cuidados afectivos. Para ello se requiere tiempo, pero en este proceso, basado en el aprendizaje, estímulo y motivaciones de los enfermos no hay producto material comercializable, sino todo lo contrario. Cuando a una persona con una enfermedad crónica se le enseñan los cuidados que debe tener para su nueva situación de salud, el resultado es que suele disminuir el uso de fármacos e incluso llegar a prescindir de ellos. El trabajo de enseñanza-aprendizaje con los hipertensos en el estudio EDUCA requirió tiempo de los profesionales cualificados para realizarlo y materiales de apoyo. Sus resultados fueron valorados muy positivamente por los usuarios y significativos en el ensayo controlado<sup>65</sup>. Sin embargo, la experiencia no se repitió y la administración no consideró oportuna la propuesta realizada por el grupo investigador de publicar y difundir los materiales didácticos en un momento que era muy adecuado para apoyar a los profesionales de los nuevos centros de salud.

Los materiales impresos de divulgación sanitaria, herramientas necesarias en los programas de educación para la salud, se promueven por las Organizaciones no Gubernamentales, por los laboratorios farmacéuticos y por las administraciones sanitarias, estas últimas con cierta prudencia, precaución o timidez<sup>66</sup>. Para las organizaciones no gubernamentales la idea del material educativo es aumentar el autocuidado de los enfermos y/o familias, y de ello tenemos numerosos ejemplos que van desde las asociaciones de enfermos renales o alzheimer, hasta los grupos de apoyo a la lactancia materna. Para los laboratorios farmacéuticos, es una estrategia de estar presentes entre los profesionales, por tanto, de venta. ¿Qué objetivos tiene para la administración sanitaria? Es difícil responder a la pregunta, a veces puede ser una estrategia de marketing institucional, otras puede responder a propuestas de grupos concretos de profesionales con propósitos coincidentes con el autocuidado. Se necesitaría una investigación más profunda para analizar las relaciones entre los profesionales hegemónicos en la administración sanitaria y las decisiones que se toman en este tema. Tarea difícil en la medida en que estas investigaciones, al carecer de “productos” visibles, no suelen ser fácilmente

---

<sup>65</sup> Germán, Zunzunegui, Luna, Pedraza, 1994, pp. 3-7

<sup>66</sup> Germán, 1996, p. 85

financiables. Está en la línea de lo que Odent ha evidenciado en su largo proceso de difusión del parto fisiológico, en el que resulta difícil lograr financiación “cuando la investigación no es políticamente correcta”<sup>67</sup>. En el capítulo sexto puede verse el trabajo realizado en este sentido por numerosas enfermeras y enfermeros en el ámbito comunitario.

### *La eficacia simbólica hegemónica organiza la desigualdad*

Es difícil establecer el inicio de la valoración asimétrica y sexuada de las tareas humanas, sin embargo, sabemos que se ha transmitido a través de una tupida red de imágenes, símbolos y estereotipos sociales que codifican sus comportamientos, regulan sus actividades, prescriben sus expectativas y construyen los saberes que constituyen la eficacia simbólica.

En la eficacia simbólica nos han interesado dos perspectivas: la cosmovisión del mundo que sirvió a Levi-Strauss para explicar determinados comportamientos en sociedades primitivas. Y, el instrumento de dominación ideológica de género, descrita por Bourdieu.

“El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya y sobre todo, le permite aislar la estructura simbólica fundamental que constituye el mundo de los sexos y su principio rector: la inferioridad y exclusión de la mujer”<sup>68</sup>

La eficacia de la magia en Levi-Strauss<sup>69</sup> implica una triple creencia: la del hechicero en su capacidad de curar, la del enfermo en la capacidad curativa del hechicero y la confianza de la opinión colectiva respecto al hechicero. Es la asertividad del dominador, la conformidad de la dominada y la aprobación de la situación por la opinión colectiva. Que el médico deber ser hombre y la enfermera mujer, y las relaciones, de subordinación entre ambos era algo asumido con toda normalidad hace solo unas décadas. Hoy la situación cuantitativa ha cambiado sobre todo en la profesión médica; sin embargo, la eficacia simbólica de los conceptos patriarcales continúa entre los hombres médicos de forma mayoritaria e impregna a algunas mujeres médicas que su suman al lado de lo hegemónico.

---

<sup>67</sup> Odent, 1999, pp. 16

<sup>68</sup> Bourdieu, 2003, [www.identidades.org/debates/bordieu\\_dominacion\\_7.htm](http://www.identidades.org/debates/bordieu_dominacion_7.htm)

<sup>69</sup> Levi-Strauss, 1961,



La eficacia simbólica es efectiva porque logra objetivar estados subjetivos, formular impresiones informulables y todo ello integrado en un sistema de experiencias inarticuladas<sup>70</sup>. Simbolizar no significa buscar una causa objetiva a malestares y vivencias desorganizadas, sino incorporar dichas vivencias a un esquema flotante en la cultura del grupo. El rito y el mito se conciben como un lenguaje metafórico, producto de la cultura del grupo. La hipótesis es que los ritos y mitos proporcionan un lenguaje metafórico y logran captar estados afectivos informulados y negados por los receptores. Bajo el juego de "como si"<sup>71</sup>. Toda una sutil y polimorfa estrategia de normalización androcéntrica de la realidad femenina a la que, como era de esperar, tampoco escapa la asignación de roles específicos a las mujeres cuidadoras.

Los antecedentes del cuidado enfermero se pueden asociar a los ciclos de la vida que se desarrollaron en los ámbitos, religioso y local. El religioso, en el ámbito católico, cumple la función de obrar caritativamente para ganar el cielo y lo llevaron a cabo las órdenes religiosas en la atención que realizaron a los enfermos pobres en los hospitales. Velandia<sup>72</sup> relaciona la cuestión femenina con los valores de los modelos de mujer de la religión católica: la Virgen María inocente y obediente y la Dolorosa sufrida y prudente. Estos valores se asocian a los que se esperan de una monja y recordemos que las monjas han tenido un importante papel en la formación de las enfermeras. Siendo diferente para los monjes o los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, patrón de la enfermería española en algunos lugares. Estas diferencias las hemos comentado en el análisis de los manuales de enfermeras y enfermeros. En la medida en que la sociedad se hizo más laica el cuidado ejercido por las religiosas se profesionalizó y perdió su sentido de gratuidad.

Para la enfermera Carmen Chamizo, investigadora de la historia, en el 2003 reconoce que hubo avance feminista, al analizar el papel de la enfermera visitadora en el periodo del gobierno de la República:

"Génesis y desarrollo de una actividad sanitaria en la que las mujeres españolas querían modificar su posición social y encontrar medios de demostrar su inteligencia, capacidad y valor como ciudadanas"<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> Gordo, 2001, pp. 1-9.

<sup>71</sup> Zires, 2003, [www.felafacs.org/dialogos/pdf34/4.%20Zires.pdf](http://www.felafacs.org/dialogos/pdf34/4.%20Zires.pdf). 10 Nov. 2003

<sup>72</sup> Velandia, 2000, pp. 405-25.

<sup>73</sup> Bernabeu, 1995, pp. 151-176.

Y cuando analizamos el movimiento asociativo pone en palabras de Colliere:

“Pertener a una profesión es pertenecer a una clase social que tiene un lugar determinado en la jerarquía del poder regulador de la sociedad”<sup>74</sup>.

El ámbito local o comunitario que comprendió la familia y entorno más próximo de la persona, ejerció la función de ayuda afectiva a nacer, criar, sanar y morir. La sociedad laica y compleja especializó parte de sus cuidados, de manera que la atención trascendió el ámbito local y se localizó en los hospitales tecnológicos y la realización de los cuidados de riesgo.

Sin embargo la mayor parte de los cuidados de salud, de recuperación y de dolencias crónicas se seguirán realizando en el ámbito familiar. En los modernos centros de salud, los profesionales sanitarios y las enfermeras particularmente, proporcionan apoyo a los cuidadores familiares, realizan cuidados complementarios, siendo todavía una labor insuficiente. Por ello parece interesante establecer un paralelismo entre el cuidado enfermero y el cuidado doméstico, ya que siguen líneas paralelas de valorización.

---

<sup>74</sup> Chamizo, Magdalena, Barbon y Gallardo. 2003, pp. 91-96.

Cuadro nº 9. Criterios y diferencias entre los cuidados profesionales y domésticos

CUIDADO ENFERMERO/PROFESIONAL	CUIDADO DOMESTICO
BAJA ESTIMACIÓN SOCIAL	
Bajos salarios	Gratuito, sin salario
ESCASO RECONOCIMIENTO	
Baja autoestima profesional	
Subordinación jerárquica	Desigualdad entre esposos
Dependencia conceptual	Dependencia marital
Escaso acceso a la investigación	
Dificultad para el pensamiento enfermero	
FALTA DE AUTONOMÍA	
Escasa confianza, subestimación	
Falta de iniciativas sociales en primera persona	
Temor a la responsabilidad	

Pensamos que, mientras que los cuidados complementarios sean poco valorados por las propias familias, las instituciones sanitarias y la sociedad, las enfermeras primaran los cuidados de riesgo, es decir de atención a lo técnico, lo urgente, lo grave, y, descuidaran los cuidados de: acompañar, asesorar, estimular, apoyar y facilitar el autocuidado. De manera que, estamos en un círculo en el que se realimentan: necesidades de cuidados, falta de valoración, falta de apoyo cultural, social y económico.

Afortunadamente comienzan algunas enfermeras a poner de manifiesto la importancia de algunas características de los cuidados de acompañar como es atender la narrativa del paciente y de la escucha activa para tratar de entender y ayudar a la manera en como cada persona vive su enfermedad.

“El paciente siente la necesidad de comunicarse pero no puede hacerlo de una manera ordenada y

tranquila como desearían los profesionales sanitarios... No solo los momentos de intensidad sino toda la experiencia necesitan ser contados por el paciente y ser escuchados por otros con empatía... Desde la distancia, el paciente puede empezar a encontrar un nuevo sentido a su vida... La narrativa del paciente, da información sobre la complejidad y la individualidad del que están tratando... Cuando el profesional es testigo del caos en la narrativa del paciente, está ante el material más útil<sup>75</sup>

El cuidado tiene que ver con lo más íntimo y personal, ya que las enfermeras y enfermeros tocamos el cuerpo de las personas, las atendemos en las situaciones límite tanto física como psíquicamente y también espiritualmente. Algunas informantes han relacionado este hecho de tocar el cuerpo de los hombres, como si lo vivieran con una cierta humillación como veremos en el capítulo quinto. Reflexiones como las de Cristina que tras su larga vida profesional, en sus memorias, recoge numerosas experiencias con los enfermos y familiares a los que ha cuidado, transmitiendo importantes técnicas y valores de cuidados de acompañamiento, invisibles, profundamente humanos, ilustran esta compleja relación simbólica entre cuidadora y cuidado, entre “subordinada” en posición de poder y “poderoso” en situación de dependencia:

“Pedro estuvo operado de colostomía que supero ya que, al cabo de dos años, llego a tener una vida normal... Era un hombre poderoso económicamente, con mal genio según su mujer, que, tras pasar varios años de su recuperación, se enterneció con las visitas de Cristina... Creo que le dio cierto pudor recordar que había dependido de la joven enfermera... Había compartido demasiadas debilidades conmigo... Es fácil hablar de la operación, del currículo del médico, pero más difícil hablar de la enfermera que le acompañaba, que le ayudaba a comer y a orinar, a moverse y a traducir lo que no entendía o tenía miedo, es muy íntimo, muy personal... Pretendió arrancarme un compromiso para que le cuidara cuando lo necesitase...”<sup>76</sup>

### *Propuestas de futuro*

Para superar el mandato de género Alberdi propone: sobre-cumplimiento, redefinir los modelos socialmente asignados, recuperar y reivindicar las prácticas seculares estableciendo genealogías y reescribiendo la historia para que se haga visible la presencia enfermera. Tener una actitud de lucha contra la marginación y situarse en la zona de las intersecciones para promover la vida y brindar ayuda.

Francisco y Mazarrasa<sup>77</sup> proponen incluir los aspectos de género en los planes de estudio en tres sentidos o perspectivas: la de la salud, las de los cuidadores

---

<sup>75</sup> Valverde, 2005, pp.1-3

<sup>76</sup> Francisco, 2003 pp. 135-6

<sup>77</sup> Francisco, García-Suso, Rodríguez, Ruiz, Arroyo, Martín, Sellan, Sánchez y Mazarrasa, 2000, pp. 75-78.

familiares en un 85% cuidadoras y, las de la propia profesión. Cano<sup>78</sup> propone superar la subordinación médica, abnegación y entrega incondicional, así como dotar a la enfermería de cuerpo científico.

Son muy diversas las tareas que se pueden realizar y que alumbraran el complejo, indeterminado, invisible e infravalorado mundo de los cuidados. La inclusión del lenguaje respetuoso<sup>79</sup> con el género. Corresponde a las enfermeras realizar el trabajo desde sus propias experiencias e investigaciones. Así son importantes las reflexiones sobre el discurso hegemónico de la genética y sus repercusiones en la sociedad.

“El problema no está en la investigación genética en si, sino en su tiranía, en sus insistencia de que es la única línea válida y no una mas dentro de la investigación médica... la medicina genética niega que el cuerpo puede ser interpretado de numerosas maneras y hace una reducción radical de lo que es el cuerpo humano y sus sistemas... Promete milagros a través de los medios de comunicación... No hay espacio para el cuerpo social del enfermo o discapacitado... Aumenta la distancia entre el paciente y el médico... La experiencia del sufrimiento cotidiano del paciente pierde importancia, no es el centro de la relación clínica<sup>80</sup>”

Profundizar en las repercusiones de la discriminación de género en la propia profesión, desde: las diversas denominaciones que ha sufrido la carrera: practicante, enfermera y ayudante técnico sanitario y, la evolución de los diversos roles entre enfermeras y enfermeros y sobre todo como se enfrentan los retos actuales.

---

<sup>78</sup> Cano, 2004, p. 43

<sup>79</sup> Cassany, 1994, p. 27

<sup>80</sup> Valverde, 2005, pp.10-4

## **II. ANALISIS DEL PROCESO DE INSTITUCION PROFESIONAL DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA**

## 4. EL PROCESO HISTORICO: PROTAGONISMO DE LAS MUJERES EN LA INSTITUCION DE LA ENFERMERIA MIXTA (1977-2004)

4.1. El contexto legal y sociolaboral del cambio.....	194
4.1.1. <i>Ley de Educación de Villar Palasí (1970)</i> .....	194
4.1.2. <i>Movilización de las “batas blancas” y la Coordinadora (1976)</i> .....	202
4.2. Grandes etapas de la enfermería universitaria.....	209
4.2.1. <i>Formación de formadoras y primeras publicaciones científicas (1975)</i> .....	213
4.2.2. <i>Las Escuelas Universitarias (1977)</i> .....	225
4.2.3. <i>La enfermería en la convergencia europea: proyecto Tuning (2003)</i> .....	233
4.3. Autonomía profesional.....	241
4.3.1. <i>Identidad y denominación profesional</i> .....	242
4.3.2. <i>Los diagnósticos enfermeros. NIC, NOC, NIPE</i> .....	250
4.3.3. <i>Producción y difusión de la información científica: Fundación Index</i> .....	258
4.4. La Organización Colegial.....	261
4.4.1. <i>Los conflictos iniciales</i> .....	262
4.4.2. <i>La Convalidación de las enfermeras</i> .....	266
4.4.3. <i>La organización colegial actual</i> .....	269
4.5. Especialismo: Institución de la Enfermería Comunitaria.....	270
4.5.1. <i>La Enfermería Comunitaria en la Transición Democrática (1977-1984)</i> .....	270
4.5.2. <i>Enfermería comunitaria, Atención Primaria, Ley de Sanidad (1985-1999)</i> .....	278
4.5.4. <i>Asociacionismo en Enfermería Comunitaria</i> .....	295
4.5.5. <i>La especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria</i> .....	301

“Una profesión es nada más y nada menos que un modo de estar en la realidad y ello permite entender por que no hay profesión sin depósito, sin tradición, ni por tanto sin historia” (Notas de clase, tomadas de Miriam. Ovalle. Curso de reciclaje 1976. Universidad Complutense. APCGB)

“La enfermería se ha constituido como profesión, no concluida, en las últimas décadas. No es solo una actividad técnica, sino algo más, una actitud social y humana no fácil de definir”.(Diego Gracia, 1994 p.53)

*Introducción:*

Para el clásico de la Sociología Weber la profesión, es una ocupación positivamente privilegiada. Clásicamente solo se conceptualizaban así tres: el sacerdocio, el derecho y la medicina. Para el fundador de la Sociología norteamericana Parsons<sup>1</sup> son cuatro las notas distintivas del rol profesional: universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación hacia la colectividad. Sin embargo, este enfoque ha sido muy criticado por numerosos autores<sup>2,3</sup> a partir de los años 70, señalando que, dejó muy poco sitio para un sociología de la salud, en cambio si ató la sociología a la práctica de la profesión médica. Para Ugalde<sup>4</sup>, en el paradigma parsoniano las relaciones entre el médico y el paciente están establecidas en términos de personas con diferentes estatus, que al igual que las clases sociales, están subordinados el uno al otro con roles diferentes. La relación entre médico y paciente es para Parsons asimétrica, el médico tiene el poder debido al conocimiento de las artes médicas y en el que el modelo ideal de paciente es el niño, incapaz de cuidarse a si mismo. El paciente tiene la obligación social, que en el esquema de Parsons equivale a un imperativo, de obedecer al médico para curarse y reintegrarse a la sociedad. Si no lo hiciera, el enfermo pierde los privilegios que la sociedad le confiere en su estatus de enfermo y que conlleva la exención de sus obligaciones sociales ordinarias y las responsabilidades de su propio estado. Para Parsons, la medicina moderna consiste en la aplicación del conocimiento científico a los problemas de la enfermedad, de la salud y al control de las enfermedades. El médico al aplicar un conocimiento científico de una manera profesional sólo puede ser controlado por sus propios colegas, es decir la profesión médica se auto-controla y debe quedar por encima de toda influencia ideológica o política.

“Una profesión es nada más y nada menos que un modo de estar en la realidad y ello permite entender por que no hay profesión sin depósito, sin tradición, ni por tanto sin historia”<sup>5</sup>.

Hall desarrolló una escala de actitudes para medir el grado de profesionalidad entre personas de diferentes ocupaciones. La escala está basada en la premisa de

---

<sup>1</sup> Parsons, 1951, .

<sup>2</sup> Ehrenrich, 1971,

<sup>3</sup> Epstein, 1978,

<sup>4</sup> Ugalde, 1983, pp. 57-75

<sup>5</sup> Notas de clase, tomadas de Ovalle Miriam. Curso de reciclaje 1976. Universidad Complutense. APCGB



que, a través de las actitudes, conceptos e ideología se puede demostrar el grado de profesionalismo. Los componentes de esta escala son: 1. El uso de la organización profesional (colegios o asociaciones propias) para desarrollar ideas y juzgar el trabajo profesional. 2. Creer en el servicio público, es decir, tener la convicción de que la profesión es indispensable para la sociedad. 3. Creer en el control y regulaciones de la propia profesión, de forma que el grupo de colegas puede juzgar el ejercicio profesional. 4. Sentido de llamada hacia su campo profesional, reflejado en la dedicación al trabajo y a servir a la Sociedad antes que a otros factores. 5. Sentimiento de autonomía de manera que el profesional tiene la convicción de que debe tener suficiente libertad para trabajar sin imposiciones de no profesionales o de la organización donde trabaja<sup>6</sup>.

Para el autor el autor del título de su famosísimo Manual de la Sociología de las profesiones sanitarias Freidson, el autor de “La profesión médica”, traducido por .... los continuos en el tipo ideal profesional son:

“Conocimientos amplios y técnicos, usados en situaciones no rutinarias, para lograr decisiones no programadas según los fines decididos para la sociedad y apoyadas por el grupo ocupacional, porque el trabajo y la ocupación son el interés central de la vida y también base para el éxito individual, que supone el superar cualificaciones de acceso iniciales mediante educación amplia que demuestra conocimientos que supera otros requisitos de “status” latente involucrado en el papel total”<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Ugalde, 1983,

<sup>7</sup> Elliot, 1975, p. 101

Cuadro nº10. Continuos en el tipo ideal profesional. Friedson

No profesional		Profesional
Técnicos. Habilidad artesana	Conocimientos	Amplios. Técnicos usados en
Rutinarias	Tareas	situaciones no rutinarias para lograr
Programada	Toma de decisiones	decisiones no programadas según
Fines decididos por la sociedad (o por otras instituciones)	Autoridad	los fines (que provienen de los conocimientos) decididos para la sociedad (o instituciones dentro de ella) y apoyadas por
Otra o no laboral	Identidad	el grupo ocupacional, por que el trabajo y la ocupación son
Medio para fines laborales	Trabajo	el interés central de la vida y también base para
Ascenso ocupacional de clase	Carrera	el éxito individual, que supone el superar cualificaciones de ascenso iniciales mediante
Limitada	Educación	educación amplia que demuestra conocimientos que supera otros requisito de "status" latente involucrados en el
Específico	Papel	papel total (esto es: las expectativas van más allá de los conocimientos y de la situación laboral)

De acuerdo con este marco conceptual, en los siguientes capítulos se analizan con diferentes fuentes, técnicas analíticas, las coordenadas de la transformación de una ocupación u oficio en una profesión en España, sin perder de vista o buscando constantemente el factor no considerado en la sociología clásica de las profesiones: el género como configurador de la identidad o perfil profesional.

Este capítulo comprende el período universitario propiamente dicho de la Enfermería Española, es decir a partir desde 1977, que es cuando la Enfermería se incorporó a la Universidad de pleno derecho. Y es que nunca estuvo muy alejada, ya que las Escuelas del Plan de Ayudante Técnico Sanitario desde 1953, e incluso las de planes anteriores, tanto de Practicantes como de Matronas y Enfermeras, siempre estuvieron tuteladas por profesorado de las Facultades de Medicina.

“La tendencia a convertir la enfermería en una “mini-medicina” tiene su peso entre las enfermeras. Pero esta inclinación deriva del desprestigio que tiene la enfermería dentro de los profesionales sanitarios por la carencia de una adecuada estructuración de la carrera y de un rango académico correlativo a la importancia de sus funciones y que, simultáneamente, vienen condicionadas por su total dependencia de la medicina. Esta opinión se apoya también en la pertinaz insistencia tanto del Consejo Internacional de Enfermeras como de la Comisión Internacional del Trabajo (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional de los Trabajadores) en torno a planificar estudios de enfermería superior, protagonizados por las enfermeras”<sup>8</sup>.

En este período, que constituye el núcleo central de esta Memoria de Doctorado, se van a consolidar todos los componentes que caracterizan una profesión: autonomía, socialización, corporación y formación<sup>9</sup>.

#### *4.1. El contexto legal y sociolaboral del cambio*

##### *4.1.1. Ley de Educación de Villar Palasí (1970).*

La Ley de Educación de Villar Palasí de 1970, en su artículo 7 decía que la escuelas de ATS pasarían a ser Universitarias o de Formación Profesional, según la naturaleza de sus estudios. En Junio de 1970, Teresa Loring, presidenta del Consejo Nacional de Enfermeras y ATSF, pidió a las Cortes Españolas durante la elaboración de la Ley General de Educación que las escuelas de ATS pasasen a ser Escuelas Universitarias<sup>10</sup>. El informe presentado por este consejo fue elogiado por la directiva ejecutiva del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), expresando la conveniencia de su aprobación al Ministro de Educación y Ciencia<sup>11</sup>. Mientras tanto, en el Seminario de Educación Médica, realizado los días 5 y 6 de Febrero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, organizado por el CENIDE, se establecieron los criterios para la enfermera modelo de Formación Profesional de segundo grado y con un férreo control médico en la formación.

En 1970, en el Primer Congreso Nacional de Hospitales se planteó la necesidad de una mejor formación para nuevas e imprescindibles misiones de las enfermeras

---

<sup>8</sup> Martín, 1978, p.115

<sup>9</sup> Parsons, Freidman, Guiddens

<sup>10</sup> Diario de sesiones de Comisiones. Comisión de Educación y Ciencia número 70 de 16 de Junio. En: Martín 1978, p.176.

<sup>11</sup> Carta dirigida al Excmo. Sr. Ministro de Educación y Ciencia el 16 de diciembre de 1974 por Odele Herwitz, directora ejecutiva del CIE. En: Martín, 1978, p.177.

en los hospitales<sup>12</sup>. En Noviembre de 1971 el colegio de enfermería de Barcelona organizó una jornada en la que se presentó el proyecto de enfermería universitaria en respuesta al decreto de Villar Palasí de 1970; la participación fue muy amplia y obtuvo amplio consenso. En esta jornada participaron enfermeras del colegio de Madrid y, a partir de entonces, se creó una conexión continua entre ambos grupos<sup>13</sup>. En el mes de diciembre de 1971 se presentó el proyecto al Ministerio de Educación, pero no hubo respuesta. Una vez más la propuesta había sido de la sección de enfermeras, pero no hubo consenso entre los tres presidentes del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y, finalmente, cada uno presentó un proyecto por separado. El Ministerio no entró en esa división, únicamente les contestaba que presentaran un único proyecto. Las comisiones de estudios de diversos colegios de ATSF, entre ellas Madrid, elaboraron diversas propuestas basadas en las corrientes internacionales enfermeras más avanzadas<sup>14</sup>. Mientras tanto el Consejo General de los Practicantes y ATSM proponía como alternativa al plan ATS, el Graduado en Medicina y Cirugía, excluyendo de esta titulación a las enfermeras de antes de 1953, posición que se mantuvo en la misma Comisión Interministerial<sup>15</sup> creando así una “mini-medicina made in Spain”.

En 1974 en Barcelona se organizaron las primeras Jornadas Nacionales de Enfermería<sup>16</sup>. En la ponencia sobre la educación, Pastor, de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de la Ciudad Sanitaria de la Fe de Valencia expuso con claridad el sentimiento de inquietud y demandas, parece que

---

<sup>12</sup> La Ponente fue Miriam Ovalle. Plan de Estudio de ATS, elaborado por el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y presentado por el Colegio de ATS de Zaragoza 1976:3. APCGB

<sup>13</sup> Esto se observa en la participación de las profesionales y esta corroborado por la información de los relatos de vida profesional de las enfermeras más veteranas. APCGB.

<sup>14</sup> "Health, education and welfare. "Extending the Scope of nursing practice: Washington DC. November 1972,12. "La práctica de la enfermera profesional significa la ejecución de cualquier acción de observación, cuidado y asesoramiento del individuo incapacitado o enfermo, para el mantenimiento de la salud o la prevención de las enfermedades de otras personas, Para la supervisión y la docencia de otros individuos, o para la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por médicos u odontólogos autorizados, y todas estas funciones requiere juicio y experiencia substanciales y especializados, basados en el conocimientos y la aplicación de los principios de las ciencias biológicas, físicas y sociales". APCGB

<sup>15</sup> Reunión del Plena de la Comisión Interministerial para el estudio de la reestructuración de las enseñanzas sanitarias, 2º de Octubre de 1976. APCGB

<sup>16</sup> Desde 1970 con la Ley de Villar Palasí, se había creado una gran inquietud en el colectivo profesional acerca del futuro de las escuelas de grado medio como las de ATS, ya que decía que pasarían a Formación Profesional o a Escuelas Universitarias, dependiendo de la naturaleza de sus estudios. La Orden de 17 de septiembre de 1974 desarrolló el decreto 2293/1973 de 17 de agosto, regulador de las Escuelas Universitarias. Algunas escuelas de ATS como la de Ntra. Sra. de la Regla se transformaron en centro no estatal de Formación Profesional rama sanitaria (19 set.1979), o la de Tarrasa (19 sept 1979). APCGB

bastante generalizado, de las enfermeras de las escuelas. Abordaron diversos puntos que son muy coincidentes con las declaraciones de la Asociación Norteamericana. En esta reunión apoyaron de forma decidida las peticiones ya realizadas por el colegio de enfermería de Barcelona en 1972. Estas trataban de la necesidad y demanda de estudios superiores de Licenciatura y Doctorado para preparar profesorado enfermero cualificado:

“Nos unimos a los expresado por nuestras compañeras de la sección de estudios del colegio de Barcelona en su propuesta al MEC en 1972, haciendo especial mención al párrafo en el que se pedía la *creación de una Escuela de Altos Estudios de Enfermería de ámbito universitario, a la que tendría acceso tras las post-graduación y en la que se conseguiría la Licenciatura* en las distintas especialidades y, posteriormente el Doctorado que facultaría para desempeñar cargos de responsabilidades tales como: Dirección de: Escuelas, Hospitales, Investigación, Administración de hospitales y participación en los equipos de orientación de los Organismo Superiores de la Salud”<sup>17</sup>.

Cuestionaban los métodos magistrales, el enfoque mini-médico y biomédico y proponían métodos de enseñanza activos y modernos,

“Profesorado específico de enfermería, que impartiría la docencia a su nivel, constituido por ATS graduadas en la Escuela Superior, con la colaboración de un determinado número de profesores médicos, pedagogos, sociólogos y psicólogos con verdadera preocupación por la enseñanza a nivel de enfermería y capaces de aplicar los modernos métodos de enseñanza. No se pueden seguir aceptando como válidas las Lecciones Magistrales ni los programas que no son sin resultados de una síntesis más o menos afortunada de tratados de medicina para facultativos”<sup>9</sup>.

Manifestaban una preocupación específica por la formación de las alumnas, a las que la vieja disciplina del internado les resultaba opresiva:

“Respeto absoluto a la personalidad de la alumna y a su formación humana completa. "Es intolerable que la estricta disciplina de la escuela -pensamos sobre todo en el Internado- la aisle en su expansión humana y la desconecte del mundo que le pertenece de tal forma, que a su regreso a él ha de sufrir un proceso de adaptación. Esta reflexión nos ha llevado a:

- Supresión del uniforme el mayor tiempo posible. La uniformidad queda reducida estrictamente al horario de trabajo práctico.

- Agrupación de la enseñanza de forma que quede tiempo libre para la participación en las actividades culturales que se anuncien fuera de la Escuela.

- Fomentar la lectura a través de la Biblioteca de la Escuela. Favorecer la traducción, las publicaciones....Actividades recreativas como: Cineforums, teatro, agrupaciones musicales, fiestas y reuniones de convivencia”<sup>9</sup>.

Como ahora, les preocupaba cierta escisión que se daba entre la enseñanza teórica con las características antes señaladas de predominio de lo médico y magistral con el aprendizaje clínico, para ello proponían la formación de instructoras cualificadas, lo que hoy son nuestras profesoras y profesores asociados clínicos:

---

<sup>17</sup> Pastor López M<sup>a</sup> Pilar. La investigación de los sistemas de enseñanza. *Actas. Jornadas Nacionales de Enfermería. Barcelona. 1974; Actas. APCGB*

“Creación de escuelas cualificadas, adaptadas al modelo hospitalario, jóvenes, abiertas a la crítica, con personal preparado. La instructora debe sobrepasar el nivel medio de formación. Instructora de prácticas... el viejo esquema de teoría y prácticas que va a recibir en solitario, no contribuye más que a favorecer, en su mente, la ya existente escisión entre Escuela y Hospital”<sup>9</sup>.

Reunión de las Escuelas de ATS entre sí, a nivel regional, nacional e internacional. Contar con los colegios.

“En suma: Urgente reorganización de los estudios: *revisión de programas*, adaptándolos al momento actual de la Medicina. Reunión periódica de todo el profesorado para: puesta al día de los temas, unificación de criterios de impartir la enseñanza, apoyando el método de evaluaciones continuadas. Unificación de criterios en los módulos de exámenes en los ingresos (profesiograma), mismo distrito y evaluación final objetiva a cargo de: instructora, supervisora, ATS y un médico del área de trabajo de la alumna en cuestión. *Que actúe la Comisión Central de Estudios de ATS del MEC*”<sup>9</sup>.

En estas mismas Jornadas de 1974, Díaz, enfermera jefe del CSPFF de Madrid, expuso el problema de falta de enfermeras, problema que continua en la actualidad en algunos países desarrollados, a la vez que nos daba su idea de la función promotora de la salud.

“La escasez de enfermeras se observa en todo el mundo... Debe estar a tono con el aumento de las exigencias promovidas, por una Medicina que se aprovecha de los nuevos medios técnicos... La misión del hospital no es sólo curar, no es medicina asistencial, sino que es promocionar la salud”<sup>18</sup>.

Un diario de Madrid publicó en 1974 un amplio informe de la situación de la enfermería, con motivo de la apertura de curso a cargo de la conferencia que impartió Martínez Bordiu en la Escuela de San Rafael, perteneciente a la Orden de San Juan de Dios.

“Mientras faltan enfermeras, centenares de aspirantes son rechazadas. Muchas enfermeras abandonan la profesión a causa del desajuste de su vida familiar que le provocan los horarios...”

En la mayoría de los casos, la consideración que los médicos tienen del trabajo del personal de enfermería es nula, y muy pocos de ellos han pensado en incorporar seriamente a las enfermeras a la labor y a la responsabilidad de su equipo. Sin embargo, descargan sobre ellas todas las tareas de su incumbencia, y no es infrecuente el caso de que atribuyan a torpezas de este personal lo que no es sino dejación de sus propias obligaciones.

A menudo se olvida que una enfermera, en los casos de extrema urgencia, es quien debe tomar decisiones graves... Después, raramente le agradecerán el esfuerzo que en ocasiones ha sido brutal. Lo que sucede es que en la mayoría de las ocasiones existe una vocación muy notable, que supera los innumerables obstáculos. De no ser así, el déficit existente – que tanto puede perjudicar a los enfermos- se convertiría en total ausencia.

La solución no estriba en preparar rápidamente enfermeras, sino en darles los máximos reconocimientos y las adecuadas facilidades para que puedan ejercer la carrera”<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Díaz Alvarez Carmen. Nuevas técnicas de trabajo en enfermería. *Actas. Jornadas Nacionales de Enfermería*. Barcelona. 1974; *Actas. APCGB*

<sup>19</sup> Catavella J. Diario Pueblo. Información Nacional. 5-XII-74. *APCGB*

Faltaban enfermeras, se barajaba en ese momento un déficit (9.000-16.000) semejante fluctuación indicaba una falta de estudio riguroso sobre el problema. Como solución se aprobó en 1960 la figura de la Auxiliar de Clínica, que tras cursos de breve duración, no sobrepasaban los seis meses, del Plan Promoción Obrero (PPO), se incorporaban a puestos de trabajo que no siempre les correspondían, lo que también generó malestar entre el colectivo enfermero.

Un informe elaborado en Zaragoza razonaba que no había falta real de enfermeras sino que la mujer casada desaparecía del mundo laboral, por lo que, había un falta *relativa* debido a la ausencia de condiciones favorables que facilitaran la integración de la mujer casada en el mundo laboral.

“En un colectivo donde el 84,8% son mujeres, en activo están entre los 20 y 24 años el 100%. Entre 25 a 29 años el 52,4%, y entre 30 y 34 el 40,4%. Suponiendo que trabajan el 100% de los hombres (15,2% de la profesión), deducían que solo el 50% de los estudiantes que acababan la carrera ejercían la profesión”<sup>20</sup>.

En las Jornadas de Barcelona de 1974 Eserverri<sup>21</sup>, enfermero del colegio provincial de Barcelona, destacado investigador histórico, reflexionó sobre la necesidad de incluir el Control de Calidad en Enfermería, siendo una de las primeras publicaciones sobre este tema de gran actualidad hoy en día y que demostraba la inquietud enfermera por la calidad de los cuidados a los enfermos.

Tampoco las condiciones laborales eran idóneas. En la encuesta de Martín<sup>22</sup>, las enfermeras manifestaban que tenían demasiados enfermos y un 30% tenía pluriempleo.

---

<sup>20</sup> Colegio oficial de ATS de Zaragoza. Anteproyecto de bases para un nuevo plan de estudios de la carrera de ATS. 1976:2-3. APCGB

<sup>21</sup> Eserverri Chaverri Cecilio. Control de calidad en enfermería. *Actas. Jornadas Nacionales de Enfermería*. Barcelona. 1974; Actas. APCGB

<sup>14</sup> Martín, 1978, p. 131. El autor dice que los datos no son estrictamente comparables aunque si orientativos.

Tabla 5. Horas trabajadas a la semana en Madrid en 1976.

Fuente	2º Informe "Foessa" 1969	Encuesta población activa 1971	3º informe "Foessa" 1973	Estudio de Enfermeras 1976
Fecha de datos				
Población	Empleados	Otros servicios	Cuadros medios	Enfermeras
Horas semanales				
Menos de 41	17	23	32	16
41 a 48	42	49	45	54
Más de 48	41	28	23	30

Fuente: Martín, 1978.

En noviembre de 1975 murió el jefe del Estado, el autócrata Francisco Franco, y a partir de ese momento los movimientos sociales se pusieron más de manifiesto en las calles y en los centros de trabajo por la intervención de los sindicatos y la acción de los partidos políticos. La amenaza de que la enfermería se situara en formación profesional de segundo grado era algo que desagradaba y la oposición de las enfermeras era unánime. Faltaban enfermeras y la tentación de una formación rápida era más que una idea, de hecho se había aprobado la formación acelerada de auxiliares de clínica vía PPO por lo que la cuestión económica era una de las razones de los grupos hegemónicos para decidir el encuadre de la formación enfermera.

En Febrero de 1976, la doctora Hall, representante europea de la Organización Mundial de la Salud estuvo en Madrid, y presentó un informe de la situación de la enfermería en España, que publicó la revista *Tribuna Médica* en el mes de Junio, una vez comenzado el conflicto. Fue una publicación exclusiva, una separata sobre la Enfermería Española, con expresa autorización de la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud. Esta separata recogió un resumen de las conversaciones mantenidas durante la visita a España de Miss D.C. Hall, de la oficina regional europea para enfermería. Los titulares decían: Es preciso cambiar la denominación del Consejo de Auxiliares Sanitarios. Un comité de enfermeras debe establecer urgentemente los mínimos formativos. La actual preparación de las enfermeras españolas les impide acceder a cursos superiores internacionales.

"Actualmente España no tiene un sistema de personal de enfermería-obstetricia claramente definido y obtendría muy buenos resultados de la adopción de tal sistema. Esto requeriría la adopción de decisiones sobre: a) El número de niveles de personal de enfermería (en el que se incluye a las matronas) que existiría en el sistema. b) Los títulos que se concederían en cada nivel. c) El sistema educativo que prepararía a los trabajadores, indicado en el sistema de enfermería-obstetricia. d) La legislación y/o normas que controlarían tanto la práctica como la formación en enfermería".

"Si, como se indica en el informe básico, se considera que la enfermería es una disciplina independiente, *relacionada pero no supeditada a la Medicina*, resulta evidente la necesidad de



preparar enfermeras de un primer nivel que puedan prestar atenciones y desarrollen un cuerpo de conocimientos y tecnología para *trabajar como compañeras del médico*. La capacidad de las enfermeras españolas tal como actualmente están preparadas y formadas, limita mucho su capacidad para actuar de esta forma”.

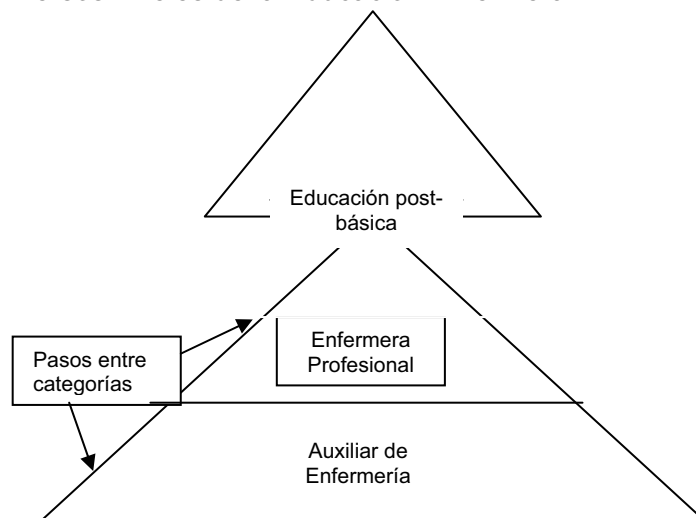
“El currículo oficial mínimo, que actualmente prepara a las enfermeras en España, se estableció en 1953-4 y no ha vuelto a adaptarse. Estos programas requieren una revisión urgente... la enfermeras españolas se encuentran en desventaja cuando solicitan cursos superiores en otros países. Las escuelas que preparen todas las categorías de personal de enfermería deben estar *dirigidas por profesoras enfermeras cualificadas*. La enfermería debe ser enseñada por enfermeras expertas en su área. Para ello es preciso establecer *urgentemente* programas de formación para posgraduados en aspectos clínicos, funcionales y comunitarios”.

“Los programas de enfermería deben basarse en conceptos bien desarrollados sobre la naturaleza de la enfermería y sus funciones en la sociedad... Reflejar la *atención de promoción de salud, preventivas, rehabilitadoras y de mantenimiento* dentro de la comunidad, además del cuidado a los enfermos, inválidos en hospitales y otras instituciones curativas. Debe considerarse la educación de trabajadores de primer nivel en las escuelas universitarias de enfermeras como recomienda el informe de 1972 del simposio EURO sobre Educación Superiores en Enfermería (EURO4.408). En cuanto sea posible debe formarse un *comité constituido en su mayor parte por enfermeras*, que elabore y presente a la consideración de las autoridades responsables un documento sobre la revisión de los requisitos mínimos para la educación de enfermeras y demás personas de enfermería”.

“Actualmente en España, enfermeras femeninas y masculinas por separado, según la denominación del Consejo General que las registra (Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios), se consideran trabajadores sanitarios auxiliares... debe cambiar la denominación del Consejo y hombres y mujeres deben formarse de acuerdo con el mismo programa, cualificación, título y registro”<sup>23</sup>.

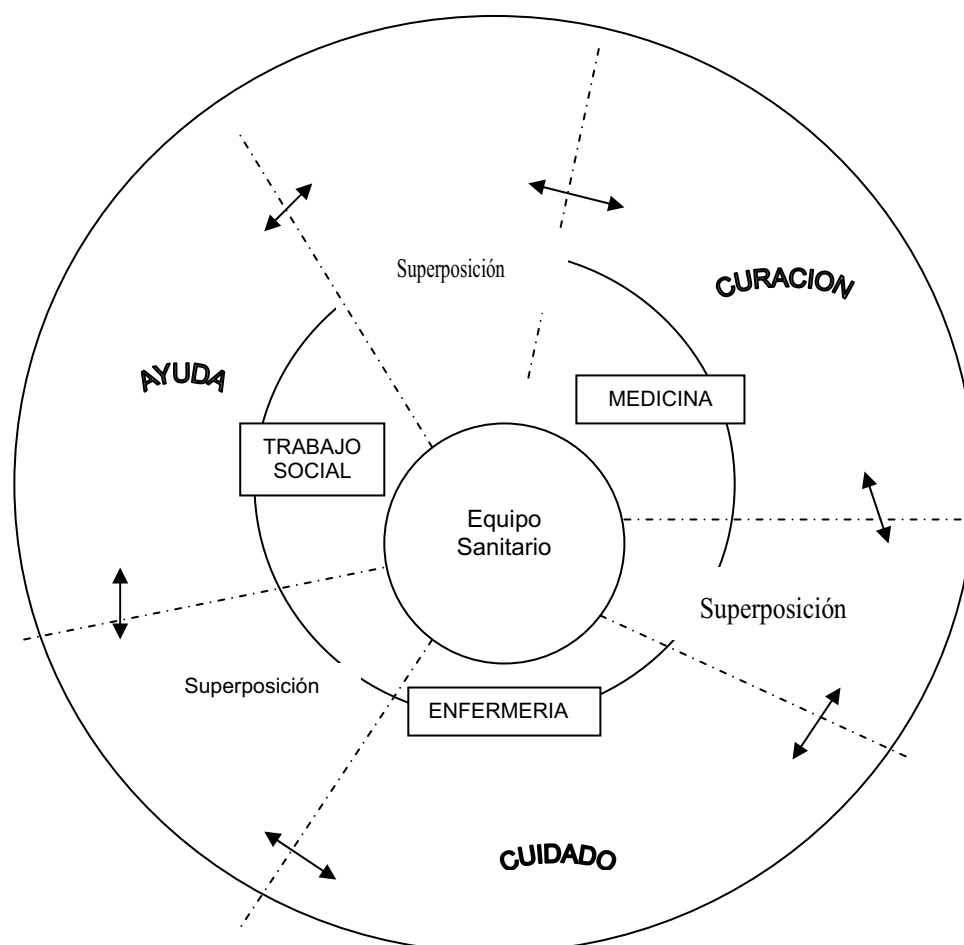
La revista publicó el informe básico que fue un espaldarazo a las reivindicaciones y un documento primordial para las jóvenes generaciones que en el movimiento asambleario de 1976 eligieron sus representantes y participaron en la comisión interministerial compuesta por los Ministerios de Sanidad y Educación.

Figura nº 4. Diversos niveles de la Educación Enfermera



<sup>23</sup> Hall, 1976, pp. I-VIII.

Figura nº 5. Equipo Sanitario



En Mayo de 1976, se participó<sup>24</sup> en las Jornadas Sanitarias organizadas por el Colegio de Médicos de Madrid, en cuya sección de médicos jóvenes estaban los médicos progresistas. En la ponencia que se realizó se agradeció la participación y se solicitó apoyo para las reivindicaciones del colectivo ATS: discriminación por sexos en los colegios, obsolescencia de los programas, creación de escuelas según intereses privados, explotación de las alumnas que no de los alumnos, arbitrariedad en la aplicación de los reglamentos a las estudiantes... Incipientes cambios de enfermeras procedentes de Suiza, Inglaterra y Francia que tomaban la dirección de las escuelas. Las alternativas propuestas por el alumnado eran:

<sup>24</sup> Germán y Rubio. Ponencia escrita. Madrid. Mayo 1976:6. APCGB

1. Estudio de las necesidades a nivel regional, de nacionalidades y de todo el estado, abordando lo extra-hospitalario. 2. Unificación colegial y democrática. 3. Trabajo en equipo. 4 Reestructuración del plan de estudios.

La ordenación de la carrera enfermera no se clarificaba, pero los hechos iban diseñando un escenario nuevo. La Orden de 17 de septiembre de 1974 desarrolló el decreto 2293/1973 de 17 de agosto, regulador de las Escuelas Universitarias. Algunas escuelas de ATS como la de Ntra. Sra. de la Regla se transformaron en centro no estatal de Formación Profesional rama sanitaria (19 septiembre 1974), o la de Tarrasa (19 sept 1974).

El decreto 707/1976 sobre formación profesional se vivió como una auténtica amenaza, fue el detonante y las enfermeras se movilizaron.

“El conflicto comenzó el día 1 de junio y lo hemos iniciado en contra de nuestras convicciones éticas, forzados por los que nunca nos han escuchado”<sup>25</sup>

#### 4.1.2. Movilización de las “batas blancas” y la Coordinadora (1976)

Las dos disposiciones: 14 de Marzo de 1974 y 12 de abril de 1976 hablaban del acceso al tercer grado de Formación Profesional para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Aunque estos decretos no regulaban el encuadre de las escuelas de ATS, la tardanza en clarificar el panorama de los estudios dio lugar a una protesta masiva. Fue una huelga sin desatender las urgencias, y manifestaciones de “batas blancas” en la calle, el 1 de junio, de profesionales y alumnos. Hubo manifestaciones por las calles de Alcalá y la Gran Vía madrileña para confluir en el Ministerio de Educación y Ciencia. El conflicto estaba latente y se extendió por toda España en pocas semanas<sup>26</sup>. Los factores recogidos en documentos internos y en diarios<sup>27</sup>, fueron: 1) Escuelas Universitarias masculinas y femeninas (para acabar con la discriminación docente por sexos). 2) Colegiación única (contra la discriminación colegial por sexo). 3) Participación en la confección de los

---

<sup>25</sup> Declaraciones de la coordinadora provincial de Madrid. Diario “YA” 6/06/76. El doctor Martínez Bordiu era el yerno de Franco y la conferencia versó sobre “Nuevos métodos en asistencia circulatoria”, acorde con el tema de su especialidad.

<sup>26</sup> Asamblea permanente de ATS y Enfermeras. Zaragoza 4 de Junio de 1976. Escrito dirigido al Señor delegado del Ministerio de Educación y Ciencia de Zaragoza. APCGB

<sup>27</sup> Sección Sociedad. El conflicto de las ATS. Las enfermeras no quieren “escuelas de élite”. *El País*, viernes 11 de junio de 1976 APCGB

programas de estudios. 4) Falta de representatividad en los colegios y en las escuelas. 5) Falta de profesionalidad fundamentada en las características de la mujer española en el mundo del trabajo y 6) Falta de orientación en su función, consecuencia de una docencia impartida por médicos

La coordinadora surgió como respuesta a la inoperancia de los representantes profesionales, divididos en tres secciones que proponían diferentes propuestas de reforma, enfermería y ayudante médico, mientras que las matronas iban por otro lado. Además, eran personas significadas con el régimen y, por tanto, carecían de credibilidad a los ojos de las nuevas generaciones, más identificadas con las ideologías de izquierda, que defendían la necesidad de un cambio democrático. Había sentimiento de abandono por las instituciones, discriminaciones de sexo, inquietud, descontento y se sentía desconocimiento de la profesión enfermera.

“Parece evidente que no hay un deseo de que las escuelas de ATS tengan un rango adecuado a las misiones que cada vez le son necesarias cubrir. La razón parece un tanto infantil, pero parece que se deriva del temor de no crear una especie de “semi-médicos” o un escalón intermedio que pudiera saltar a las facultades. Temor nacido del desconocimiento de lo que es la enfermería en el mundo entero”<sup>28</sup>

Aunque algunas fuentes dijeron que el conflicto no fue “Ni profesional ni laboral sino solo académico”<sup>20</sup>, estamos de acuerdo en que este razonamiento sirvió para el comienzo del conflicto, prueba de ello es que las negociaciones se realizaban con el Ministerio de Educación, aunque posteriormente se unieron otras reivindicaciones profesionales, como la unificación colegial, y laborales, como el coeficiente 3,6 correspondiente a Técnicos de Grado Medio.

La postura oficial que adoptaron los médicos se recogió en el comunicado del Colegio de Médicos de Madrid reunido el 4 de junio, que declaró:

“La evolución técnica de la medicina exige una cualificación profesional elevada, con una amplia y profunda formación teórica y práctica, que garantice la mejor atención a los ciudadanos. Cualquier proyecto de reducir el tiempo de formación, la intensidad de la misma o la calificación del personal sanitario, solo pueden originar perjuicios a la asistencia y establecer serios obstáculos al desarrollo de la sanidad del país y a la homologación con los profesionales de otros países”.

“El colegio de Médicos de Madrid quiere reiterar su criterio de que cualquier planteamiento en materia sanitaria nunca puede hacerse a expensas de las legítimas aspiraciones profesionales y laborales del personal sanitario. Los actuales problemas evidencian la falta de planificación ordenada y coherente de la sanidad”.

---

<sup>28</sup> J.R.C. conflicto de ATS: negociaciones. Un problema con veinte años de antigüedad. *Tribuna Médica*. Nº 664, 11 de Junio, 1976:8. APCGB

“Dada la difícil delimitación del concepto de urgencia, corresponde exclusivamente al médico, ante cada paciente concreto, plantearse el problema y decidir en consecuencia sobre la urgencia del caso y la conducta terapéutica a seguir... Solicita que se esfuercen (los médicos) por resolver los problemas, comprendiendo las razones de fondo del resto del personal sanitario”<sup>20</sup>.

Llama la atención que en todo el comunicado del colegio de médicos, no se hace ni una sola referencia a las enfermeras o ATS, sino que se encuadra en el genérico “personal sanitario”. Hay un apoyo en tanto que profesionales sanitarios y comprendiendo las razones de fondo, “la cualificación profesional” y a la homologación con otros países. El colegio de médicos conocía el apoyo explícito de la OMS, que había visitado España en febrero anterior y había elaborado el informe Hall al que ya hemos hecho referencia.

Respecto a la consideración de “urgencia”, hubo debate en el seno de la coordinadora. De los informes presentados destacamos, porque sirvió de modelo a otras provincias, el comunicado de la asamblea permanente de ATS de Zaragoza, que comunicó a la Dirección y al Estamento Médico sus criterios, considerando urgentes: “...aquellos que revistan máxima gravedad y sea imprescindible la presencia de ATS. Se añade que no se tomarían constantes, no se dará la medicación de ningún tipo, no se efectuarán curas, no se harán planillas, ni se darán comidas, no se cursaran volantes ni ningún tipo de trámite burocrático”<sup>29</sup>.

El mismo siete de Junio de 1976, los médicos del hospital infantil argumentaron que:

“... la atención de los enfermos urgentes se realizaba con toda normalidad, que apoyaban las justas reivindicaciones de los ATS, que los médicos realizaran el trabajo de los ATS no significaba que no apoyaran sus justas reivindicaciones y aludían a la buena voluntad de los Organismos oficiales para la pronta resolución del conflicto”<sup>30</sup>

Esta asamblea permanente logró comunicados de apoyo con firmas de auxiliares, médicos y enfermos de la Ciudad Sanitaria “José Antonio”, (hoy, hospital Miguel Servet)<sup>31</sup>. Hubo intentos de tensionar el conflicto que fueron desmentidos por lo representantes de la coordinadora.

---

<sup>29</sup> Asamblea permanente de ATS. Comunicado a la dirección y al estamento médico. 7 de junio de 1976. Zaragoza. APCGB

<sup>30</sup> Médicos del Hospital Infantil. Zaragoza 7 de junio de 1976. APCGB

<sup>31</sup> Documentos de apoyo. APCGB

El 8 de Junio, la Coordinadora Estatal de profesionales se reunió con el Sr. Arroyo, presidente de la Comisión Interministerial, al que le presentaron los dos puntos clave: Situación de la coordinadora nacional y convalidación e informe del decreto de escuelas universitarias. En esta reunión el Sr., Arroyo reconoció que “había recibido telegramas del consejo y algunos colegios provinciales pidiendo la expulsión de los miembros de la coordinadora de la comisión interministerial”. Manifestó que *no haría caso a estas peticiones* y que contaba con la coordinadora. En el decreto se apuntaba la convalidación laboral y corporativa, dejando la académica para cuando estuvieran implantados los tres cursos de la carrera<sup>32</sup>.

El 9 de junio la Coordinadora Estatal decidió plantear una tregua al MEC con las siguientes condiciones:

1. El conflicto continúa y continuará hasta que el MEC se pronuncie favorablemente.
2. La asamblea de Zaragoza recurrirá al paro total en caso de formularse cualquier tipo de represalia, coacción o amenaza sobre cualquier estamento.
3. Se mantendrá una información continua de manera que queda una comisión informativa diaria entre las 14 y las 15 horas.
4. No nos consideramos responsables del déficit asistencial que se haya podido ocasionar durante la situación de paro, dado que la dirección tenía perfecto conocimiento de la situación.
5. Que el Instituto Nacional de Previsión es parte integrante de la Comisión Interministerial que negocia nuestras reivindicaciones, representado en la persona del Sr. Campos.

El comunicado agradece las muestras de adhesión recibidas de enfermos, del personal de servicios técnicos, administrativos y médicos<sup>33</sup>.

La coordinadora eligió sus representantes por centro hospitalario y entre ellos sus representantes a nivel provincial<sup>34</sup> para constituir la coordinadora estatal que se reunía en Madrid en la sede del colegio provincial de Practicantes y ATSM, cuyo presidente, a punto de jubilarse, acogió a la coordinadora, de modo que el local se convirtió en sede permanente. Allí se hicieron asambleas, encierros y debates en profundidad sobre el futuro inmediato de la profesión. Se recibieron cientos de telegramas de apoyo y durante los “encierros” se realizaron debates intensos, verdaderas sesiones de formación continuada acelerada y, se llegó a consensos. Así se fraguó la reivindicación de la convalidación de enfermeras por ATS, y ante la

---

<sup>32</sup> Comunicado de la Coordinadora Nacional de Profesionales. 8 de Junio de 1976. Madrid. APCGB

<sup>33</sup> Comunicado de la Asamblea permanente de 9 de Junio de 1976. Zaragoza. Archivo personal. Este comunicado se dirigió a la prensa, a la dirección y a todos los estamentos. APCGB

<sup>34</sup> Hubo más de 30 provincias representadas, que a su vez representaban a grandes y medianos hospitales. APCGB

falta de confianza de los presidentes de los consejos, se solicitó la presencia de representantes en la comisión interministerial

Las movilizaciones fueron muy amplias, largas y fueron ampliando las peticiones, lo que se llamó “la plataforma reivindicativa”. A las demandas de: Escuela Universitaria mixta, unificación colegial y orientación enfermera, se añadieron la convalidación de las enfermeras por ATS y el módulo 3,6 correspondiente a los titulados de Grado Medio.

La primera reacción del Ministerio de Educación fue el 4 de Junio. Emitió un comunicado que expresaba que “los estudios serían impartidos en un número reducido de escuelas universitarias y el resto de las enseñanzas auxiliares de la sanidad se impartirían en los centros correspondientes a su nivel de estudios”<sup>35</sup>. A esto respondió la coordinadora que no querían escuelas de élite<sup>36</sup>.

En el último trimestre de 1976 la Comisión de Alumnas de ATSF de Madrid, presentó un informe con el significativo título de “Veintitrés años de inmovilismo de los estudios de ATS, nuevo enfoque”<sup>37</sup> en la que se hacían propuestas de carrera universitaria.

#### *La Comisión Interministerial*

Tuvo que ser la Coordinadora de representantes, en 1976, la que lograra sentar en la misma mesa a los dos presidentes: Teresa Loring por la sección de enfermeras y Enrique Riudavets por la sección de practicantes, para que hicieran la propuesta conjunta de aceptar a los 6 representantes (3 profesionales y 3 estudiantes) de la Coordinadora en la Comisión Interministerial.

El año 1976 fue un momento de auténtica eclosión profesional y de proyección de la profesión enfermera. Los representantes de la Coordinadora y la propia Comisión Interministerial trabajaron de forma intensa y con numerosos informes presentados por las Enfermeras, los Practicantes y muchos de los trabajos que

---

<sup>35</sup> Sindicato de Actividades Sanitarias. Organización sindical de Zaragoza. Nota del Ministerio de Educación Y Ciencia, (referencia textual) 4 de junio de 1976. APCGB

<sup>36</sup> *El País* 11 de Junio 1976.

<sup>37</sup> Martín, 1978, p.103

recibía la propia coordinadora, ya que cada provincia estaba trabajando en la misma línea. Se elaboraron planes de estudios a partir de las propuestas de la OMS, el CIE y los de Barcelona del 72. Los elaborados por diversos grupos profesionales como el de Zaragoza<sup>38</sup> y también, informes sobre el perfil de la Formación de Técnicos diversos, llegando a desarrollar 14 perfiles profesionales.

En Julio del 76, sobre la reforma de los estudios, hubo varios informes, señalamos las siguientes propuestas:

1. El Dr. Fernández, asesor de la comisión interministerial, proponía: FP1 para Auxiliares de enfermería. Enfermería Básica de 3 años con BUP pero sin COU en FP3 y Enfermería Superior en Escuela Universitaria para un 20% y dependiendo de las Facultades de Medicina.

2. La Señora Loring, representante de las enfermeras, propuso: Auxiliar FP1, Auxiliar especializada FP2 y para Enfermeras/os, estudios universitarios básicos, especializados y superiores.

3. El Señor Riudavets, representante de ATS masculinos pidió: Diplomados en Medicina y Cirugía, creando una escuela con el mismo nombre y que la carrera de enfermería pasase a nivel de Formación Profesional.

El 6 de Octubre, Ignacio Mercader, representante de la Coordinadora por los profesionales, informó a la Coordinadora Nacional de la reunión de trabajo en la Comisión Interministerial (CI). Los puntos tratados se referían a la conversión de escuelas de ATS en Universitarias, Mixtas y en régimen de externado y a los perfiles profesionales. También se manifestó inquietud sobre el acceso de los FP3 al examen de ingreso de las Escuelas. El presidente de la CI dio cuenta de que aceleraban los decretos y que la próxima reunión de la CI estaba prevista para el 18 de Octubre. En el informe de Noviembre se hablaba ya de que el decreto contemplaba la convalidación laboral y profesional, dejando la académica para cuando saliera la primera promoción de Escuela Universitaria. En el informe de Diciembre, el presidente de la CI informó de que se iba a permitir, por falta de tiempo, que las escuelas siguieran en el curso 77/78 con el plan ATS. La enfermera Loring pidió que en este curso de prórroga, se les exigiera el COU. En esta reunión

---

<sup>38</sup> Colegio oficial de ATS de Zaragoza. Anteproyecto de bases para un nuevo plan de estudios de la carrera de ATS. 1976. Rechazaba la FP. APCGB



se planteó la denominación de Diplomado en Enfermería, que se aprobó con el único voto en contra de los ATSM.

En la CI se vislumbraba la división profesional por las dispares propuestas de los presidentes de las secciones femenina y masculina, siendo la Coordinadora coincidente con la de las enfermeras. Por otro lado, se tuvieron problemas de representación: la coordinadora nacional denunció la presencia en la comisión interministerial, del presidente del colegio de ATS Barcelona y del secretario del colegio de Bilbao, que no pertenecían a dicha comisión y que defendían posturas personales y a favor de los practicantes. El envío de telegramas del Consejo y de los Colegios pidiendo la expulsión de los representantes de la Coordinadora Nacional, aceptado en un primer momento, a lo que el Sr. Arroyo hizo caso omiso. Se les hacía ver que la Coordinadora surgió por la falta de representatividad de los colegios. La Coordinadora Nacional solicitó la expulsión del doctor Segovia de Arana por su actitud hacia la enfermeras. En su opinión una buena enfermera debía tener tres cualidades: “capacidad de percepción para observar al enfermo, capacidad de transmisión para transmitirlo al médico y, capacidad de obediencia para cumplir las órdenes médicas”<sup>39</sup>. Vistos los hechos con la perspectiva histórica de treinta años, podemos afirmar que las movilizaciones fueron decisivas para alcanzar los objetivos.

---

<sup>39</sup> Coordinadora y Comisión Interministerial. 1976. Informes varios: Julio, Octubre, Noviembre y Diciembre. 1976 (Mercader Ignacio y otros) APCGB

### *Logros.*

El 30 de octubre de 1976 el Real Decreto 2879 estableció el carácter mixto de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Habían pasado 21 años de separación educativa por razones de sexo (La Orden de 6 de Julio de 1955 prohibió la coeducación de alumnos de ambos sexos). El decreto 2879 derogó también la obligatoriedad del internado, que una orden de 2 de Julio de 1955 estableció como obligatoria para las alumnas. Asimismo, exigió que las escuelas privadas que quisieran mantener el régimen anterior tendrían que pedir permiso al Ministerio.

En diciembre de 1976 se recuperó<sup>40</sup> el nombre de Enfermería, lo cual supuso un amplio debate entre las diversas maneras de entender la profesión, en las que el papel del género ejerció gran influencia. Esto no satisfizo inicialmente a algunos hombres ya que históricamente el nombre de enfermero se asociaba al de camillero.

El Real Decreto 2128 de 23 de Julio de 1977, aprobó la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. La Orden Ministerial de 31 de Octubre de 1977 dictó las directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuela Universitarias de Enfermería. Estos primeros logros culminaron una de las reivindicaciones más importantes del colectivo, pero quedaban otras.

#### *4.2. Grandes etapas de la enfermería universitaria*

Para la profesora García Martín-Caro en su libro sobre *Historia de la Enfermería*, los factores de la profesionalización son: los colegios profesionales y las asociaciones científicas; la educación universitaria de los profesionales; la legislación y los factores sociológicos tales como: su manera de comprender el ser humano, las ideas de la salud y la enfermedad, las distintas formas de enfermar y morir.

---

<sup>40</sup> El 21 de diciembre de 1976 la Comisión Interministerial acuerda la denominación de Enfermería. Documentos de la Coordinadora de Profesionales. APCGB. La primera transición enfermera en el 25 aniversario de la enfermería en la universidad. Conferencia pronunciada el 13 de Diciembre de 2002 en la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid.

En 1977 se inauguró una nueva etapa de la enfermería española. La mayoría de las escuelas pospusieron el nuevo plan de estudios hasta el curso 1978-79. Habían transcurrido 22 años con las mismas directrices de 1955 que habían dictado las normas para la organización de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Los estudios universitarios de enfermería en los Estados Unidos de Norteamérica se crearon en 1899-1900, y en el Reino Unido en 1955.

Tras la aprobación del decreto de escuelas universitarias en el verano de 1977, el decano Oriol de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, decidió aplazar el comienzo con el nuevo plan un curso, y analizar la situación de su distrito<sup>41</sup>. Del informe realizado por Montoliu destacamos lo siguiente: las escuelas adscritas a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid eran 27, de ellas: 2 oficiales, 6 de Entes Públicos, 5 de servicios Sanitarios y 10 Privadas. La situación de la enseñanza era:

1. “Bajo número de alumnos por profesor, inferior al de otras enseñanzas universitarias: 7,4 alumnos/profesor. De lo que se puede deducir que: O la calidad de la enseñanza es mucho mejor que en otros niveles o existe despilfarro de recursos humanos. La opinión de las alumnas del último año tiende a la segunda opción.
2. El número de monitores es muy irregular, lo que indica falta de homogeneidad
3. Preponderancia casi absoluta de médicos entre el profesorado, cuyo promedio es del 80%, lo cual no se corresponde con las recomendaciones internacionales y opiniones de expertos
4. Desequilibrio excesivo entre el tiempo dedicado a la teoría, menos del 30%, y la práctica. Mitificación interesada de las prácticas.
5. Prácticas empiristas, basadas en las necesidades de atender al servicio de las entidades rectoras de las escuelas, antes que en el aprendizaje del alumnado.
6. Contenido de las enseñanzas anticuados y con innovaciones “empiristas”<sup>42</sup>.

Los dos estudios sociológicos de Montoliu y Martín realizados en 1976 y 1977 y publicados en 1978, reflejan un panorama de la situación formativa, laboral y profesional del colectivo enfermero en los setenta en Madrid. Si bien estos estudios se realizaron en Madrid, su contraste y buena documentación nos permiten inferir la situación a nivel de todo el Estado, suponiendo que las excepciones, como era ya la innovadora escuela de San Pablo en Barcelona, confirmaban la tónica general.

---

<sup>41</sup> La presidenta del Colegio de Enfermería de Madrid Concha Germán Bes solicitó información de la situación de las escuelas y el decano dijo desconocerla en su mayor parte. El decano Alberto Oriol Bosch, pidió la colaboración de la presidenta, que realizó un cuestionario. Tras el visto bueno del mismo, el decano recabó información de las escuelas. El informe final fue realizado por el sociólogo Montoliu, 1978, y ha sido de gran utilidad.

<sup>42</sup> Montoliú, 1978, p. 136.

La Orden de 1 de diciembre de 1978 modificó la convalidación de asignaturas de Medicina por las de Ayudantes Técnicos Sanitarios, y dejó sin efecto la Orden Ministerial de 9 de enero de 1971 sobre convalidación de asignaturas cursadas en la Licenciatura de Medicina por las de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Hasta entonces, estas ordenanzas permitían que con cuatro años de medicina, se obtuviera el título de ATS y el acceso al ejercicio de la enfermería, sin haber desarrollado ninguna práctica clínica. Esta práctica continuó varios años más, ya que la ley dejaba la interpretación de la misma al dictamen de cada escuela. El jefe de estudios de la escuela de ATS masculinos<sup>43</sup> de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid en 1978 informó desfavorablemente al Vicedecano de Medicina sobre la petición de convalidación de todas las asignaturas de la carrera de Veterinaria por las que integraban el Plan de la de ATS.

La Orden del 21 de septiembre de 1979 prorrogó la del año anterior sobre la habilitación de títulos para impartir docencia. Facultaba a la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado para habilitar excepcionalmente, y en defecto de titulación académica correspondiente, *a personas competentes para que puedan impartir enseñanzas aunque no posean la titulación que se exige para el nivel universitario*. Esta normativa permitió contratar a los titulados del Plan Ayudante Técnico Sanitario primero, y a los Diplomados Universitarios después, como profesores encargados de curso. La Ley de Reforma Universitaria conocida como LRU de 1984 consolidó esta normativa permitiendo que pudieran acceder a profesores titulares los profesionales de áreas de conocimiento que no tenían desarrollada todo el escalafón académico. En esta situación estaba y aun está, no solo Enfermería, sino Óptica y Trabajo Social, entre otras. La Convergencia Europea acabará con esta situación de discriminación que afecta a más de un 50% de los centros, hoy todavía Escuela Universitarias. El consejo de gobierno de la Diputación General de Aragón el día 21 de abril de 2006<sup>44</sup> aprobó entre otros el Master de Ciencias de la Enfermería que según la convergencia europea permitirá a las enfermeras y enfermeros acceder al doctorado, acabando así con el llamado “techo de cristal académico”.

Que la enfermería era una profesión dominada por los grupos hegemónicos ya lo constató Martín en su estudio de los años setenta, años de extraordinaria

---

<sup>43</sup> Era el profesor Matilla, catedrático jubilado y secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina. Archivo personal. En ese año yo trabajé como Monitora en esta escuela. APCGB

<sup>44</sup> Publicado en el Boletín Oficial de Aragón el 26 de abril de 2006

importancia para el cambio profesional, como hemos visto. ¿Quiénes eran los grupos hegemónicos?, los hechos nos los dejan bien claro, ya que mientras las enfermeras hacían propuestas de plan de estudios con el reconocimiento internacional, los practicantes hacían su propuesta de Diplomado en Medicina y Cirugía, y los médicos académicos en la Autónoma de Madrid, proponían un “engendro” de carrera, llegando a decir que “la de enfermería sería una especialidad de las ocho de ATS” (no entendemos el significado de esta frase), férreamente controlada y sujeta a las necesidades del mercado sanitario (recordemos que éste es el informe de referencia para el Ministerio). Mientras tanto, el Ministerio, cuyos directivos también son médicos, legisló en enero de 1971 la obtención del título de ATS por convalidación por cuatro años de la carrera de Medicina, sin experiencia práctica alguna, a pesar de que era fundamental en el programa de ATS. Estas convalidaciones “a la carta” coparon una parte del mercado laboral enfermero, además de que no siempre se identificaron con la labor de cuidado propia de la enfermería, lo cual ha influido en la configuración de la profesión, tema que merecería ser estudiado en profundidad y se sale de los propósitos de este trabajo. Que la imagen enfermera estuvo en sus peores momentos lo ilustra el hecho de que hasta un veterinario se atreviera a pedir la convalidación de sus estudios de veterinaria por ATS.

Una idea que emerge una y otra vez es la tremenda incompreensión y falta de respeto de los grupos hegemónicos hacia el colectivo enfermero, la indiferencia hacia los informes técnicos de los organismos internacionales como OMS y CIE, la discriminación hacia las enfermeras de planes anteriores, el no reconocimiento de las enfermeras impidiéndoles la participación de pleno derecho en las instancias oficiales, como era la Comisión Central de Estudios. Solo desde la perspectiva de género se puede entender este proceso de marginación sistemática de la enfermería española en una etapa de gobierno autoritario, en la que las mismas enfermeras del régimen no eran escuchadas. Ver algunas experiencias en el capítulo quinto de Relatos de Vida Profesional.

Desde luego que en cada colectivo profesional hay pluralidad de enfoques, es más, esa diversidad suele enriquecer a la totalidad. Cuando hablamos de dos profesiones tan estrechamente asociadas como enfermería y medicina estamos ante dos paradigmas en la manera de abordar los problemas de la salud, de la concepción de la ciencia y de la comprensión de la vida y de las relaciones entre

cuidador/a y cuidado/a. ¿Será que los grupos hegemónicos, médicos y hombres, no daban valor a los cuidados enfermeros?, ¿Qué no valoraban el amplio horario de trabajo y pluriempleo de las enfermeras? ¿Qué contemplaban la enfermería como un cajón de sastre del que metían y sacaban, para colocar a sus desempleados? ¿Qué no concebían a la enfermería como profesión autónoma? ¿Qué aplicaban a la enfermería su común manera de relacionarse de forma jerárquica con la sociedad? ¿Qué no estaban dispuestos a dejar que las enfermeras realizaran sus propias evaluaciones del desempeño de su trabajo? El cambio de valor de los cuidados enfermeros requería un profundo cambio de mirada por el bien de la sociedad, y los años setenta fueron el comienzo de un cambio que todavía está en proceso.

#### 4.2.1. Formación de formadoras y primeras publicaciones científicas (1975)

La tutorización del aprendizaje práctico clínico y preclínico en la mayoría de las escuelas lo llevaban a cabo enfermeras. En el curso 1977-78 y sucesivos, en el nuevo plan de estudios que contenía asignaturas de enfermería, las enseñanzas teóricas fueron asumidas por enfermeras y enfermeros, aunque en algunas escuelas solo pudieron acceder a la asignatura de Enfermería Fundamental. Esto fue debido, sobre todo, a la oposición de los profesores de las escuelas –en su casi totalidad médicos-, que pretendían, y aún permanece esa actitud treinta años después, controlar la enseñanza de la enfermería.

Para la asunción de esta responsabilidad de enseñanza, se organizaron numerosas actividades formativas, dirigidas por enfermeras de prestigio y en equipos multidisciplinares. Se puede decir que fue el comienzo de la *Formación Continuada*, en las Escuelas, los Hospitales y, ya en la siguiente década, en los Consultorios, Ambulatorios y sobre todo en los Centros de Salud. Algunas de las actividades relevantes fueron: Jornadas, Cursos, asistencia a Congresos Internacionales, Talleres Pedagógicos, Seminarios, Traducciones y Recensiones de libros. Desde finales de los setenta y en la década de los ochenta hubo una auténtica explosión de actividades, como si hubieran quitado un corcho que impedía la salida de ideas y propuestas, que se reflejará un poco más tarde en la producción científica, cuyas publicaciones también comenzaron en este periodo y que hemos analizado en el capítulo VIº en el área de enfermería comunitaria.

Desde mi doble condición de Profesora Encargada de Curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid y de Presidenta del recién unificado Colegio de Enfermería de Madrid, pude asistir, impulsar, organizar y participar en muchas de estas actividades, que a continuación resumiré. Como asistente primero y como profesora después, fueron pioneros los *Cursos de Iberhospitalaria*<sup>45</sup>. El primer curso se impartió en 1978 en Barcelona y estaba dirigido a Supervisoras. El profesorado era interdisciplinar y contaba con enfermeras, lo cual era toda una novedad. El alumnado estaba compuesto por profesionales con mucha experiencia y motivación. Utilizaban técnicas activas y basadas en el aprendizaje de casos, lo que les hizo muy útiles y adaptados a la realidad social.

#### 1) *Seminarios, talleres.*

Fueron dos modalidades que se realizaron con frecuencia, ya que permitían unificar docencia y asistencia en la que todos participaban en el proceso de aprendizaje desde la óptica particular de cada cual. Los docentes llevaban la dirección y organización, pero las sesiones eran muy participativas y con amplio debate de material bibliográfico y estudio de casos. Estas modalidades también fueron muy útiles años después, y se incorporaron en la formación continuada en Andalucía con las enfermeras de Atención Primaria y en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

#### *Seminario sobre el Proceso de Atención de enfermería (PAE)*<sup>46</sup>.

Organizado a iniciativa de las enfermeras de la Fundación “Iñigo Álvarez de Toledo”, que asistían a los enfermos con diálisis renal. El primer seminario se realizó en la Fundación Jiménez Díaz (popularmente, “La Concha”), previo a la creación de la Fundación Iñigo Álvarez de Toledo. Se llevaron a cabo tres seminarios durante los cursos 1982 a 1985. Fueron una importante experiencia de colaboración escuela–hospital y de enriquecimiento mutuo entre enfermeras

---

<sup>45</sup> Participé en el primer curso como alumna y en cursos sucesivos me invitaron a impartir conferencias.

<sup>46</sup> Programas y documentos de trabajo. APCGB

docentes y clínicas, ya que permitió poner en marcha y evaluar la “nueva enfermería” aplicada que se empezaba a conocer por las obras de autoras extranjeras.

El primero de ellos se dedicó al “Proceso de Atención de Enfermería”. El segundo al “Análisis de la Relación Interpersonal Paciente-Enfermera en una Unidad de Hemodiálisis Crónica” y el tercero a “Diagnósticos y tratamientos de enfermería en pacientes renales en una Unidad de Hemodiálisis Crónica”. Comenzaban en Noviembre y duraban hasta Mayo, a razón de dos horas semanales. La metodología combinaba la exposición teórica, la discusión de grupo, el estudio de casos y la discusión bibliográfica. Se participó en congresos, se ganaron premios y se realizaron innovaciones en los registros de diálisis y sobre todo, en la relación con los enfermos y familias a las que se incorporó de una forma más activa en el Plan de Cuidados.

Este seminario se realizó posteriormente con los estudiantes de enfermería, de manera que comenzaban a familiarizarse con la metodología de casos y con el proceso enfermero, entonces conocido como PAE.

#### *Seminarios sobre la muerte*<sup>47</sup>.

Toda enfermera clínica sabe que la muerte es un hecho que se presenta con mucha frecuencia en el trabajo diario. Durante la época de profesora de Enfermería Fundamental de primer curso, pude constatar que en torno a un diez por ciento de los estudiantes se enfrentaban con enfermos moribundos en su primer día de prácticas clínicas, lo cual nos hizo plantearnos la necesidad de que los estudiantes supieran manejar este tema desde el primer curso, si bien continuaba en los sucesivos y en otras materias. Para ello, y gracias a la colaboración con el equipo de profesor Diego Gracia, de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, tres enfermeras tuvieron la oportunidad de asistir como oyentes a los cursos de doctorado que impartía dicho profesor sobre *La muerte y los moribundos*. Se realizaron investigaciones sobre la actitud de estudiantes de medicina, enfermería y psicología, se compartieron vivencias con los médicos de

---

<sup>47</sup> Varios documentos. Se analizaron los trabajos de la revista especializada *Omega*, las obras de la psiquiatra suiza afincada en Estados Unidos de Elisabeth Kübler Ross. Se presentaron trabajos en congresos. APCGB.



los cursos, fue una experiencia personal, profesional e interdisciplinar muy rica que dio diversos frutos. A partir de ella, se ofertaron los talleres a los estudiantes de enfermería con el propósito de ayudarles a enfrentarse con tan importante y delicada situación, cual es la asistencia a los enfermos moribundos y a sus familiares desde un enfoque relacional, o *Relación de Ayuda*, como se conoce actualmente en enfermería. Es más, las enfermeras participantes adquirieron cierta fama de asesoras en estos temas en el círculo de colegas y apoyaron a varias personas que tuvieron familiares moribundos. Se tuvo conciencia de que era una necesidad social en un momento en que no existían los grupos de ayuda.

### *Los Talleres Pedagógicos*<sup>48</sup>.

Durante los cursos 1980 y 1983, la formación pedagógica se extendió por gran parte de las Universidades y por la labor de la Asociación Española de Enfermería Docente. En la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense fue intensa. Se realizaron tres talleres pedagógicos, de los que se publicaron los dos primeros, el tercero no llegó a publicarse y trató sobre las especialidades<sup>49</sup>. A partir de los dos primeros se elaboró la primera Guía de Objetivos y Programas Docentes de la UCM, que se publicó en 1982 y fue quizás, una de las primeras guías didácticas de España, y no solo en enfermería.

### 2) *Los trabajos de Historia.*

---

<sup>48</sup> Bajo la dirección de pedagoga y médica mexicana M<sup>a</sup> Angeles González, aprendimos cómo pasar de un sistema de enseñanza clásico a un sistema de aprendizaje. Realizamos programas de práctica clínica, pusimos en marcha sistemas de evaluación continuada. Aprendimos a realizar "Cartas descriptivas" en la que realizábamos programación a diversos niveles: asignatura, módulo y sesiones. Se inició el uso de material audiovisual, entonces transparencias y diapositivas. Se trabajaba con técnicas de grupo y se desarrolló el aprendizaje por problemas. Se usaron libros de pedagogía mexicanos de la Universidad Autónoma de México, publicados por la ANUIES Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior entre la mitad de los setenta y los ochenta. *Los cursos básicos para formación de profesorado* que la componían dos áreas: *Área de sistematización de la enseñanza*, compuesta por 11 cursos y el *Área de lenguaje y comunicación*, con 6 cursos, todos excelentes. Como libro base se usó la guía Guilbert de la OMS sobre el personal de Salud que planteaba la metodología Harvard que organiza el currículo desde las Competencias Profesionales. APCGB

<sup>49</sup> Recoge la filosofía de la especialización enfermera que dio lugar al decreto de especialidades de 1987, siendo director general en el Ministerio de Educación y Ciencia, Fernando de la Torre, profesor titular de enfermería médico-quirúrgica de la Universidad Complutense de Madrid. El decreto de 2005, 18 años después, sigue en gran parte la misma filosofía. APCGB

Durante el curso 1983 y 1984, en la Complutense se pusieron en marcha unos guiones de trabajo sobre los trabajos de Historia de la profesión. El objetivo era doble, por una lado descubrir documentos históricos y por otro, motivar a los estudiantes para el conocimiento de la Historia<sup>50</sup>. Como fruto de este trabajo se organizó un concurso y se premió a los ganadores, que leyeron su trabajo en una ceremonia inaugural del curso siguiente y la publicación de un trabajo inédito sobre la figura de “La Panadera”<sup>51</sup> que era la encargada de prestar los cuidados a los leprosos asturianos en el siglo XVII. Eran los prolegómenos de la investigación histórica que comenzaba con fuerza en toda España.

### 3) Congresos Internacionales

*“Le Première Conférence Francophone sur les Théories de soins infirmiers”,*

Los días 7, 8 y 9 de febrero de 1980, varias enfermeras españolas asistieron en Ginebra a esta conferencia, organizada por la Escuela Bon Secours. Fue el comienzo de una relación entre enfermeros y enfermeras españolas, suizas, francesas y canadienses, que continuó durante años, con enfermeras como Poletti y Collière, esta última fallecida recientemente. Un encuentro entre enfermeras y enfermeros clínicos, docentes e investigadores de Canadá como Fortín<sup>52</sup> que explicó la aplicación a la enseñanza del modelo de Autocuidados de Dorotea Orem y, Callista Roy que explicó su modelo de Adaptación.

Fruto de estas Jornadas fue la publicación del *Acta Nursologica* que transcribe los textos de las conferencias “afin de les garder aussi fidèles que possible à l’expression orale des conférenciers”. Estas jornadas estuvieron organizadas por «l’Ecole Gnévoise d’infirmières Le Bon Secours, les enseignants en soins infirmiers de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l’Education de l’Université de Genève, et avec l’appui de l’Association Suisse des Infirmières».

---

<sup>50</sup> Trabajos recopilados en un tomo no publicado. APCGB

<sup>51</sup> Suárez y Germán, 1984, pp. 25-7.

<sup>52</sup> Michel Fortín, Infirmier-enseignant au Collage Bois-de-Boulogne à Montreal (Québec, Canadá) nos explicó la “revolución pacífica” que habían hecho las enfermeras en la década de los setenta. Esta revolución consistía en salir a la calle para defender los derechos de los usuarios, la relación entre cuidados enfermeros y calidad de vida, a la vez que reivindicaban la formación enfermera por las propias enfermeras.

También participaron Françoise Maillard, Ariane Droz, Bernardette Roque-Joffre y otras, todas ellas enfermeras docentes.

*Congreso Internacional del Consejo Internacional de Enfermeras*<sup>53</sup>,

En 1981, se realizó en Los Angeles el XVIIº congreso con el lema “Salud para todos en el Año 2000, un desafío para Enfermería”. Hubo 600 enfermeras españolas inscritas, Doris Krebs (representante de OMS, que conocía la situación española) ayudó a resolver los problemas de credenciales de los representantes oficiales. El colegio de enfermería de Madrid becó a 18 personas y su resultado fue muy fructífero

“Se presentó la revista del Consejo Internacional traducida al español a cargo del Consejo de Enfermería español, que tuvo gran acogida por la amplia representación de países de habla hispana. Se denunció el mercado de la leche maternizada en los países africanos y se animó a las enfermeras a promover la lactancia materna. Se dio una amplia visión de la salud con agricultura, economía, paz, libertad y justicia. Se habló de cuidado integral de la persona. Hubo espacios específicos para los hombres enfermeros. Participación de personalidades como Virginia Henderson e Hildegard Peplau que disertó y debatió en la sección de los estudiantes. Conocimos a enfermeras latinoamericanas ilustres como Nelly Garzón”<sup>44</sup>.

*Simposio sobre Planificación de los Recursos de Enfermería en Latinoamérica*<sup>54</sup>,

En Mayo de 1982, se realizó en la Ciudad de México DF el IIIº simposio. En este encuentro se pudo observar la sensibilidad y compromiso social de las enfermeras con sus países al defender la perspectiva social de los servicios para las comunidades indígenas. Para las participantes españolas fue un despertar a lo que hoy llamamos perspectiva “emic”, que permite contrastar culturas. Las estudiantes latinoamericanas realizaban prácticas en las zonas rurales por lo que con frecuencia asumían y defendían la perspectiva de las comunidades indígenas, expresando en ocasiones discrepancias con algunos de los proyectos oficiales. Tenían sus propios debates internos acerca de la postura de las enfermeras y de las mujeres.

“Énfasis más teórico que práctico en la comunidad. Continuación de la conciencia adormecida, pasiva y conformista de la mujer latinoamericana”<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Germán, 1981, APCGB.

<sup>54</sup> Germán Bes Concepción. Informe del Congreso. APCGB.

Era una manera de participación pública a la que las enfermeras y enfermeros españoles no estábamos acostumbrados. Visitamos la Universidad Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, organizadora del mismo, y conocimos los avances metodológicos de sus programas en enfermería y en medicina<sup>56</sup>.

#### *Congreso de Investigación en Enfermería*

En Julio de 1983, se realizó en Madrid, organizado por la Universidad Complutense el I<sup>er</sup> congreso de investigación en colaboración con la prestigiosa Asociación Norteamericana Sigma Theta Tau. En este congreso se presentaron, numeroso trabajos de enfermeras anglosajonas y los primeros trabajos de autoras españolas. Entre otros se presentaron los resultados de las primeras investigaciones docentes españolas sobre las actitudes antes los enfermos terminales, como fruto de los seminarios sobre la muerte realizados en cursos anteriores, ya comentados<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> M<sup>a</sup> Teresa McDermith OPS-OMS. APCGB

<sup>56</sup> Los médicos tenían dos programas oficiales simultáneos: el tradicional compuesto por asignaturas y curativo y el moderno compuesto por módulos y con enfoque comunitario. No tenían claro cuál era mejor.

<sup>57</sup> Germán y Urraca, 1983, pp.12. Aplicamos el cuestionario TAM (Temor y ansiedad ante la muerte), validado por nosotros. El Cuestionario PET (Pacientes y enfermos terminales), elaborado y validado por nosotros. APCGB

#### 4. Congresos y Jornadas Nacionales

A. *Las Jornadas de Enfermería.* Durante 1978, el Consejo General de Enfermería organizó unas jornadas de divulgación de la nueva enfermería con el lema *Enfermería elemento de cambio*. Se llevaron a cabo en Valencia, Oviedo, Sevilla y Zaragoza. Estas jornadas supusieron un despertar para las enfermeras que participaron en ellas, como se ha podido constatar por las informantes cuyo relatos se recogen en el capítulo siguiente de esta Memoria.

B. *Congreso para el Desarrollo de la Enfermería.* En Mayo de 1980, y con igual propósito que las jornadas anteriores, se llevó a cabo en Madrid el I<sup>er</sup> congreso, organizado por el Colegio unificado de ATS de Madrid. La participación fue de 500 profesionales y hubo numerosa asistencia de toda España. Las ponencias y comunicaciones se publicaron dos años después<sup>58</sup>. El documento base del congreso justifica su realización, sus propósitos, analiza la situación actual de la que destacamos “la percepción de un bajo nivel de educación sanitaria en nuestro país”... el debate sociopolítico sobre la inminente Reforma Sanitaria, la necesidad de una formación continuada, la preocupación por la formación. Participaron ilustres enfermeras como Rosette Poletti y el menos conocido Manuel Moragas (de origen español) de la Escuela Bon Secours de Ginebra. M<sup>a</sup> Teresa Piulachs directora de la Escuela de San Pablo de Barcelona y un nutrido grupo de enfermeras y enfermeros de todo el Estado con experiencias innovadoras tales como la introducción del proceso de Enfermería en un gran hospital a cargo de Lucía Mazarrasa, diversas comunicaciones de atención a los moribundos y de educación sanitaria, enfermería epidemiológica, pediátrica, geriátrica, trabajo en equipo, atención primaria, y comunicación con los pacientes, y también sobre mujer, enfermería y salud a cargo de Lola Herrera: “La medicina es la ciencia que en cierta forma sigue teniendo en sus manos el destino de las mujeres, ya que no permite a la mujer desarrollar un control y autonomía sobre su propio cuerpo, con lo que le arrebató su identidad”... Y sobre las enfermeras señala: dificultades de promoción... Estereotipos como solterona, de figura escultural, compañera de lecho accesible para cualquiera que

---

<sup>58</sup> Varios autores. Actas del Primer congreso para el Desarrollo de la Enfermería. Madrid: Colegio provincial de ATS y DE. 1982:318

requiera su ternura, arquetipo de madre... Cualidad innegable persona digna de confianza.<sup>59</sup>

Un congreso muy rico en contenidos y un punto de referencia para aquellos años tan llenos de inquietudes y anhelos. Hubo presencia de diversos psicólogos, y solo un médico, José Andrés Sobrino, en su calidad de director de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense, que prologó el libro, animando a “la formación como seres humanos primero y como ciudadanos y profesionales después”

*C. El día de la Matrona.* El 30 de Mayo de 1980, se celebró en Madrid, organizado por el colegio unificado de ATS, el día de la Matrona, con la presencia del Alcalde de Madrid Profesor Tierno Galván y la Matrona Clara Domínguez, que versó sobre Latinoamérica. La jornada estuvo llena de simbolismo, ya que se celebró en el Día de la Madre y se bautizó a una niña, apadrinada por el alcalde.

*D. Conferencia en el Club Siglo XXI<sup>60</sup>.* En 1981, desde el colegio de Enfermería de Madrid, se organizó, con motivo de la celebración del Día del día Internacional de Enfermería, un acto en el famoso Club Siglo XXI. Participaron el querido alcalde profesor Tierno Galván, Alcalde de Madrid y la enfermera Cristina de Francisco, que impartió la conferencia “La enfermería a lo largo de la Historia”.

*E. Jornadas de Formación Continuada.* También en 1991 la unidad de Formación Continuada de la Ciudad Sanitaria de la Paz de Madrid<sup>61</sup>, organizó unas jornadas sobre formación continuada. Una de los temas abordados fue la integración docencia asistencia y la figura del Instructor Clínico, lo que hoy son los Profesores Asociados Clínicos de Enfermería.

*F. Jornadas de Enfermería Médico-Quirúrgicas<sup>62</sup>.* En 1982 la entonces activa Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, siendo director

---

<sup>59</sup> Herrera, 1982, pp. 265-269.

<sup>60</sup> Como presidenta del colegio hice de anfitriona e inauguré el acto. Poco después nos veríamos de nuevo con el profesor Tierno y el Rector Bustelo para la firma del convenio entre la UCM y el Aytº de Madrid para la enseñanza práctica de los estudiantes en los nuevos centros de Promoción de la Salud. APCGB

<sup>61</sup> Catalina García Martín-Caro y Epifanio Fernández Collado, componentes de esta unidad, fueron los organizadores. Presenté la comunicación “El Instructor Clínico como nueva figura docente, precursora de los profesores asociados clínicos y de los convenios entre Universidad y Servicios de Salud”.

<sup>62</sup> Varios. APCGB

Fernando de la Torre, organizó las primeras jornadas de enfermería médico quirúrgica con el lema "Atención de enfermería al politraumatizado", dado el aumento de los accidentes de tráfico y laborales. Uno de los temas centrales era el trabajo en equipo entre unidades quirúrgicas para garantizar la continuidad de cuidados entre UCI, plantas quirúrgicas y las relaciones entre estudiantes, residentes y profesionales de medicina y enfermería.

*G. Jornadas de Investigación Interdisciplinaria sobre la mujer.* En 1982 se organizaron las II<sup>as</sup> jornadas, organizadas por el Seminario de estudios de la mujer de la Universidad Autónoma de Madrid, cuya directora era la Socióloga M<sup>a</sup> Angeles Durán. Se presentó el trabajo "La Mujer en el Cuidado de la Salud". Fue una de las primeras reflexiones sobre cuidados, mujer, familia y feminismo con un enfoque coincidente con el del feminismo de la diferencia italiano, en el que lo femenino tiene valor social.

"Son pocos los casos en los que verdaderamente podamos estudiar los hechos de un compartir codo con codo las responsabilidades de la familia por ambos cónyuges; es frecuente quedarse en las palabras. Quienes son consecuentes en su conducta y sus ideas han advertido una serie de compensaciones que antes no habían imaginado, que se resumen en disfrutar la incorporación de unos valores considerados tradicionalmente femeninos al realizar una vida plenamente en común"<sup>63</sup>.

Retrospectivamente se puede reconocer en estas frases un cierto tono autobiográfico ya que las tres autoras, teníamos la suerte de contar entonces con unos compañeros de vida (Lingüista, Médico y Periodista) sensibles a nuestras inquietudes y que compartían equitativamente las tareas domésticas.

---

<sup>63</sup> Germán Bes Concepción, de Francisco Cristina y Mazarrasa Alvear. La mujer en el cuidado de la salud. Archivo personal. Se publicó un resumen en el libro de actas. Influyeron mucho la filósofa Agnes Heller y su obra "La Revolución de la Vida Cotidiana", la antropóloga Margaret Mead "Adolescencia, sexo y cultura en Samoa" y la feminista Rowbotham, "La mujer ignorada por la Historia". Las enfermeras Orem "Acta Nursologica" y Peplau en la obra de Poletti "Cuidados de Enfermería"

### *H. Jornadas de Docencia en Enfermería*<sup>64</sup>

En 1984, varios profesores de la UCM asistieron a las II<sup>as</sup> jornadas sobre docencia organizadas por la Universidad de Santiago de Compostela. Se pusieron de manifiesto las dificultades estructurales para la enseñanza, la investigación y las actitudes de doble sentido de los profesores médicos de las escuelas, ya que mientras unos participaban con el ánimo de integración de las enfermeras, otros expresaban su condición de superioridad y mantenían el mensaje de subordinación hacia la enfermería que, por otra parte, chocaba de frente con las expectativas y conocimientos profesionales enfermeros, muy superiores a los de ellos en ciertos aspectos.

#### *I. Los Congresos de Enfermería de Salud Mental.*

Organizados inicialmente por la Escuela de Ciempozuelos (Madrid) y después por la Asociación de Enfermería de Salud Mental en Málaga, Granada y otras ciudades, contribuyeron a desarrollar los nuevos enfoques de cuidados en esta importante especialidad.

#### *J. Primeras publicaciones*

Una de las primeras experiencias escritas fue la colaboración en el libro de autoría colectiva que analizaba la situación sanitaria española en 1975, que se tituló *Cambio social y Crisis Sanitaria*, coordinado por Alberto Infante<sup>65</sup>. Este trabajo recogió los trabajos de los médicos jóvenes que se movían de forma activa en el Colegio de Médicos de Madrid. En este libro se exponía la apremiante necesidad de un cambio en la formación básica y especializada de la enfermería, tomando como referencia el modelo inglés con dos años comunes y un año de especialidad.

## *5. Publicaciones*

### *1. Guía docente.* En 1976 se publicó en Barcelona el *Programa de Estudios de*

---

<sup>64</sup> Profesores: Fernando de la Torre, cirujano y profesor de Enfermería Médico-Quirúrgica, fallecido en 1988. Epifanio Fernández Collado, hoy doctor por Alicante. Catalina G<sup>a</sup> Martín Caro, enfermera jubilada y Concha Germán, que participó en la Mesa redonda sobre Investigación en Enfermería.

<sup>65</sup> Infante, Alvarez, y Germán, 1975.



la *Escuela de Enfermería del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, ignorando el nombre oficial de Ayudante Técnico Sanitario. Esto, con el visto bueno del director de la escuela, por ley catedrático inspector, y el rector Laporte. Dirigió este trabajo la jefa de estudios M<sup>a</sup> Teresa Piulachs Molés. El programa fue muy innovador, tanto en su concepción de la enfermería, ya que contemplaba una concepción físico-psíquico-socio-espiritual de la persona, como en la metodología pedagógica, siendo casi con toda seguridad la primera guía docente de enfermería. Introdujo asignaturas como: Salud pública, Estadística e investigación, Sociología, Evaluación y Prácticas hospitalarias. En la presentación del programa quedó claro su propósito: "Este programa de estudios pretende ofrecer a la estudiante, los elementos necesarios que le permitan la comprensión de las Ciencias de Enfermería identificándose con su profesión y con el rol que como enfermera le compete. Es por tal razón que, tanto el contenido como la orientación de las materias toman matices distintos a los programas de formación que hasta ahora se han estado impartiendo<sup>66</sup>.

2. *Estudio sociológico*. En 1978 la joven y recién elegida junta directiva del Colegio Provincial Unificado de Madrid publicó un interesante y amplio estudio titulado: *Enfermería Presente y Futuro*<sup>67</sup>. Estudio sociológico llevado a cabo por Clemente Martín Barroso, a quien le fue encargado por la junta anterior de ATSF, durante el año 1976, año de las huelgas, manifestaciones y coordinadora general. La encuesta la pasó en diciembre a 926 enfermeras de un colectivo de 5576 enfermeras de Madrid capital. En el apartado Socialización, describimos algunos de los resultados más interesantes.

3. *Actas de congresos*. En 1982 se publicaron *Las Actas del Primer congreso para el Desarrollo de la Enfermería*, organizado dos años antes por Colegio provincial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Madrid. Sus 318 páginas están llenas de contenidos sobre el momento actual de la sanidad española y de la amplitud y pluralidad de enfoques enfermeros.

4. *Los libros de la Convalidación Académica*. El curso de nivelación de ATS para la convalidación académica por el de Diplomado en Enfermería, llevó consigo la

---

<sup>66</sup> Piulachs, 1976, pp.118.

<sup>67</sup> Martín, 1978,

publicación de los libros para el aprendizaje a distancia. En su desarrollo participaron numerosas enfermeras, pasando a ser de las primeras publicaciones científicas de la nueva etapa. Fueron publicados por la Universidad a Distancia.

4. *Traducciones.* En 1985, se tradujo el libro *Nursing diagnoses, Diagnóstico enfermero*<sup>68</sup>, que fue un referente y libro de trabajo para las numerosas actividades de formación continuada. Con este libro aumentó la experiencia sobre trabajo de casos y se comenzó a usar de forma técnica la palabra “diagnóstico” hasta entonces únicamente usada por los médicos en el campo sanitario. Otras obras se publicaron, y se pueden encontrar en el punto de enfermería comunitaria de este capítulo.

#### 4.2.2. *Las Escuelas Universitarias (1977)*

La formación de los practicantes y las matronas se había venido realizando desde 1861 en las Facultades de Medicina, bien como escuelas oficiales o como escuelas adscritas. La integración como enseñanza universitaria de derecho pleno se produjo 116 años después, en 1977, con el Real Decreto 2128 Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, siendo la primera promoción entre 1977 y 1980.

En 1976 la Escuela de Enfermería (ATS) del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, bajo la dirección de la enfermera Teresa Piulachs, publicó su programa, la primera guía docente, con un enfoque de cuidados moderno e internacional. En este programa se contemplaba la teoría del cuidado, el método científico y un equilibrio entre los cuidados de salud y enfermedad. Entre el profesorado había varias enfermeras con licenciaturas procedentes de otros países y con métodos modernos de aprendizaje. Con los programas y documentación que brindó Piulachs y los programas que hizo públicos varios años después la Asociación Española de Enfermería Docente, comenzaron en muchas escuelas, los primeros programas de cuidados enfermeros en la asignatura de Enfermería Fundamental.

En el estudio sociológico realizado por Martín en 1976 de las enfermeras madrileñas, y publicado en 1978, cuando ya había salido el decreto de Escuelas

---

<sup>68</sup> Carlson & McGuire, 1985, p. 296.

Universitarias, Martín apoyándose en Lerena y Bourdieu, expresaba que el sistema de enseñanza conservaba y reproducía la estructura de relaciones entre las clases sociales y el mantenimiento del orden social. Y mas adelante concluía:

“... La formación impartida a las enfermeras está reproduciendo su tradicional –situación- frente a la sociedad, y que tal cometido viene protagonizado preponderantemente por el grupo médico, en situación de monopolio”<sup>69</sup>.

Esto es algo que se puede constatar desde 1915 en la formación de las primeras enfermeras; se repite en las reglamentaciones de 1952 y 1953, en las que los directores de las escuelas deben ser médicos y los profesores también médicos. La Comisión Central de estudios del Ministerio de Educación debía estar compuesta por diez médicos y el decano de la facultad de medicina, de forma que decía que los mismos médicos

“Han asumido la responsabilidad de estructurar planes académicos enfermeros, como si se tratara de un asunto de su exclusiva y absoluta competencia”<sup>70</sup>.

En 1971, en el Seminario de Educación Médica realizado los días 5 y 6 de Febrero, en la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, organizado por el CENIDE, se recogieron los siguientes puntos para la formación de las enfermeras, que pretendía situarla en una Formación Profesional de segundo grado:

- a) Contenido instructivo específicamente médico. Prácticamente todas las asignaturas son “introducciones” o “síntesis” de otras tantas asignaturas médicas.
- b) Orientación eminentemente técnica. Pocas asignaturas del *currículo* se ocupan de la dimensión humanística.
- c) Subyugación de la carrera de enfermería a los intereses o necesidades de la medicina:
  - La enfermería es una de las ocho o más especialidades en que se estructura la carrera de ATS (¿?).
  - Las especialidades y superespecialidades se articulan en función no de las necesidades sanitarias sino médicas.
  - Postergación absoluta de la enfermería preventiva y, en parte, de la rehabilitadora, con una reclusión total al ámbito hospitalario.
- d) Reafirmación de las condiciones que perpetúen esta total dependencia de la enfermería respecto a la medicina o profesiones afines.
  - El profesorado de las asignaturas “claves” estaría integrado por licenciados en medicina, farmacia o ciencias. A los futuros ATS se les reserva su calidad de monitores.

---

<sup>69</sup> Martín, 1978, *op cit.* p.98

<sup>70</sup> Martín, 1978, *op cit.* p.106

- La titulación académica máxima se reduce al Diploma. Y dada la legislación vigente en nuestro país, es una forma de obstaculizar o impedir totalmente el acceso de enfermeras a integrar el cuerpo docente.

Las características precedentes expresan con claridad la desviación radical de la enfermería de su cometido específico. Es un plan técnico-médico, con la pretensión de convertir a la enfermería -¡como en el medioevo lo fuera la filosofía a la teología!- en *ancilla* de la medicina. Y permítasenos concluir: a la enfermera en esclava del médico<sup>71</sup>.

Las acciones del Consejo de ATSF y enfermeras y las movilizaciones de la coordinadora estatal lograron la inclusión de la enfermería en el ámbito universitario y no en la formación profesional como propiciaba el grupo médico hegemónico.

"Hubiera reglado la dependencia, más pronunciada de la Historia de la enfermería respecto a la medicina Sociológicamente una situación de dependencia es paralela al subdesarrollo. Podemos concluir que la enfermería se halla subdesarrollada en nuestro país... Lo más inquietante es que hay unos condicionantes evocados a prolongar o mantener esta situación de subdesarrollo"<sup>72</sup>

Las palabras de Martín fueron premonitorias en parte, ya que todavía quedan escuelas de enfermería bajo direcciones médicas y cuyo profesorado titular es médico mayoritariamente. En estas escuelas subyace el obsoleto modelo basado en los criterios: para teoría médicos, para la práctica enfermeras, que sigue reproduciendo el histórico control cuando menos conceptual de la medicina sobre la enfermería.

En el curso 1977-78 había 199 escuelas, de ellas: 21 oficiales, 56 dependientes de Entes Públicos (Ministerios diversos, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Colegios Profesionales), 59 de la Seguridad Social y 63 privadas, cuya gestión estaba en manos de Órdenes Religiosas tradicionalmente ligadas a la asistencia hospitalaria, como la Cruz Roja, el Salus Infirmorum, clínicas privadas, fundaciones, etc. Las escuelas privadas de nueva creación, casi sin excepción, femeninas, frente al abandono que el sector privado hace de los ATS M, llevaron a decir a Carmen Ruiz de Elvira Hidalgo

"Los practicantes fueron autorizados a realizar sus estudios en las Facultades de Medicina como venían haciéndolo y con una exigencia mínima de prácticas, y las enfermeras fueron obligadas a cursar estudios por espacio de tres años en régimen de internado en las escuelas de enfermería ya existentes o que se fueran creando, con una serie de prácticas obligatorias en las que se incluían hasta guardias nocturnas, que han supuesto una explotación confesada incluso por Organismos Oficiales, de las estudiantes de enfermería como mano de obra, no ya barata, sino a la que se le exige además el pago de cantidades importantes por gastos de matrícula, derechos de prácticas, pensión alimenticia, habitación, uniformes, etc., etc., explotación que ha estado en el origen de importante conflictos entre estas estudiantes y sus instituciones docentes"<sup>73</sup>

<sup>71</sup> Martín, 1978, *op cit.* pp.106-7

<sup>72</sup> Martín, 1978, *op cit.* pp. 108-109

<sup>73</sup> Ruiz de Elvira, 1977, p.21

Montoliu añadía otros problemas que inciden sobre las estudiantes, como eran:

“La existencia de regímenes disciplinarios en muchos de estos centros, tales que parece primar más el mantenimiento de la disciplina que el aprovechamiento de la formación, estando sometidas las alumnas a la amenaza permanente de expulsión. La situación actual de la enseñanza de ATS y, en una gran proporción, la indefinición y el bajo "status" de la profesión es debido en gran parte a este sistema de dispersión y hasta de descontrol de la gestión de la enseñanza que da lugar a dos tipos de formación diferentes según sus receptores sean varones o mujeres...escuelas privadas ligadas a instituciones hospitalarias son bastantes responsables de esta situación, puesto que el enfoque que se da en ellas (además del tanto de culpa que corresponda a los programas oficiales de estudio), como eminentemente práctico, a la vez que se inculca en las estudiantes un sentimiento de "abnegación", "dulzura", "espíritu de sacrificio" y otra serie de tópicos relativos a la profesión enfermera<sup>74</sup>.

Con las prácticas, las enfermeras consideraban que cubrían puestos de trabajo y en menor medida servían para formar a las futuras enfermeras. Martín se apoyó en las palabras de los doctores Sumoy y Ponseti:

“El profesorado de las Escuelas de Enfermeras debería estar constituido por enfermeras graduadas y especialmente entrenadas para la función docente. En la actualidad la mayoría de nuestras escuelas se encuentran dotadas de profesorado médico, que no ha recibido ninguna formación especial para el ejercicio de la docencia en enfermería. Ello determina que las enseñanzas impartidas se limiten a una explicación resumida de las materias que el médico estudió en medicina, lo que impide formar adecuadamente a nuestras enfermeras<sup>75</sup>.

Un ejemplo de grupos hegemónicos y su pervivencia lo encontramos en 1978 en la escuela de Salus Infirmorum<sup>76</sup> de Cádiz, que en este año se transformó en Escuela Universitaria adscrita. El Patronato compuesto por 12 vocales (4 nombrados por la universidad y 8 por Salus), lo presidía el obispo de Cádiz-Ceuta. La Universidad nombró a un profesor de la misma como Director Académico de la Escuela<sup>77</sup>. A lo largo de los años setenta, numerosas escuelas hasta llegar a casi el centenar se fueron transformando en Escuelas Universitarias, unas como estatales, otras como adscritas, pero su estudio detallado sobrepasa los propósitos de este trabajo.

En 1980<sup>78</sup> se decretó la homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado en Enfermería. La homologación comprendió los aspectos laborales, profesionales y nominativos, pero no los académicos. Para estos últimos

<sup>74</sup> Montoliú, 1978, *op cit.* p.11.

<sup>75</sup> Dr. Sumoy y Sentid y Dr. Ponseti Bosch. El currículo de la enfermera. Cuadernos clínicos, 4/1973, pág. 68<sup>75</sup> Ruiz de Elvira, 1977, p.21

<sup>75</sup> Montoliú, 1978, *op cit.* p.11.

<sup>76</sup> Salus Infirmorum agrupa a las enfermeras católicas del mundo. Solían ser catedráticos inspectores.

<sup>77</sup> Resilles y Mujias, 2003 pp. 128:131

<sup>78</sup> Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado en Enfermería

se creó el curso de Nivelación que se encargó a la Universidad Nacional de Educación a Distancia

“Los Ayudantes Técnicos Sanitarios que deseen convalidar con efectos académicos su título por el de Diplomado en Enfermería deberán superar las materias comprendidas en un programa especial que con carácter de curso de nivelación comprenderá el estudio de las áreas de conocimientos ... Se procurará que los mismos se ajusten a las materias y contenidos que comportan las respectivas áreas y materias, con el fin de lograr adecuadamente los objetivos de cada una de ellas ... Anualmente existirán dos convocatorias, en enero y junio, de las correspondientes pruebas de evaluación del curso”<sup>79</sup>.

En 1989, el Ministerio de Educación y Ciencia, realizó una revisión de las enseñanzas universitarias. Al área sanitaria le correspondió el grupo IX<sup>80</sup> en el que hubo amplia participación. Cada Universidad desarrolló posteriormente estas directrices en sus programas docentes, correspondiendo al Ministerio dar el visto bueno. En este decreto se pasó al sistema de créditos, por lo que enfermería, enseñanza de primer ciclo, debía tener entre 180 y 210. El 1990 se modificó el plan de estudios. Se sale de este trabajo el análisis de la interpretación que han hecho las escuelas en los últimos quince años, que no cabe duda de que, ha sido diversa en cantidad y en la interpretación de los contenidos, a pesar de que se decía:

“La carga lectiva establecida en el plan de estudios oscilará entre 20 y 30 horas semanales incluidas las enseñanzas prácticas. En ningún caso la carga lectiva de la enseñanza teórica superará las quince horas semanales”<sup>81</sup>

En esta reforma se especificó la relación de los descriptores con las áreas de conocimiento y se logró la inclusión del área de enfermería en muchas de las materias, también las áreas de: medicina, cirugía, psicología o sociología entre otras. Esto fue un avance, pero al no haber logrado las enfermeras y enfermeros los niveles superiores académicos, no se tuvieron las mismas condiciones para acceder a las plazas docentes. Una vez más, las enfermeras nos encontrábamos en posiciones de desigualdad a la hora de competir al acceso a la docencia. Se cumplía así la hipótesis de algunas personas que con mucho énfasis recogió Martín en su estudio de 1976

---

<sup>79</sup> Orden de 15 de julio de 1980 (BOE: 23 de julio de 1980). Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el de Diplomado de Enfermería.

<sup>80</sup> Consejo de Universidades. Reforma de la Enseñanza Universitaria del Diplomado en Enfermería. propuestas alternativas, observaciones y sugerencias formuladas al informe técnico durante el periodo de información y debate públicos. Madrid: MEC 1988

<sup>81</sup> Real decreto 1466/1990 de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de diplomado en enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención. (B.O.E. de 20 de noviembre de 1990)

“La dependencia de la enfermería respecto a la medicina, en nuestro contexto socio-educativo, solamente quedará superada mediante el acceso de aquella a los niveles educativos más elevados. Porque tanto la impartición de la docencia como la dirección de los centros docentes, se halla vinculada a estos niveles. Es evidente en consecuencia, que para que la enfermería pueda transmitir a sus futuros colegas los conocimientos específicamente enfermeros y para dirigir los contenidos ideáticos y prácticos del resto del personal docente, necesita la adquisición del doctorado y licenciatura”<sup>82</sup>

La propuesta de las enfermeras y de la Coordinadora fue solicitar toda la carrera docente para la Enfermería. Aceptar las Escuelas que a su vez tenían previstas pasarelas, no fue considerado una mala propuesta. Era difícil valorar el poder de los grupos hegemónicos que, desde su posición, interpretan las leyes según sus intereses. La enfermería no tiene tradición de posición de poder y como tal, no resulta atractivo en el colectivo enfermero, en la sección de relatos se puede ver cómo perciben el poder las enfermeras y enfermeros actuales.

En el año 2006, son 106<sup>83</sup> las escuelas universitarias de enfermería, distribuidas geográficamente: Andalucía 18 escuelas, Aragón 3, Asturias 2, Baleares 3, Canarias 4, Cantabria 1, Castilla y León 10, Cataluña 16, País Vasco 3, Extremadura 5, Galicia 8, Rioja 1, Madrid 16, Murcia 3, Navarra,2, Comunidad Valenciana 5, Ceuta y Melilla 2. Según su dependencia, siguiendo la clasificación de Montoliu<sup>84</sup> de 1978:

---

<sup>82</sup> Martín 1978, *op cit*, p. 372

<sup>83</sup> Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. <http://www.seeiuc.com> 5 Febrero 2006.

<sup>84</sup> Montoliu, 1978.

Tabla 6. Escuelas de Enfermería en dos etapas: curso 1977-78 y curso 2005-06

Comunidad Autónoma	Oficial Univ. Pública	Ente Público	Servicios Sanitarios	Privadas	TOTAL
Andalucía	9	1	4	4	18
Aragón	1		2		3
Asturias	1		1		2
Baleares	3				3
Canarias	3		1		4
Cantabria			1		1
Castilla y León	4	1	3	2	10
Castilla-Mancha	4		1		5
Cataluña	4	1	2	8	16
País Vasco	2		1		3
Extremadura	4		1		5
Galicia	2	1	3	2	8
Rioja	1				1
Madrid	3		2	11	16
Murcia	1		1	1	3
Navarra	1			1	2
C. Valenciana	2		1	2	5
Ceuta y Melilla			2		2
Total 2005-06	45 (42,5%)	4 (3,8%)	26 (24,5%)	31 (29,2%)	106
Montoliú 1977-1978	21 (10,55%)	56 (28,14%)	59 (29,7%)	63 (31,65%)	199

El principal cambio se ha observado en el aumento de las escuelas de las Universidades Públicas y el descenso muy acusado de los Entes Públicos, aunque han disminuido las de Servicios Sanitarios y en menor medida las privadas. Hay que considerar que en este periodo se han abierto numerosas universidades privadas, que siguen considerando rentables estas escuelas, dado que tienen importante demanda por un lado y por otro rentabilizan las prácticas clínicas con los convenios que realizan con las clínicas privadas o públicas. Habrá que estar



atentos para que con el modelo de Graduado de la Convergencia Europea que parece que va a establecer 3 años más 1 de prácticum clínico, no se vuelva a utilizar a los estudiantes de enfermería como mano de obra gratuita en los hospitales y clínicas públicas o privadas.

#### *Acceso del profesorado*

En el primer plan de estudios se contrataron las primeras profesoras enfermeras como profesores no numerarios, si bien Universidades como Santiago de Compostela y Zaragoza entre otras, contrataron a las enfermeras como Maestras de Taller y Laboratorio, cargo que no tiene responsabilidad docente. Este hecho indicaba el escaso valor que se dio por estas Universidades a la docencia enfermera, y, tuvo importantes repercusiones ya que al no reconocer el papel docente, sino de mero auxiliar, impidió acceder posteriormente, a las pruebas de Idoneidad de profesores titulares.

A principios de los ochenta se creó el Área de Enfermería y en 1984 la Ley de Reforma Universitaria en la transitoria 4ª reguló el acceso a profesores titulares de los diplomados en áreas de conocimiento específicas que no tuvieran desarrollo académico completo, como era el caso de Enfermería, Trabajo Social y Fisioterapia, entre otras. La resolución de la Secretaría de Estado para las Universidades e Investigación, aprobó la propuesta de la Comisión de las pruebas de idoneidad para acceso al cuerpo de Profesores Titulares de profesores de la Escuelas Universitarias. Por primera vez en la Historia, esta disposición permitía a los profesionales de Enfermería ocupar plazas de Profesores Titulares. En este año se reconoció el Área de Enfermería como área científica, pese a ello no se desarrolló la carrera académica plena, impidiendo la investigación universitaria.

#### *Especialidades*

En 1987 se reguló la obtención del título de Enfermero Especialista. Se crearon las Especialidades de: Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y

Administración de Enfermería. Estas siete especialidades derogaban a las nueve de ATS y establecían las convalidaciones pertinentes; sin embargo el desarrollo de esta legislación está todavía por finalizar, ya que hasta 1993 no se desarrolló la primera, la de Matronas, año en que se convocaron las pruebas selectivas para el programa de formación de la Especialidad en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), por el sistema EIR (Enfermera Interna y Residente). Esta especialidad se puso en marcha por mandato de la Unión Europea, que exigió la presencia de Matronas en la atención a partos normales. En 1998 se crearon las unidades de Salud Mental, poniéndose en marcha en concreto en Aragón en el 2000.

#### *4.2.3. La enfermería en la convergencia europea: proyecto Tuning (2003)*

El siglo XXI se caracteriza por la capacidad tecnológica de la comunicación en una sociedad global, con el consiguiente desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Es lo que Castells llama la Sociedad Red en la que todo está en relación con todo es lo que algunos llaman mundialización y otros globalización. Este último término hace referencia a la globalización económica y sus consecuencias en el neoliberalismo o neocapitalismo como es el fenómeno de la deslocalización de empresas, una fuerte competitividad económica y, hasta ahora, el aumento de las desigualdades. En este contexto la movilidad estudiantil es un hecho que han puesto de manifiesto los programas de intercambio entre universidades europeas Erasmus, universidades latinoamericanas Intermundus y Erasmus Mundus y entre universidades españolas, Sócrates.

Movilidad y competitividad llevaron a los Ministros Europeos en 1999 a propiciar una estructura universitaria comparable y competitiva entre los países de la Unión Europea, primero de los 15 y ahora de los 25. Definieron un marco de trabajo: una estructura de créditos European Credits Tranference System, conocidos como ECTS, con un valor entre 25 y 30 horas de tiempo de trabajo del estudiante. Una enseñanza para alcanzar las competencias profesionales y basada en el aprendizaje siendo el estudiante el eje del proceso de enseñanza-aprendizaje, un sistema de aprendizaje a lo largo de la vida y unos programas basados en la calidad. Todo ello usando las Tecnologías de la Información y la Comunicación – TIC- y cuya implantación debe estar finalizada antes del 2010.

La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior fue recogida en el Título XIII. De la Ley Orgánica de Universidades.

La Convergencia Europea se plantea establecer la Europa del Conocimiento para: favorecer el crecimiento social, la formación de los ciudadanos e incrementar la competitividad a nivel internacional mediante un sistema educativo de calidad<sup>85</sup>. Ello requiere un reconocimiento académico, lo que conlleva la necesidad de crear un marco de cualificaciones común y flexible, aumentar la competitividad en formación e investigación, dentro y fuera de nuestras fronteras<sup>86</sup>.

Cuadro nº 11. La declaración de Bolonia

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear una base para la comparabilidad y transparencia</li> <li>2. Un sistema basado en dos ciclos</li> <li>3. Establecer un sistema de créditos ECTS</li> <li>4. Facilitar la movilidad y la convergencia europea</li> <li>5. Coordinación de la Garantía de Calidad europea</li> <li>6. Elaborar puntos de referencia para el análisis y comparación de las estructuras de las titulaciones</li> <li>7. Aprendizaje a lo largo de la vida ALV (LLL long life learning)</li> <li>8. Incentivar a las universidades a desarrollar sus estrategias en las competencias generales y específicas y no solamente en los contenidos y conocimientos.</li> <li>9. Hacer atractiva la educación superior europea</li> <li>10. Doctorado</li> </ol> |
|--|

Convergencia Europea significa titulaciones comprensibles y comparables, para lo cual se creó en el 2003 Suplemento Europeo al Título (SET), cuya puesta en marcha será en breve tiempo, en el que se recogen: los datos del estudiante, los datos del Título (área de conocimiento) y de la Institución que lo expide, el nivel y duración del programa realizado, los contenidos con programa de estudios detallado y calificaciones (expediente académico - créditos europeos), el Sistema de calificaciones nacional referido al europeo, la posibilidad de acceso a otros estudios, la certificación (Firma reconocida) y el Sistema de Educación Superior Nacional.

### *El proyecto Tuning<sup>87,88</sup>*

<sup>85</sup> Todo ello en las diversas reuniones: Declaración de La Sorbona 1998. Declaración de Bolonia 1999. Praga 2001.

<sup>86</sup> Salamanca / Parlamento Europeo, 2001/2002. Cumbre de Barcelona, 2002

<sup>87</sup> El anagrama "tuning" es un diapasón y como la palabra tuning significa afinar (en su sentido musical) las estructuras y programas educativos sobre la base de la diversidad y la autonomía. Un

Ideado a iniciativa de la Profesora Julia González de la Universidad de Deusto y el profesor Robert Wagenaar de la Universidad de Groningen, para estudiar la manera de implantar los procesos de la Convergencia en el ámbito universitario. En palabras de Julia González, “a los universitarios no nos gusta que nos impongan las cosas, hagamos por tanto, la reforma desde dentro”<sup>89</sup>. El proyecto Tuning ha contribuido a estructurar la educación superior en los niveles de grado (primer ciclo) y postgrado (segundo y tercer ciclo). Para identificar desde la perspectiva universitaria europea los puntos de referencia comunes para las disciplinas. La declaración de Bolonia propuso: Crear una base para la comparabilidad, el aprendizaje a lo largo de la vida ALV (LLL long life learning), Incentivar a las universidades a desarrollar sus estrategias en la competencias generales y específicas y no solamente en los contenidos y conocimientos, la Garantía de Calidad europea y la elaboración de puntos de referencia para el análisis y comparación de las estructuras de las titulaciones. También, hacer atractiva la educación superior europea y crear un Doctorado europeo.

Participan entre doce y quince universidades de cada país por cada disciplina. Un representante de cada disciplina coordina el grupo y forma parte del comité directivo. Este está formado por los dos coordinadores directivos expertos en educación superior, Julia González y Rober Wagenaar, los coordinadores de cada grupo disciplinar y los expertos en educación superior. En la 1ª fase, que se inició en el 2001, las disciplinas fueron: Empresariales, Ciencias de la Educación, Geología, Historia, Matemáticas, Física y Química. En la segunda fase nos incorporamos: Enfermería y Estudios Europeos. Ha producido dos libros-informe en 2003 y 2005, ambos traducidos al español. Y ha contribuido a crear un estudio semejante en América Latina de forma que se facilite la movilidad intercontinental. En la próxima reunión, de Junio de 2006, se reunirá el grupo latinoamericano con el europeo y se cerrará el estudio Tuning europeo.

---

proyecto por y para las universidades. Una convocatoria abierta por la que las universidades responden al desafío de Bolonia. Los Colores simbolizan: la Base Azul la Unión Europea. El Amarillo: armonizar fuerzas y estructuras. El Verde: universal. Azul: flexibilidad. Rojo: diverso, dinámico

<sup>88</sup> [www.unizar.es/eees](http://www.unizar.es/eees) <http://europa.eu.int/comm/education/tuning.html>.  
[www.let.rug.nl/TuningProject](http://www.let.rug.nl/TuningProject). [www.relint.deusto.es/TuningProject](http://www.relint.deusto.es/TuningProject)

<sup>89</sup> Conferencia de Julia González en Zaragoza, Septiembre de 2002. Presentación de los primeros resultados del estudio Tuning 1ª fase. Parainfo de la Universidad. Notas APCGB.

### *El Grupo Enfermero*

En el año 2003, la Universidad de Zaragoza, fue aceptada para participar en el área de Enfermería en el estudio Tuning<sup>90</sup> liderado por las Universidades de Deusto y Groningen.

El grupo enfermero, cuadro 2, está compuesto por trece países, siendo coordinadora del grupo Mary Gobbi. University of Southampton. Reino Unido y Experto: Heikki Pekkarinen. Universidad Kuopio (Finlandia).

Cuadro nº 12. Componentes del grupo Tuning Enfermero, inicial.

- |     |   |
|-----|---|
| 1.  | Bjorg Dale. Agder University College. Noruega                           |
| 2.  | Clare Walsh. Waterford Institute of Technol. Irlanda                    |
| 3.  | Concha Germán Bes. Universidad de Zaragoza. España                      |
| 4.  | Frederik De Decker. Arteveldehogeschool. Bélgica                        |
| 5.  | Grace Jaccarini. Universidad de Malta                                   |
| 6.  | Inger-Margrete Jensen. County Aarhus. Dinamarca                         |
| 7.  | Ingrid Kollak. Alice Salomon University. Alemania                       |
| 8.  | Irena Wrónska. Medical University Lublin. Polonia                       |
| 9.  | Maarten M. Kaaijk. Hanzehogeschool. Groningen. Holanda                  |
| 10. | Marha Kaunonen. Univ. Tampere. Finlandia                                |
| 11. | Mary Gobbi. University of Southampton. Reino Unido. <i>Coordinadora</i> |
| 12. | Peter Galajda. Comenius University. Eslovaquia                          |
| 13. | Sandor Hollos. Semmelweis University. Hungría                           |

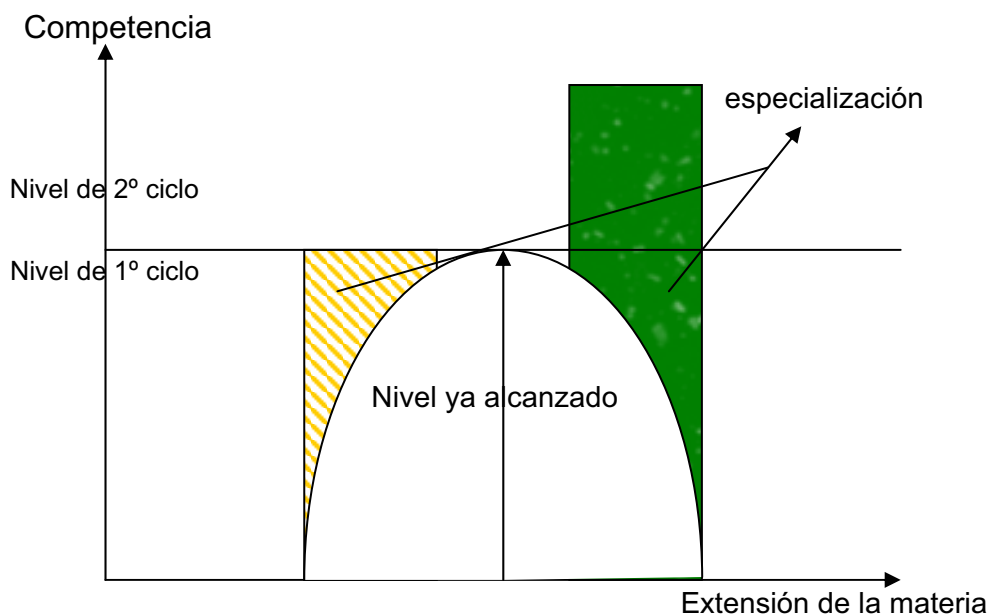
Posteriormente, en el 2005 asistieron como observadores países de la Europa Ampliada de los 25, entre ellos Ucrania y Eslovaquia.

El trabajo del grupo enfermero comenzó en Mayo de 2003; junto con la carrera de Estudios Europeos, se añadió al Tuning en su segunda fase. En la primera reunión se revisó el cuestionario sobre competencias generales que debe lograr cualquier estudiante de educación superior. Este cuestionario fue utilizado por las

<sup>90</sup> Concha Germán Bes, es representante española desde entonces, ha participado realizando 9 reuniones internacionales y en torno a 20 nacionales. Los resultados se pueden consultar en [www.unizar.es/enfez](http://www.unizar.es/enfez) tablón de anuncios.

disciplinas de la primera fase del Tuning. Se aceptó, ya que, salvo ligeros matices se consideró idóneo. Este cuestionario comprende 30 competencias que se comentan más adelante. A continuación se inició el trabajo de construcción del cuestionario de competencias específicas que se finalizó a lo largo del verano. En este cuestionario se organizaron las competencias en torno a seis grupos: 1. Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera. 2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. 3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. 4. Conocimiento y competencias cognitivas. 5. Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación). 6. Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

Fig. nº 6. Relación de competencia en el grado y postgrado con la materia



Las encuestas de competencias generales y competencias específicas que se realizaron "on line" en la Web del Tuning, participaron 30 profesores de enfermería de cada una de las universidades participantes. En España, la encuesta se realizó en la segunda semana de Octubre, coincidiendo con las fiestas del Pilar. En nuestro caso, participaron profesores de Huesca, Teruel y Zaragoza.

“La Competencia fue definida como una combinación dinámica de los siguientes atributos: Conocimiento y Aplicación, Actitudes, Responsabilidades y Ejecución”.

Las *Competencias Generales* para el Grado fueron, según el orden de prelación del grupo europeo:

1. Capacidad para aplicar los conocimientos en la práctica.
2. Compromiso ético
3. Capacidad de análisis y síntesis
4. Habilidades interpersonales
5. Resolución de problemas
6. Trabajo en equipo
7. Capacidad para trabajar en equipo inter-disciplinar
8. Capacidad de crítica y autocrítica
9. Conocimientos básicos de la profesión
10. Capacidad de aprender
11. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
12. Toma de decisiones
13. Preocupación por la calidad
14. Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio
15. Comunicación oral y escrita en la lengua materna
16. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia
17. Planificación y gestión del tiempo

Las *competencias específicas* propuesta y aceptadas para el grado fueron las siguientes:

- 1) Reconocer y responder a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.
- 2) Trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.
- 3) Mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente
- 4) Responder a las necesidades del paciente, cuidadores familiares y otros trabajadores sanitarios o sociales.
- 5) Una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.
- 6) Aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional
- 7) Adoptar los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.
- 8) Reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
- 9) Empezar valoraciones exhaustivas y sistemáticas desde un abordaje integral
- 10) Poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia
- 11) Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades en salud, dolencia, enfermedad, incapacidad o la muerte.
- 12) Aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
- 13) Trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.
- 14) Considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas
- 15) Aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.

- 16) Responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej, dolor, elecciones vitales, revalidación, invalidez o en el proceso de muerte inminente
- 17) Darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.
- 18) Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

En el Segundo Ciclo las competencias generales fueron:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habilidad para trabajar de manera autónoma</li> <li>2. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)</li> <li>3. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes)</li> <li>4. Habilidades de investigación</li> <li>5. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad</li> <li>6. Liderazgo</li> <li>7. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas</li> <li>8. Iniciativa y espíritu emprendedor</li> <li>9. Habilidad para trabajar en un contexto internacional</li> <li>10. Habilidades básicas de manejo de ordenadores</li> <li>11. Motivación</li> <li>12. Diseño y gestión de proyectos</li> <li>13. Conocimiento de una segunda lengua</li> </ol> |
|--|

Y las competencias específicas:

Capacidad para:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes, incluso ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.</li> <li>2) Para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias.</li> <li>3) Administrar con seguridad fármacos y otras terapias</li> <li>4) Para aplicar ética, legislación y humanidades.</li> <li>5) Permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses: emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.</li> <li>6) Dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones</li> <li>7) Dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.</li> <li>8) Aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.</li> <li>9) Informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas</li> <li>10) Representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.</li> <li>11) Educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y otros trabajadores socio-sanitarios.</li> <li>12) Utilizar críticamente las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado según los estándares de calidad relevantes.</li> </ol> |
|--|



- 13) Aplicar ciencias sociales, del comportamiento, de la salud, ciencias naturales y de la vida.
- 14) Aplicar principios de investigación e información.
- 15) Valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).
- 16) Usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).
- 17) Aplicar política nacional e internacional
- 18) Identificar y tratar comportamientos desafiantes (técnicas de comunicación...).
- 19) Es consciente de los principios de financiación de cuidados socio-sanitarios y uso los recursos eficientemente.

Esta distribución debe analizarse y organizarse con la experiencia de los profesionales y no tomarse de manera rígida. Mientras las competencias profesionales son más propias de un primer ciclo, las primeras y de un segundo ciclo las últimas, siendo las de posiciones más intermedias indistintas de uno y otro ciclo.

El estudio Tuning ha recopilado la heterogénea experiencia docente de la multicultural Europa, ha propuesto métodos de aprendizaje y nuevas tecnologías y ha sido una excelente ocasión para compartir un magnífico proyecto de futuro como es el Espacio Europeo de Educación Superior

### *Estudio ANECA*

En el 2004, la Universidad de Zaragoza junto con la de Barcelona coordinaron el estudio a nivel nacional encargado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad Académica<sup>91</sup>. Este estudio utilizó la encuesta de competencias del Tuning y su publicación digital es el llamado libro Blanco de Enfermería<sup>92</sup>

### *Master en Ciencias de la Enfermería*

Durante los primeros meses de abril se ha aprobado la puesta en marcha del Segundo Ciclo según la Convergencia Europea. En 2005 se aprobaron los

---

<sup>91</sup> Luís Bernués Cuenca por Zaragoza y Margarita Peya por Barcelona han llevado a cabo este estudio en el 2004. Ambos directores de sus respectivos centros.

<sup>92</sup> Pueden consultarse sus resultados en la ANECA [www.mec.es/ANECA](http://www.mec.es/ANECA)

decretos de Grado y Postgrado dentro del proceso de adaptación del sistema educativo español al europeo. Los Master europeos se pondrán en funcionamiento el próximo curso 2006/07.

Durante el curso 2002-04 se desarrolló la Primera Promoción del “Segundo ciclo de Enfermería” en la modalidad de Título Propio de la Universidad de Zaragoza. Estos estudios son el precedente del Master en Ciencias de la Enfermería recientemente aprobado<sup>93</sup>

En el 2004 se firmó un convenio con las Universidades que ya tenían el título en aula, concretamente la de Alicante desde 1998. Esta, a su vez, tenía firmado un convenio con la Hogen School Zeeland<sup>94</sup> para el Bachelor en Enfermería, lo que ha permitido que decenas de enfermeras hayan cursado los estudios de doctorado. Igualmente la Universidad de Alicante puso en marcha el primer programa de doctorado de enfermería en el curso 2003-04.

Durante 2005 se firmó el convenio del “Master Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería” con las Universidades de: Alicante, Almería, Autónoma de Madrid, Internacional de Cataluña, Huelva, Lérida y Rovira y Virgili. También en 2005 Alicante ha firmado un convenio para el Master Inter-universitario con Lovaina que se hace extensivo a las ocho universidades del convenio.

#### *4.3. Autonomía profesional*

En el capítulo primero hemos aludido ampliamente las diversas denominaciones que ha tenido la profesión enfermera a lo largo de la Historia y la influencia del género en las mismas. Denominación, imagen y autonomía guardan estrecha relación, y a su vez se relacionan con la identidad de la persona. Mujeres y hombres han realizado prácticas iguales o muy similares, sin embargo, los hombres cuidadores han tenido necesidad de diferenciarse de las mujeres cuidadoras. A la virilidad habría que añadir el prestigio, por los que los enfermeros y practicantes se han vinculado a la figura con más prestigio social que era la del

---

<sup>93</sup> El Master debe ser aprobado por cada Comunidad Autónoma, así en Aragón fue aprobado por el Consejo de gobierno de la Diputación General de Aragón el 21 de abril de 2006 y publicado el día 26.

<sup>94</sup> A finales del 2004, esta Universidad cambia a formato europeo y el convenio queda invalidado.

médico cirujano. Imagen, identidad y prestigio significaban también autonomía y ésta, ha tenido diferente expresión según los interlocutores fueran hombres o mujeres.

#### 4.3.1. Identidad y denominación profesional

La enfermera Manolita Ricart estuvo dos años en Estados Unidos y acudió al congreso de Consejo Internacional de Enfermería en 1949 en Estocolmo. En este congreso, se debatió la propuesta que hicieron los médicos de que Médicos y Enfermeras estuvieran coordinados en un cuerpo con dos clases, doctor y ayudante. Esta propuesta no fue aceptada ya que, las enfermeras deseaban llegar a ser excelentes enfermeras y estar al servicio del enfermo.

“Somos más conscientes de la evolución de las ideologías, los usos sociales y la ciencia, pero siempre ocupando un espacio indispensable en el desarrollo de la vida, aunque todavía poco evidente para la sociedad e insuficientemente reconocido en el mundo sanitario”<sup>95</sup>

Recordemos que en el cambio del 1953 salio con la denominación “*enfermera*” y en unos meses se cambió por la de “ATS”, dando lugar a una “nueva” profesión que no satisfizo a nadie, generó retraso ya que no favoreció la autonomía profesional ni conceptual y supuso numerosos problemas a las enfermeras que salían al extranjero. Como se puede ver el capítulo siguiente de relatos de vida profesional. “Recuerdo los papeles interminables que teníamos que hacer cuando una alumna quería salir a trabajar fuera para justificar que aquel título tenía contenido de enfermería. Quiere decir que esta ideas tardaron muchos años en llegar, llevábamos muchos años de retraso”<sup>96</sup>. Los primeros ATS salieron a la calle en 1956, en 1955 Virginia Henderson ya había dicho cuál era el papel de la enfermera.

El cambio de denominación fue una cesión de las enfermeras en 1953 para llegar a un acuerdo con los practicantes y tener una carrera única. De hecho, como ya hemos comentado el plan de estudios del Ayudante Técnico Sanitario es el mismo que habían aprobado para las Enfermeras un año antes. En 1975 en respuesta a los Practicantes, las Enfermeras argumentaban: “Lo que fue una

---

<sup>95</sup> Publicado en la Revista *Enfermeras* en 1950 y recogido por Rose Tey i Freixa. Enfermería e Historia: dos profesiones compatibles. Universidad Alcalá. Libro de Actas del VI Congreso Nacional e Internacional de Hª de la Enfermería. 2003; 3:10.

<sup>96</sup> Tey. 2005. Relato de vida profesional. Noviembre de 2005. APCGB

benevolencia de las enfermeras en acceder a dejar su nombre (Los practicantes se negaron a llamarse enfermeros, como se llamaban en todos los países) lo han convertido los practicantes en un arma para tratar de minimizar y denigrar la profesión de enfermeras... En vez de agradecer la gentileza de las mujeres en cambiar su nombre para que los hombres no se llamasen enfermeros, desde dicha disposición no han dejado de insistir y exponer los problemas equivocadamente y manejando las disposiciones no como están hechas, sino a su arbitrio<sup>97</sup>.

La Asociación Española de Enfermería Docente en 1983 planteó la singularidad enfermera: La enfermería tiene un rol particular que cumplir en un proceso que ha empezado ya, que es promovido por la Organización Mundial de la Salud y convertido en meta de casi todos los ministerios de sanidad occidentales. El texto presentado aquí tiene la particularidad de haber sido producido dentro de la profesión<sup>98</sup>

La definición de la OMS es: “Es enfermera la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de enfermería, que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos”. “Si es cierto que la enfermera debe atenerse a la opinión del médico en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento, también debe proceder por su propia cuenta a una evaluación de los problemas del enfermo”<sup>99</sup>

Esta definición de la OMS del año 1966 ya recogía las dos líneas de trabajo que definen la labor enfermera, trabajar sobre las necesidades de los usuarios y para sus autocuidados y, apoyar la labor médica. Este documento fue divulgado en nuestro contexto a mitad de los años setenta y en él se recogen las funciones, actividades y tareas de la enfermera profesional y de la auxiliar de enfermería. El documento continúa siete páginas en las que se describen los campos rural,

---

<sup>97</sup> Martín Barroso, 1978:180

<sup>98</sup> Asociación Española de Enfermería Docente. La enfermería en una declaración. *Rev Rol Enferm* 1983 Oct; Año VI(62):67-70.

<sup>99</sup> Comité de Expertos en Enfermería. OMS. Vº Informe. Ginebra 1966. Tomado del documento técnico “Enfermera y Auxiliar de Enfermería. Definición, funciones y tareas propias de cada profesional. (No se incluyen las que corresponden a los grados superiores: supervisoras, jefas, profesorado y directoras de Escuelas)”, de la Comisión Nacional de Estudios de Enfermería del Consejo Nacional de ATS-Enfermeras. Madrid, mayo de 1976. Archivo personal.

hospitalario, formación de los profesionales, gestión enfermera y participación en todos los organismos institucionales.

Las funciones profesionales definidas fueron educación y asistencia sanitaria en los ámbitos rural, hospitalario y ambulatorio, impartir enseñanzas propias de la profesión y participar en la formulación de políticas sanitarias del país.

Las responsabilidades derivadas de las funciones anteriores fueron las siguientes: A) investigar las necesidades que presenta la zona y estructuras un plan educativo a nivel de escuelas, hábitos familiares, de trabajo, de recreación, etc. B) Aplicar las medidas previstas por el equipo de salud, sobre profilaxis y diagnóstico precoz. C) Prestar asistencia en ambientes rurales, tanto en consulta como en domicilio. D) Desarrollar actividades educadoras para usuarios ambulatorios. E) Prestar servicios de asistencia y rehabilitación. F) Colaborar con el equipo de salud en el estudio e investigación de los problemas planteados. G) Recibir información al entrar de guardia sobre estado y evolución de los pacientes asignados. H) Valoración del estado de los enfermos. I) Recogida de datos, análisis y valoración de los mismos. J) Prestar asistencia individualizada y centrada en el paciente mediante planes de asistencia. K) Ordenar y distribuir tareas al auxiliar de enfermería y a alumnos en prácticas. L) Autosupervisión y relación con la supervisora de la unidad. M) Comunicación e integración dentro del equipo de profesionales. N) Gestión administrativa.

Entre las tareas específicas de la Enfermera informar sobre los pacientes, observar, anotar y comunicar síntomas y efectos secundarios al médico; notificar desperfectos y anomalías; consultar altas, traslados; recoger datos para valoración enfermera, plan de cuidados, velar por el confort, ambiente, movilidad, control metabólico, dieta especiales, control de signos vitales, sondajes, diuresis, muestras de laboratorio, traqueostomizados, ...

La segunda parte del documento definió las tareas de las Auxiliares de Enfermería.

“Se considera Auxiliar de Enfermería la persona poseedora del título de Primer Grado de Formación Profesional”. Su función es la de participar en la elaboración de los cuidados elementales del paciente. Entre sus tareas, por delegación de la enfermera están: aplicar bolsas de agua caliente o hielo, ayudar a la: movilidad, alimentación, aplicación de enemas, control lde diuresis, higiene; observar y comunicar a la enfermera: anomalías; mantener limpio: entorno, confección de camas, asepsia, utillaje; traslado de pacientes, peticiones, aparatos”.

De las diversas definiciones de la Enfermería que se abordaron en el estudio Tuning, se utilizó 40 años después una metáfora elocuente de gran eficacia simbólica. Se definió la labor enfermera como *semejante a la del tejido conectivo, que hace de cemento o de aglutinante*. Hasta hace poco apenas se sabía sobre este tejido y hoy es perfectamente conocida su estructura. La labor de cuidado es muy semejante, ya que se ocupa de aspectos biológicos o materiales, psicológicos, sociales, culturales, emocionales y espirituales. La parte inmaterial es la más invisible y de ella nos hemos ocupado a lo largo de la historia las mujeres. La sociedad actual es muy plural, no obstante predominan valores como el poder, el placer rápido, la violencia... En el estudio que realizó el Consejo de Enfermería, se concluyó que la autoimagen se valoraba baja porque lo asociaban con "sacrificio", "esfuerzo", "solidaridad", "ética", "altruismo" etc, unido a su percepción de tener bajo reconocimiento social. La antropóloga M<sup>a</sup> Teresa del Valle<sup>100</sup> en 2004 expresaba las dificultades de objetivación de su labor debido a los componentes afectivos y morales y a que son cualidades "naturalizantes" atribuidas a las mujeres.

Por ello, delimitar el campo de autonomía propio y exclusivo de la profesión enfermera resulta difícil si no cambiamos la mirada. Analizar los cuidados enfermeros con el enfoque de género, permite visualizar y recuperar los valores perdidos de la autoridad, la relación de mediación, de apertura, de relación con los demás, la relación de ayuda y la confianza.

Esta discrepancia entre el sentimiento profundo del valor del cuidado enfermero y la percepción de su escaso valor social es, posiblemente, la fuente principal de insatisfacción de las enfermeras. Es una discrepancia que se da en lo macrosocial y no tanto en lo microsociales, cuando las circunstancias y las enfermeras no lo dificultan, cosa que percibe muy bien el usuario tanto en positivo como en negativo, y que podemos resumir como el "trato recibido". En todos los estudios sociológicos de la profesión enfermera hay coincidencia en que las enfermeras se sienten reconocidas por los usuarios y muy poco reconocidas por las instituciones, en una relación directa con el grado de participación de las enfermeras en las mismas. Así se sienten poco reconocidas por las direcciones de los hospitales y menos por los poderes políticos y por la Sociedad en general. Lo que tiene que ver con escasa participación enfermera en poderes públicos y en los medios de comunicación.

---

<sup>100</sup> Del Valle, 2004, pp. 41-61.

La disposición de servicio a la sociedad se ha dado a lo largo de la historia de la profesión, impregnada de las diferentes consideraciones que han tenido las mujeres y los hombres en la profesión y su reconocimiento ha sido excepcional, extraordinario, por ejemplo antes catástrofes. Conocemos el trabajo de Nigthingale en la guerra de Crimea y su reconocimiento social expresado en el hecho de que esté su imagen en los billetes de 10 libras. Nigthingale creó el diagrama circular y enfatizó en la función de recogida de datos y análisis estadístico<sup>101</sup>. Contemporáneo suyo en España fue Santiago Vergara, practicante de Carboneras en la provincia de Almería, que tuvo un destacado papel en el control de la epidemia de cólera que hubo en el siglo XIX y su trabajo está reconocido en una calle existente en el pueblo<sup>102</sup>. Ambos trabajos se visibilizaron, en el caso de Florence jugó un papel relevante el que perteneciera a una clase social privilegiada, su padre fue loor y perteneció a la cámara de Lores. Además, Florence fue educada por su padre con el nivel de instrucción de un hijo varón, ya que no tuvo hermanos. Florence escribió su obra y ha sido ampliamente estudiada. Su prestigio es internacional y permanece a lo largo del tiempo. Santiago perteneció a una modesta clase social y su trabajo fue reconocido a nivel local, y en el ámbito de la provincia de Almería y en Andalucía en tanto en cuanto se han organizado jornadas con su nombre y se ha publicado su trabajo en una obra colectiva.

Aunque se hayan producido cambios en el acceso de la mujer a la educación, la entrada en el mercado de trabajo, la disminución en el número de hijos/as, no se ha seguido de cambios semejantes en la responsabilidad del cuidado. Otra importante antropóloga, Dolors Comas, ha reflexionado sobre el cuidado.

“Por apoyo y cuidado se entiende todo un conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas y es un componente básico en la construcción social del género que repercute directamente en la identidad y en las actividades que realizan las mujeres”<sup>103</sup>

El profesor Gracia<sup>104</sup> historiador de la medicina en 1994 argumentó la tesis de que la enfermería se ha constituido como profesión, no concluida, en las últimas décadas. “No es solo una actividad técnica, sino algo más, una actitud social y humana no fácil de definir”. En la década de los ochenta estábamos en un proceso de cambio profesional, podríamos decir que en una etapa “adolescente” en la que el

---

<sup>101</sup> Sobrido, González, Pichel, 2003 pp. 82:86.

<sup>102</sup> Amezcuca, Germán, Heierle y Pozo, 1994, p. 264

<sup>103</sup> Comas, 2000, pp.187-188.

<sup>104</sup> Gracia, 1994, p.53.

viejo modelo no nos servía y se comenzaba a dibujar el nuevo modelo. Esto, a veces, era mejor visto por otros que por los propios profesionales. En pleno debate sobre la recién creadas Consultas de Enfermería en 1986, el doctor Marrón subdirector de Atención Primaria del Insalud de Madrid, expresó:

“La enfermería está redefiniendo su papel, incluso a nivel mundial. Nació como una prestación generosa y de ayuda a los médicos y a los enfermos, que después se ha ido profesionalizando y elevando su nivel científico y técnico... Su futuro es prometedor, soy optimista”<sup>105</sup>

La enfermera finlandesa Henriksson, en 1999, en un trabajo histórico durante el siglo XX, publicado en la revista de historia de la medicina *Dynamis*, realiza un recorrido de la evolución de la profesión desde el enfoque de género:

“El desarrollo de la enfermería ha sido un largo proceso de cambios culturales y de lucha de intereses. ¿Ha dado poder-empowerment a las mujeres?. ¿Qué esperaban ganar con el desarrollo ocupacional?, ¿Qué ganaron? y ¿Qué les obliga a las mujeres a hacer lo que hacen?. Cuidar ha sido y es una ocupación gratuita que significaba la plusvalía del punto de vista profesional de la enfermería, se incluye como obligación de las mujeres y luego se rehúsa socialmente darle valor. ...”<sup>106</sup>

La profesora y ensayista de la profesión Alberdi en el año 2000 afirmaba que las enfermeras perciben de forma única aspectos del proceso salud-enfermedad de las personas y de las poblaciones:

“Mirada que se posee desde siempre, trasciende el instinto y se convierte en servicio. También un compromiso, filtro que asegura cada gesto, rutina o proceso de la atención comunitaria para resolver problemas desde la orientación cuidadora. En palabras de Henderson, 1979. “Si las enfermeras miran a las personas en vez de la enfermedad, es imposible no dar cuidados individualizados”. Y Colliere en 1986 decía: “La propia enfermera es el mejor instrumento terapéutico... los médicos amplían los recursos que provienen del entorno... las enfermeras amplían los recursos internos de la persona”. “A menudo las tareas de cuidado más importantes que hacen las enfermeras son -invisibles- en el sentido de que conocen a la persona y su entorno, la apoyan hacia logro de sus objetivos y promocionan sus posibilidades internas y esto no siempre es visible”. Esto requiere tiempo para diseñar y ejecutar, reconocimiento, respeto y valoración, así como compromiso por el éxito de la empresa. “Hemos conseguido el mundo en los últimos 20 años, ahora toca habitarlo, poseerlo con orgullo, confort y alegría y profundizando en las actitudes”<sup>107</sup>.

Las enfermeras se atreven a realizar y a contar lo que, como profesionales, consideran que es su deber, y con cierta frecuencia abandonan los hospitales que les asfixian. Así se expresaba recientemente una enfermera que decide seguir sus convicciones:

“Siempre me ha atraído la relación con los demás, estar con la persona que te necesita. Mi padre quería que hiciera derecho o medicina, porque ser enfermera era una categoría inferior. Descubrí que tenía que trabajar con la palabra –como mi padre quería-; dejé el hospital después de 23 años, cuando me decían ¿Cómo vas a dejar una plaza en propiedad?, contestaba que la Seguridad social me tenía a mí. En mi nuevo trabajo con terapias naturales, yo podía tener el tiempo que no tenía en el hospital

<sup>105</sup> Marron, 1986, pp. 47-49.

<sup>106</sup> Henriksson, 1999, pp. 305-327.

<sup>107</sup> Alberdi, 2000, p. 22.



para tratar con la gente... Puedo ir haciendo muchas cosas que sé hacer bien, que hay mucha gente que además va a apreciar y a valorar porque las necesita... Siento que estos últimos años han sido quizás los mejores de mi vida<sup>108</sup>.

Los inicios de la profesionalización con Nigthingale (1820-1910) recuerdan sus palabras:

“Pero si usted no puede conseguir el hábito de la observación de una forma u otra, es mejor que deje de ser enfermera, porque no está usted llamada para ello, pese a lo amable que sea”<sup>109</sup>.

En 2003 Roser Tey comparó la profesionalización de los pintores, distinguiéndose de los artesanos, con la de la enfermería al trata de reconstruir la idea de la autopercepción. Afirmaba que cuando se contempla la obra de los cuidadores con una perspectiva histórica, se constata la persistencia de unos valores característicos que no se ven afectados en lo fundamental por los cambios circunstanciales.

“Somos más conscientes de la evolución de las ideologías, los usos sociales y la ciencia, pero siempre ocupando un espacio indispensable en el desarrollo de la vida, aunque todavía poco evidente para la sociedad e insuficientemente reconocido en el mundo sanitario. Saber estar en la visión diacrónica del cuidar... Sociedad cambiante que nos hace revisar objetivos antes de ser alcanzados; los grupos débiles socialmente consiguen alcanzar sus objetivos si están cohesionados y muy atentos a los cambios políticos o sociales en los que se producen fisuras en el poder donde es posible introducirse e influir (ej. la consecución de los estudios universitarios en la llamada "transición" política.<sup>110</sup>

En síntesis final, podríamos decir que la imagen profesional, el prestigio, la autonomía y el nombre son ingredientes fundamentales de la identidad profesional. Pocas veces en la historia se ha expresado este conflicto con tanta transparencia y radicalidad como en España en el proceso de 1976. Hoy en día y también en 1976, en el debate que hubo sobre la denominación se decía que “enfermera”, palabra que evidentemente deriva de enfermo<sup>111</sup>, se ha perdido esta etimología. En el mismo comunicado de la Coordinadora Provincial en diciembre de 1976 cuando se ya se había logrado recuperar el nombre de Diplomado en Enfermería se decía:

“Si decidimos reivindicar el titulado de Diplomado en Ciencias de la Enfermería frente al Técnico Sanitario no es por una cuestión puramente formal, porque la enfermería es algo más que una técnica aunque esta se necesite para aplicar ciertos tratamientos... Lo que se baraja no es un nombre más o

---

<sup>108</sup> Moriano, 2005, pp. 61-65.

<sup>109</sup> Sobrido, opus cit.

<sup>110</sup> Tey, 2003, pp. 3:10.

<sup>111</sup> Anónimo. Lo que se baraja no es un nombre sino la sanidad del país. *Mundo Diario*, 11 Marzo de 1977.

menos bonito, ni el hecho que a los señores practicantes les disguste la forma masculina del título, sino algo tan serio y que afecta a todos los ciudadanos) como la concepción de lo que es o debería ser la Sanidad del país”<sup>112</sup>.

#### Lo que decían los practicantes:

“No estamos dispuestos a que se nos coloque el cartelito de enfermeros más adecuada a las mujeres que con su exquisitez pueden prestar mejor atención a los enfermos; nosotros queremos algo parecido a lo de Rusia, con estudios básicos fuertes y luego especialidades... Consideramos que el enfermero es aquella persona que lleva camillas y hace las veces de auxiliar del clínica y no estamos dispuestos a dar un paso atrás... Proponemos otros nombres para nuestros estudios, como Diplomados en Medicina y Cirugía, o, incluso Técnicos Sanitarios porque ¿cómo vamos ahora a cambiar nuestro nombre por el de enfermeros-podólogos, por ejemplo?... Con la unificación colegial saldremos perdiendo porque sólo en Barcelona hay cuatro mil practicantes y ocho mil enfermeras; el nuevo colegio debería admitir las especialidades porque, por supuesto, nosotros no somos enfermeros”<sup>113</sup>.

#### Lo que recogió la prensa sobre las enfermeras:

“Según nos informan enfermeras en ejercicio al estar en internado, muchas veces en centros religiosos, nos tratan como novicias más que como futuras profesionales y se dan múltiples casos de abuso de mano de obra gratis como son los estudiantes de ATS en los hospitales”. “Mientras en España la enfermera está muchas veces considerada por debajo de su importancia real, en todo el mundo la profesión está cobrando importancia creciente. Existen centros especiales dedicados a la investigación, la especialización...”<sup>114</sup>

Tampoco las matronas estuvieron todas de acuerdo. En una nota de prensa se recogía de la siguiente manera:

“Las matronas consideran que la unificación les perjudica y les hace perder a ellas el control de la profesión. Consideran también que esa unificación no está de acuerdo con su formación concreta y específica”.

La falta de visibilidad simbólica la podemos observar en un hecho que sucedió en el Gran Hospital por esas fechas y que provocó nota de prensa con el titular: “ATS protestan por intervención de un médico”. En el telediario, el médico fue presentado como representante de médicos y enfermeras. Sin embargo en la entrevista no solo estuvo el médico sino una enfermera a la que no se le pidió opinión y sin embargo el médico se erigió en portavoz. La protesta se recogió con las siguientes palabras:

“Quienes sabemos los problemas que nos atañen somos nosotros, y no aceptamos resolución de ninguna clase que no haya sido negociada con nuestros representantes... En la nota no se recoge

<sup>112</sup> Coordinadora, 1976. APCGB

<sup>113</sup> Ibáñez M.E. Enfermeras y practicantes a la greña. A la unificación de ambos colegios se oponen concepciones muy personales de las respectivas Juntas. *Mundo Diario*. 9 Marzo de 1977. Incluso les dieron a los periodistas un sobre con un talón para tratar de mediatizar la información. Dos días después publicaron un artículo donde dicen “la información era gratuita” y que dejaron el sobre encima de la mesa. La coordinadora provincial agradeció la libertad de los periodistas.

<sup>114</sup> Ruiz de Elvira Malen. Practicante, enfermeras y matronas: hacía un colegio profesional único. *El País*. Sociedad, pág. 21. 30 de Marzo de 1977

cuales son los problemas concretos, sino que no son solo de los médicos y atañen a la totalidad de los estamentos del centro”<sup>115</sup>.

La solución que emerge a principios del siglo XXI es la tecnificación y cientifización de la profesión enfermera, incluyendo lo que suele denominarse la “enfermería basada en la evidencia”, es decir, la visibilización de las tareas concretas del cuidado enfermero (registro, cuantificación y evaluación de actos enfermeros).

#### 4.3.2. Los diagnósticos enfermeros. NIC, NOC, NIPE

En 1953 Fry introdujo el término diagnóstico como paso previo para desarrollar un plan de cuidados. Pasaron veinte años hasta que se convocó en 1973 la Primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos Enfermeros. Henderson en 1955 y Abdellah en 1960 propusieron organizar los programas académicos de enfermería conforme a problemas de enfermería o necesidades de los pacientes, no según diagnósticos médicos. En las décadas de lo sesenta y setenta se desarrollaron los modelos y teorías enfermeras, a partir de las cuales las enfermeras comenzaron a organizar los conocimientos y prácticas en sus propios marcos conceptuales. Si bien, como toda disciplina que nace conceptualmente (Kritek señalaba que la mayoría de las teorías describen como debería ser en realidad y no como es), el diagnóstico de enfermería puede proporcionar una solución a esta búsqueda en enfermería ya que sirve para “definir la enfermería en su estado actual, clasificar el ámbito de la enfermería y diferenciar la enfermería de la medicina”<sup>116</sup>.

Al desarrollo de los diagnósticos enfermeros contribuyeron diversos factores: las necesidades de salud del usuario, la legislación que afecta a todas las áreas profesionales, las realidades de la práctica, los programas de estudio, las diferencias entre actividades enfermeras y médicas, y los problemas del paciente ejemplificados en la bibliografía enfermera, los estándares de la práctica y the North American Nursing Diagnosis Association (conocida en España por su acrónimo NANDA)

---

<sup>115</sup> Anónimo. ATS protestan por intervención de un médico. Ya. 7 de Mayo de 1977.

<sup>116</sup> Carpenito, 1986, p. 554.

“El aumento del apoyo dado a la enfermería durante un siglo podría verse perjudicado en una década, si las enfermeras no aprenden a exponer lo que hacen a los pacientes, a demostrar que podían hacer lo que estaba descrito, y a proporcionar evidencias de los resultados positivos de las acciones llevadas a cabo. Un lenguaje conciso y universal de los diagnósticos de enfermería proporcionaría un marco para la demostración de lo que se necesita hacer<sup>117</sup>.”

En España en 1984 se tradujo el primer libro de Carlson, en 1986 se tradujeron las obras de Cardenito<sup>118</sup>, y Campell en 1987. Desde entonces son numerosas las obras que se han publicado en España, como traducciones, adaptaciones<sup>119</sup> o propuestas propias de diagnósticos enfermeros<sup>120</sup>. En el prólogo de la edición española de Campbell se decía:

“La contribución más importante en la identificación y consolidación del papel de la enfermera en los últimos años ha sido el diagnóstico de enfermería... El esfuerzo de su trabajo se dirige hacia algo concreto e identificable, donde desarrollar sus conocimientos y aplicar su tiempo y esfuerzo<sup>121</sup>.”

El desarrollo de los diagnósticos enfermeros altamente productivo se encuentra en la etapa de adaptarse para su uso informático, tarea no exenta de complejidad. Hasta la fecha los programas informáticos más usados son: 1) “Gacela” es una aplicación enfermera en el ámbito hospitalario y fue creada por Lola Arroyo enfermera de Madrid en los noventa. 2) “OMI” del que existen diversas versiones en Atención Primaria. 3) “Diraya” programa de uso multidisciplinar en Atención Primaria en Andalucía. En el año 2003, Adolf Guirao recibió el reconocimiento de la NANDA por su trabajo de validación de la etiqueta “Sedentarismo<sup>122</sup>”. El equivalente en España de la NANDA es la AENDE,

“Aumentar la visibilidad de la contribución enfermera a la atención al paciente a través del desarrollo continuo, el refinamiento y la clasificación de los fenómenos que dicen respecto a la enfermería<sup>123</sup>”

La enfermería europea se ha incorporado con cierto retraso a la utilización de los diagnósticos enfermeros, siendo los primeros Congresos de finales de los noventa, debido a cierto recelo, que provoca al menos en las generaciones mayores, lo que viene allende de los mares. Transcurridos veintidós años de las primeras

---

<sup>117</sup> Carlson, 1985, p. 12. Las palabras corresponde a Kristine Gebbie que presidió la conferencia.

<sup>118</sup> Carpenito, 1986, p. 554.

<sup>119</sup> Cuesta, Benavent y Guirao, 1994,

<sup>120</sup> Romero y Germán, 1989, pp.10-21 y Germán, 2003, pp.1369-1388

<sup>121</sup> Campbell Claire. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona: Doyma 1987:2085. pág. VII. Véase en el capítulo sexto de la producción científica algunos de los artículos sobre diagnósticos en enfermería comunitaria.

<sup>122</sup> Guirao, Moreno y Martínez, 2001, pp.135-140.

<sup>123</sup> [www.enfermundi.org](http://www.enfermundi.org). 24 feb 06

traducciones españolas y a la vista del desarrollo actual, podemos afirmar que hemos sido pioneros en Europa. Y aún tratando de generar nuestra propia cultura de los cuidados, no perdemos de vista el importante indicador de la comparabilidad que un lenguaje común nos permite.

En este mismo sentido se creó el Centro para la clasificación y efectividad clínica en enfermería. Un centro de investigación para la Clasificación de las Intervenciones en Enfermería, conocido como NIC (Nursing Interventions Classifications) y NOC (Nursing Outcomes Classifications) es decir, clasificación de los resultados enfermeros. Y el proyecto NIPE, Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera, que se enmarca en el proyecto Análisis y desarrollo de los GDR (Grupos relacionado con el diagnóstico médico) en el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>124</sup>. En 2003 las enfermeras comunitarias consideraron que el NIPE tiene un enfoque excesivamente hospitalario<sup>125</sup>.

#### *Sociología de la profesión enfermera en España*

En 1977, la joven y recién elegida junta de gobierno del Colegio Provincial Unificado de ATS de Madrid, dió luz verde a la publicación de un estudio sociológico encargado por el antiguo Colegio Provincial Sección Enfermeras y ATSF de Madrid. El ámbito de estudio eran las Enfermeras y ATSF de la ciudad de Madrid y constituye un trabajo de gran interés porque da un perfil de la profesión que, aunque parcial, por estar limitado sólo a Madrid y no incluir los hombres, es un referente del momento profesional. Ya hemos comentado algunos de sus resultados pero, dada su importancia vamos a realizar un resumen de las propuestas más destacadas. El análisis estuvo desagregado por enfermeras antes de 1953 y ATSF. Esta diferenciación no la hemos encontrado en otros estudios y responde a la consideración de constatar y analizar una injusticia que el autor califica de: "Irritante diferenciación entre los profesionales de la enfermería española... Incongruente, consecuente con la pretensión de los antiguos

---

<sup>124</sup> [www.enfermundi.org](http://www.enfermundi.org). 24 feb 06

<sup>125</sup> [www.faecap.es](http://www.faecap.es). 25 feb. 06

practicantes que no admitían su equiparación con las enfermeras... El tradicional interés del hombre en lograr una marginación de la mujer profesional”<sup>126</sup>

Tomando como referencia al Sociólogo de las Profesiones Sanitarias Freidson Elliot. Martín en 1978 al analizar la situación de las enfermeras madrileñas dijo que la enfermería se aproxima más al tipo profesional que al no profesional, ya que reúne las condiciones requeridas para ser considerada como profesión liberal:

“Posee la formación técnica en regla, acompañada de un procedimiento institucionalizado que da validez tanto a la educación de la formación como a la competencia de los individuos formados... No sólo domina la tradición cultural en el sentido de haberla comprendido, sino, además, la habilidad de utilizarlo en alguna de sus formas de uso... Cuenta con algún medio institucional de garantizar que la citada competencia se va a dedicar a actividades socialmente responsables... Y conlleva un alto nivel de implicación personal”<sup>127</sup>

El mundo de la enfermería en palabras de Martín es:

“Un mundo plagado de deficiencias y potencialidades, organizada en función de los intereses y necesidades, bien directas, bien indirectas de los grupos privilegiados. Deberá realizar una profunda transformación social estructural tanto en su proceso formativo como en su expresión práctica”<sup>128</sup>.

En 1965 la Asociación de Enfermería Norteamericana declaraba sus principios y las cuatro funciones básicas de la enfermería, docente, asistencial, gestora y administradora:

“Una escuela de enfermería debe ser independiente de los órganos de servicio, a la vez que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. Debe procurar el desarrollo de las estudiantes como personas. La dignidad del paciente como ser humano, la provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo que como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; p.e. la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura y como profesional competente”<sup>129</sup>

El tema de convalidación de las enfermeras de antes de 1953, lo abordamos en el apartado Organización Colegial, pero no cabe duda de que constituye una de las discriminaciones de género más flagrantes de la enfermería española. El trabajo de Martín es, a nuestro juicio, el más completo, sin embargo escasamente citado o utilizado posteriormente y apenas conocido. Veamos los resultados más interesantes:

---

<sup>126</sup> Martín, 1978, p. 31

<sup>127</sup> Idem nota anterior, p. 13

<sup>128</sup> Martín Barroso, 1978, p.367.

<sup>129</sup> García, 2001, p. 214.

En los setenta, el perfil profesional de las enfermeras de Madrid era una profesión joven con una edad media de 35 años, con un fuerte abandono entre los 30 y los 40 años para dedicarse a la crianza y una reincorporación posterior, aunque ya se observaba una tendencia a mantenerse en el trabajo después de casadas. Disminuía la proporción de religiosas y las enfermeras mayores trabajaban en ambulatorios mientras que las jóvenes lo hacían en los grandes centros hospitalarios. Frente a la percepción que se pudiera tener, las enfermeras y ATSF españolas tenían un nivel bastante elevado respecto a la población española en cuanto a los ingresos familiares, comparada con la media española (Informe FOESSA) de forma que se situaban en un nivel medio-alto entre 25 y 60.000 pesetas, pero esto tenía que ver con un 30% de pluriempleo y jornadas superiores a las 48 horas.

Tabla nº 7. Ingresos económicos de enfermeras y ATSF en 1976. Madrid.

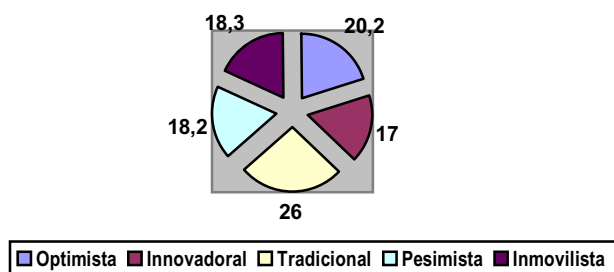
Estrato	Volumen de ingresos familiares mensuales	FOESSA , 1973 %	Enfermeras madrileñas 1976 (a) %
Alto	Más de 60.000 ptas.	5,2	20,2
Medio-alto	Entre 25.000 y 60.000	49,3	58,5
Medio-bajo	Menos de 25.000	24,7	21,2
Bajo	Menos de 10.000 (solo FOESSA)	20,8	----

(a) Por la diferente extensión de los intervalos, utilizados en una y otra investigación, hemos asignado los siguientes valores: Alto: más de 60.000 ptas. Medio-alto entre 25.000 y 60.000 ptas. y Medio-bajo: menos de 25.000 ptas. Fuente: FOESSA en Martín Barroso, 1976, p. 52

Las enfermeras madrileñas en 1977 realizaban actividades curativas y predominaba la imagen técnica sobre la humanista. Había un porcentaje bajo pero significativo dedicado a tareas burocráticas, subempleadas, cuando existía una fuerte demanda de enfermeras. Eran creyentes y se autocalificaban de centro-izquierda, siendo las mas mayores de extrema derecha.

Veinte años después en 1998, el Consejo general de Enfermería encargó un Macro estudio del que publicó los primeros resultados de las Entrevistas a Expertos y las Encuestas realizadas a 3.300 profesionales. Concluyeron que:

**Figura nº 7. Tipos de Enfermeras/os en 1998. España**



“Es una profesión vocacional, eligen la profesión porque les gusta el 91,5 de las mujeres y el 61,9 de los hombres. Entre los cambios beneficiosos están: la relación con los pacientes, la Diplomatura, las Funciones... Mientras que los perjudiciales son: la falta de estudios superiores y de

especialidades, la relación con los directivos, los jefes inmediatos e imagen ante la sociedad. Están satisfechos con la formación recibida un 80%”.

“En la Atención Primaria de Salud destacan las actividades de Educación para la Salud, la Consulta y la Atención Domiciliaria. En el hospital destacan: los flujos de información, el apoyo emocional y psico-social y la planificación asistencial con el paciente y familia. La sobrecarga es un obstáculo para contribuir a la salud de la población”.

Muy ilustrativa es la agrupación en cinco grupos en base a los valores que manifiestan respecto a la salud y la profesión: el grupo I, (18,3%) lo denominan *inmovilistas pasivos* (las cosas están bien, dejarlas como están). En el grupo II, (20,3%) se sitúan el denominado *Autovaloración positiva, críticos y activos* en pro de la dignificación de la profesión. En el grupo III, (17%) están lo *Optimistas* en pro de la desdramatización de los temas. En el grupo IV, (18,2%), un poco superior al anterior encontramos los contrarios, *Los Pesimistas*, que infravaloran la propia actividad y en último lugar V, (26%), *Visión tradicional* y tópica de las enfermeras (auxiliar, sacrificio...) <sup>130</sup>

En Zaragoza en el curso 1992-3, se realizó un estudio con los estudiantes del tercer curso con varios propósitos: conocer la motivación, las expectativas profesionales y la valoración teórico-práctica del currículo de enfermería. Un 77,7% lo eligió por vocación y 73,4% por tener trabajo. Un 95% volvería a elegir los mismos estudios. Les gustaron las practicas en un 97,8%; un 82% lo consideraban

<sup>130</sup> Krief, 1998, p. 220.



gratificante y un 61,2% estresante. Sus tendencias son preferentemente hospitalarias, conceden mucho valor a la atención domiciliaria entre sus prioridades están los cuidados a los crónicos, ancianos y enfermeros de SIDA y las labores preventivas. Los autores recomendaron que:

“El Potencial vocacional debería tenerse en cuenta por las instituciones con una adecuada política de incentiación, cambios ambientales y organizativos, ya que, al cabo de unos años de trabajo, se manifiestan poco motivados”. Tomás y col.<sup>131</sup>

En el año 2004 en Cádiz se encuestó a 292 estudiantes, 71,2% chicas de 20 años de edad que vivían con los padres, cuyos estudios eran de segundo grado, 70% de empleo de padres y un 70% de madres amas de casa. Concluyeron que la enfermería es una profesión vocacional (96%) y que la vocación está relacionada con la edad, a más edad, mas percepción de vocación. Estudian enfermería por:

"Tener un trabajo, hacerse un futuro, facilidad para trabajar, aspecto económico, independizarse... Vocación como gustar, querer, valer, afinidad... Ayudar, cuidar, aspecto humano, labor social... Conocimientos, formación, saber, aprender... No haber podido entrar en otra carrera... Corta, sencilla... Conseguir un título, estudios superiores... Posición social, ser alguien, reconocimiento social o familiar, prestigio... Tradición familiar, amistades, obligación... Relaciones humanas, trato con los demás... Ejercer una profesión"<sup>134</sup>

“En sus propias palabras: *Esencialista* es: vocación es tendencia, disposición, hecho para ello, nacieron con esa idea, instintivo, sexto sentido en ayudar a las personas. *Labor Profesional*, ganas, interés, ilusión, deseo de hacer, siempre le ha gustado. No es algo puntual, sino perdurable y es algo interno. También *Calidad y Vocación* ser profesionales... Ejercer con los cinco sentidos, sin cometer ningún error.... Escuchar, afectividad. El ideal de enfermería es ayudar a los demás, cuidar, realizar técnicas. Diferencias significativas entre chicas=cuidado y chicos=técnicas”<sup>132</sup>.

En 2005, el Colegio de Enfermería de Barcelona realizó un estudio a una muestra de 2.122 enfermeras de Barcelona de un total de 27.251. Agruparon los resultados en torno a tres cuestiones: cómo somos, principales problemas y cómo nos gustaría ser.

*Como somos*: Edad media 38 años. 87% mujeres y tendencia a mayor feminización. Clase media-media. Mas del 50% ganan entre 1.200 y 1.800 €. Un tercio jóvenes menores ingresos. Ideológicamente de izquierdas. Destacado papel en la sociedad catalana. Muy especializada, pública y hospitalaria en marcos organizativos complejos. Un 18% tienen otro empleo. Tienen un 70% trabajo estable y un 30% precario. Salidas cortas de la profesión por maternidad. La vuelta supone ajustes a la organización. La mayoría realizan esfuerzos adicionales

<sup>131</sup> Tomás, Rabanaque, 1996, pp. 172-173 y también Tomás, Rabanaque, Monzón y Fernández, 1996, pp. 176-177.

<sup>132</sup> Martínez, 2004, p. 207.

atribuidos a características sociales de los usuarios y a demandas que exceden las posibilidades del sistema. Alto nivel de control y autonomía técnica. El control sobre la organización social del trabajo es menor, y mucho menor lo es sobre la orientación de la organización. Como resultado perciben tener un elevado grado de libertad en la realización de su trabajo. En general, se sienten satisfechas con su profesión un 80% volvería a entrar. Sienten que su profesionalidad está bien valorada por sus colegas y los usuarios pero insuficientemente valorada por la organización y la sociedad.

*“Principales problemas:* retribuciones insuficientes, falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político. Por encima de todo, para la mayoría de las profesionales, su profesión consiste fundamentalmente en una forma de ayudar a los demás y consideran que están al servicio del bienestar de las personas. El valor central apuntado por las enfermeras como esencia de prestigio es la ética e integridad profesional. La valoración que las profesionales realizan de la utilidad del Colegio Oficial de Infirmieres de Barcelona es de 4,4 sobre 10. Valoran positivamente la bolsa de trabajo, la asesoría jurídica y los servicios de información del colegio.

*Como nos gustaría ser:* Fundamental una mayor valoración y reconocimiento social. Esto implica ingresos adecuados, evitar situaciones de precariedad y un mayor reconocimiento por parte de las organizaciones y la sociedad de su profesionalidad y dedicación. La mayoría aspira, y se siente capacitada para asumir mayores niveles de responsabilidad en la toma de decisiones en su trabajo para la realización de un ejercicio más profesionalizado. En un nivel de control sobre la organización de su ejercicio y ampliar el espacio profesional en educación sanitaria y seguimiento personalizado de las personas atendidas. Consideran que el papel de la enfermería debe estar orientado al bienestar y satisfacción de las necesidades de la sociedad en su conjunto. Quisieran tener papeles más consultores y orientadores y compatibilizarlos con los que prestan en la actualidad. Es de importancia primaria aumentar los esfuerzos para mejorar en los aspectos científicos como parte del sistema de excelencia profesional dominado por la ética. El Colegio como entidad política debe influir en la política sanitaria y en las

negociaciones de ámbito profesional y laboral. A tres cuartas partes les gustaría participar en actividades colegiales en temas profesionales y de práctica”<sup>133</sup>.

Resumiendo los resultados de estos estudios, observamos que hay características de la profesión enfermera que son coincidentes a pesar de los casi 30 años que separan los dos estudios entre las enfermeras de Madrid y las de Barcelona, tales como: la idea de servicio a la Sociedad, la importancia de la relación con las personas, el sentido de la vocación, la falta de reconocimiento institucional y político. Esto indica mejores salarios, tiempo y participación política.

Las enfermeras de Barcelona se sienten capacitadas para asumir mayores responsabilidades que las que tienen. Como las de Madrid, creen que la enfermería debería estar más orientada a las necesidades y el bienestar del paciente, realizar más educación y promoción de salud y ser más consejeras.

Tanto en el estudio de Cádiz como en el de Barcelona y Zaragoza, se identifica como principal diferencia de género que los enfermeros prefieren las actividades técnicas, mientras que las enfermeras se inclinan por las actividades técnicas relacionales.

#### 4.3.3. Producción y difusión de la información científica: Fundación Index<sup>134</sup>

Un rasgo que caracteriza a una profesión desde el punto de vista sociológico es la capacidad de gestionar su propio conocimiento, desde su propia independencia y la Fundación Index ha sido un instrumento clave en este aspecto de la institución como profesión de la enfermería española. Fue pionera en su creación y objetivos y ha alcanzado un amplio desarrollo y reconocimiento a nivel nacional e internacional.

En 1989 se inscribió como asociación científica sin ánimo de lucro en la Delegación de Gobernación de Jaén y dos años más tarde en el Registro Andaluz de Sociedades Científicas, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (reg. Nº 79/92). En 1991 se trasladó a la ciudad de Granada, instalándose en el Hospital Universitario de San Rafael e iniciando una nueva andadura como Centro Colabo-

---

<sup>133</sup> Rodríguez y Bosch, 2005, p.36. Algunas ideas coincidente se pueden encontrar en la tesis de Anna Ramio Cofre, sobre “Actitudes profesionales, estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Universidad de Barcelona, 2005. [www.tdx.casca.es/tesis\\_UB](http://www.tdx.casca.es/tesis_UB)

<sup>134</sup> Memoria, 2005,

rador de la Universidad de Granada. En 1994 se convirtió en “Fundación Index para el desarrollo de la Investigación en Cuidados de Salud” En la actualidad, la Fundación Index tiene su sede en la calle Horno de Marina, muy cerca del lugar donde San Juan de Dios instaló su primer hospital, en el centro histórico de la ciudad de Granada. La sede Index-Norte se sitúa en la ciudad de Zaragoza, en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. La Fundación Index cuenta con Centros Colaboradores en Colombia y en México.

La revista Index en soporte de papel, es una de sus primeras y principales actividades, *Index de Enfermería* se distribuye en todo el territorio nacional y en otros países de Europa y América. En los indicadores bibliográficos nacionales, aparece como la revista de enfermería con mayor imparto inmediato (CUIDEN citación), mientras que es la tercera revista biomédica con mayor repercusión, encontrándose entre las diez primeras revistas con mayor impacto internacional (IEHDC-CSIC)<sup>135</sup>. Se han publicado 48 números a lo largo 12 años y ocho monografías estando dos en preparación. Otra de las actividades de la Fundación son los servicios de la hemeroteca virtual: *Cantárida*, hemeroteca virtual de la Fundación Index con revistas accesibles a texto completo desde su página web [www.index-f.com](http://www.index-f.com). En la actualidad incorpora los siguientes títulos:

-*Index de Enfermería Digital*

-*Index in English*, edición en inglés de Index de Enfermería

-*Evidentia*, revista especializada en Enfermería Basada en la Evidencia

-*Cultura de los Cuidados*, revista de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados

-*Enfermería Comunitaria*, revista de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

-*Temperamentvm*, revista internacional de Historia y Pensamiento Enfermero

-*Presencia*, revista de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental

-*Inquietudes*, revista de enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén

-*Desarrollo Científico de Enfermería*, revista de enfermería de México

-*Archivos de la Memoria*, fondo de relatos biográficos

-*Biblioteca Lascasas*, anuario sobre cuidados de salud en Iberoamérica

En preparación:

---

<sup>135</sup> Memoria, 2005, p. 6.

-*Enfermería Docente*, revista del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

-*Enfermería Universitaria*, revista de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional de México.

En la década de los noventa la fundación creó *Cuiden*, Base de datos bibliográfica especializada en enfermería en español y la única en su género. Cuenta en la actualidad con más de cuarenta mil registros, se incluyen los artículos científicos publicados en las revistas españolas y latinoamericanas de enfermería, los originales de autoría en español con un enfoque hacia los cuidados de salud publicados en otras revistas nacionales e internacionales, libros y monografías, así como documentación científica no publicada, incluyendo textos históricos. Permite hacer búsquedas bibliográficas por autores, materias y otros campos, incluso búsquedas cruzadas mediante descriptores de un diccionario propio. Es de acceso libre a través de Internet ([www.index-f.com](http://www.index-f.com)). No obstante, tiene varias bases de datos que facilitan la labor investigadora. Así están: la red de investigadores, Cuiden- plus que da acceso a bases especializadas como: Cuiden-Salud, C-humanitas, Archivos de la Memoria... Y así hasta una docena.

Desde 1993 la Fundación organiza Jornadas Científicas bianualmente. Y también: Encuentros Forándalus sobre Investigación en Red. Tienen lugar anualmente: Sevilla, 2003; Málaga, 2004; Jaén, 2005. Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud. Se viene celebrando anualmente desde 1999 en diferentes lugares de la geografía española. En Iberoamérica se han celebrado varios encuentros sobre Revistas de Enfermería y afines y sobre Cooperación y Salud. Desde 2002 se realizan las jornadas de *Enfermería Basada en la Evidencia* con carácter bianual con el objeto de revisar las implicaciones que tiene en la Enfermería el movimiento de la Evidencia Científica.

Index desarrolla actividades formativas presenciales y a distancia. Destacamos el programa quid-INNOVA, concertado por el Servicio Andaluz de Salud para formar a enfermeras investigadoras. La colaboración institucional de Index con Universidades españolas, Servicios de Salud y Colegios Profesionales se acerca al centenar. Destacamos la colaboración en el Master en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Zaragoza y en el programa de doctorado de la Universidad de Alicante.

De sus líneas de investigación destacamos: el observatorio de la evidencia y la red de investigadores, dirigido por Alberto Gálvez. El laboratorio de Investigación cualitativa (LIC) dirigido por Manuel Amezcua, que ha producido varios libros, entre ellos *Archivos de la memoria* y *Cuidados y cuidadores familiares*, éste último dirigido por Cristina Hederle. La Fundación Index ha dirigido 7 proyectos de investigación financiados y da cobertura a la *Red de historia y del pensamiento enfermero RIHPE* dirigida por Carmen Chamizo, que produce el fondo *Cuiden-Humanitas* y la revista *Temperamentum*

La Fundación tiene servicios de apoyo a la investigación a personas y grupos bajo unas mínimas condiciones, básicamente estar inscrito en la revista Index. Promueve premios en Jornadas y Congresos y ayudas a la formación en investigación a los y las jóvenes enfermeros y enfermeras. Un 10% de sus ingresos los dedica a la cooperación internacional en Latinoamérica. Actualmente realiza intercambio con más de 200 revistas.

Uno de los factores que han facilitado el desarrollo de la Fundación ha sido el estar abierto a numerosas colaboraciones de personas e instituciones. En la dirección se encuentran: Manuel Amezcua, Presidente. Cristina Heierle Valero, Vicepresidente y Coordinadora de Actividades Científicas. Concepción Germán Bes, Coordinadora de la sede Index Norte. Alberto Gálvez Toro, Coordinador de Investigación. César Hueso Montoro, Coordinador docente. Luis López, Coordinador de Forándalus. Carmen Chamizo Vega, coordinadora de RIHPE, María González López, Secretaria-administradora.

#### 4.4. La Organización Colegial

Diversos trabajos han analizado el papel de los colegios profesionales a lo largo del siglo XX Gallardo y col<sup>136</sup> en el colegio de Sevilla, Amezcua y col<sup>137</sup> el colegio de Almería y las obras de primeros investigadores de Historia como son Ventosa<sup>138</sup>, Eserverri<sup>139</sup>, Domínguez Alcón<sup>140</sup>, describiendo sus aspectos legales, constitución y

---

<sup>136</sup> Gallardo, Jaldón y Villa, 1993,

<sup>137</sup> Amezcua, Germán, Valero y Pozo, 1994, *op. cit*

<sup>138</sup> Ventosa, 1984,

<sup>139</sup> Eserverri, 1984,

<sup>140</sup> Domínguez, 1986,

funciones. En el conjunto de sus funciones han sido historiadas las siguientes actividades: control profesional ejercido mediante el control de intrusos, control de títulos y establecimiento de tasas en el ejercicio libre de la profesión. Colaboración con el Estado en materia de contribución fiscal y en la transmisión de consignas relacionadas con contingencias de carácter epidemiológico. Fomento de la profesión, a través de convocatorias de premios de investigación, becas y publicaciones y finalmente funciones derivadas de los antiguos gremios en materia de asistencia y socorro.

Siles<sup>141</sup> sugiere varios factores activadores de la evolución corporativa promovidos por los intereses políticos y la ideología de los partidos en el poder desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la IIª República: como instrumentos externos de una burocracia estatal impotente para controlar las profesiones más desarrolladas; prueba de hecho es que utilizaron símbolos propios del momento político ya fuera monárquico o republicano.

En 1945, se aprobó el Reglamento del Consejo General y el Estatuto de las Profesiones Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios, con las tres secciones: Practicantes, Enfermeras y Matronas, a las que después debieron colegiarse los Ayudantes Técnicos Sanitarios según fueran: hombre, mujer o matrona. Durante el régimen franquista, la división colegial en tres colegios de facto, la falta de democracia interna, el clima general de autoritarismo y la consecuente inoperancia, dieron lugar a una profunda situación de descontento que se plasmó en un movimiento asambleario por centros hospitalarios que eligió sus representantes provinciales y dio lugar a la Coordinadora Nacional.

#### *4.4.1. Los conflictos iniciales*

En 1975 el clima social en España era de enorme efervescencia, la canción “protesta” solicitando las libertades democráticas dio lugar a multitudinarios recitales de jóvenes por toda la geografía española. Durante la etapa de la Transición Democrática del gobierno de Adolfo Suárez se legalizaron los partidos políticos y los sindicatos, se abrió la censura en la música y el cine y se celebraron las primeras elecciones democráticas. En este contexto nació la Coordinadora Nacional

---

<sup>141</sup> Siles, 1994, pp.11-15.

en Junio de 1976 que convocó y dirigió movilizaciones de miles de enfermeras por toda España dando lugar a la revolución de la “Batas Blancas” ya comentada anteriormente.

Esta coordinadora nació como consecuencia de la falta de representatividad e inoperancia de los colegios profesionales a los que correspondía dar soluciones a los problemas planteados. La coordinadora estaba integrada por dos profesionales de cada provincia y dos alumnos, se reunió en Madrid y tuvo sus representantes en la Comisión Interministerial.

El primer punto reivindicativo de la Coordinadora fue el encuadre de los estudios de enfermería en Estudios Universitarios, el segundo, la unificación colegial. En noviembre de 1976, en el escrito dirigido por la coordinadora al sindicato de Comisiones Obreras se solicitaba su apoyo en los puntos reivindicativos: Formación Universitaria, Unificación Colegial y Coeficiente de 3,6 como corresponde a los técnicos de grado medio. Estas reivindicaciones se argumentaban:

“Se solicita la reestructuración de los estudios a nivel universitario, estando actualmente fuera de la Ley vigente de 1970 y que los colegios no pudieron o no supieron transformar las escuelas técnicas de grado medio en 1964... Escuelas mixtas y en régimen de externado. Coeficiente 3,6 que corresponde por ser escuelas técnicas de grado medio y cuyas plaza son cubiertas por oposición, en vez del 1,9 actual que resulta anacrónico .Unificación de colegios, solicitado por la coordinadora estatal que viene aglutinando y dando soluciones a los profesionales”.

A su vez, explica la causa de la Coordinadora Estatal y denuncia la postura del Consejo General de Auxiliares Sanitarios:

“... el Consejo quiere expulsar a los miembros de la coordinadora cuando han comenzado a solicitar la unificación colegial, e incluso han enviado a la policía para el desalojo de los miembros de la coordinadora estatal reunidos en el colegio de ATS masculino de Madrid<sup>142</sup>..

El 2 de abril de 1977, se publicó la Orden Ministerial que obligaba a la unificación colegial. Hubo una segunda orden que se publicó el 14 de Mayo del mismo año, para facilitar la unificación en la que se daban atribuciones a las jefaturas provinciales de Sanidad.

El proceso democrático fue limpio y bajo las directrices de las Jefaturas Provinciales de Sanidad. En Madrid, las elecciones se celebraron los días 26, 27 y 28 de Junio en la sede de la Jefatura Provincial de Sanidad. Por el acta del día 29, sabemos que hubo una participación de 1489 personas de un censo de 22.780, siendo la elección nominal. Ni la junta provincial de Madrid de la sección de los

---

<sup>142</sup> CC.OO. Problemática ATS. 1976; Noviembre, 1-2. APCGB



practicantes, ni la de las enfermeras, reconocieron las elecciones democráticas argumentando razones como, la falta de un censo único, cosa difícil de obtener, ya que ellos, que eran los responsables, no lo entregaban y el proceso de cesión estuvo lleno de obstáculos por parte de los salientes<sup>143</sup>.

Tras la desestimación de las impugnaciones intervino el gobierno civil. Posteriormente y ante la negativa del consejo sección enfermeras, con la presencia del presidente del Consejo electo, se procedió a descerrajar la puerta de entrada. En la misma planta de la calle Buen Suceso número 6, estaban las enfermeras y ATSF de Madrid y el Consejo General Sección enfermeras y ATS. La recién electa junta provincial de Madrid unas semanas posteriores cedió el piso que ocupaba la sección de Enfermeras y ATSF al nuevo y unificado Consejo General. El colegio de Madrid en la sección masculina de la calle Conde de Romanotes nº 10, donde durante un año se había estado reuniendo la Coordinadora Nacional. La sección de practicantes y ATSM estaba en la Cuesta de Santo Domingo, que pasó años después a ser la sede del Consejo General Unificado<sup>144</sup>.

El 11 de Julio de 1977, según informe firmado por los presidentes electos, se habían celebrado elecciones en 29 provincias

“Los reunidos eran: Enrique Rodríguez Gómez, presidente de Salamanca. José Antonio Pacheco González, presidente de Las Palmas. Antonio Martínez de Sánchez del Colegio de Cádiz. M. Carmen Sánchez Moreno, vicepresidenta I de Salamanca. Soledad Gil Bombín, vocal de Madrid. Rosa Serra Budoy, presidenta de Barcelona. Concepción Germán Bes, presidenta de Madrid, Julio Benito Gutiérrez, vicepresidente I de Valladolid. Teresa Carulla Musons, vocal de Barcelona. Josefa Ganuza García, presidenta de Valladolid y Carmen Tena Goro, vicepresidenta II de Valladolid”<sup>145</sup>.

Hubo posiciones en contra de la unificación de cierto sector de practicantes y de matronas<sup>146, 147</sup> pero la mayoría estuvo a favor. El vocal rural de Madrid de la sección practicante se unió a la candidatura de la coordinadora. En la carta abierta a los rurales solicitando el voto para las elecciones de Junio en Madrid decía

---

<sup>143</sup> Diversos diarios: *Pueblo, El País*, Informaciones durante Julio de 1977. APCGB

<sup>144</sup> Coordinadora. Colegio Madrid 1977-78. Informes varios: Actas, desestimaciones de impugnaciones, circulares informativas. APCGB

<sup>145</sup> Actas de la reunión 11 de julio de 1977. APCGB

<sup>146</sup> Circular nº 14 del colegio de Matronas de Madrid y Provincia. Junio de 1977. informaba de que no iba a comparecer el colegio a las próximas elecciones de Madrid los días 26, 27 y 28.

<sup>147</sup> Informe de prensa. APCGB

“Formada por jóvenes con ganas de luchar, me adherí a su forma de pensar porque lo que piden es justo y a todos nos beneficia: 3,6, unificación sin discriminación por sexo...”<sup>148</sup>.

La coordinadora nacional decía representar a más de 53.000 profesionales calculando la participación en las asambleas y la recogida de firmas. La unificación colegial fue un proceso largo y tuvo numeroso relieve en la prensa dado que convivió con la coordinadora en la medida en que se iban renovando democráticamente los colegios unificados.

El 12 de Mayo de 1978, un informe del Ministerio de Sanidad resume la situación: El 3 de febrero de 1978 entraron los estatutos en el Registro General, entre el 6 y el 22 se envían correcciones a la comisión nacional (consejo unificado). En Marzo, entran en la Secretaria General del Ministerio con las correcciones realizada, una vez revisados, en el mes de abril, se remiten al Consejo de Estado.

Entre el 21 y el 30 de Mayo de 1978 se produjo el encierro que se preparó durante los meses anteriores. El 21 de Mayo se reunió la Asamblea de los nuevos Presidentes electos en la sede del Colegio de Madrid, en el mismo lugar que dos años antes se había reunido la Coordinadora, muchos de cuyos miembros eran en 1978 cargos electos de los colegios. Los puntos del orden del día fueron: 1) Convalidación del título de enfermera por ATS, para lo que se había realizado un trabajo documental de recogida de mas de 2500 títulos en Madrid. 2) La injusta e inhumana jornada de los rurales. 3) La petición del coeficiente 3,6 (módulo 8) por ser Técnicos de Grado Medio, cuyo abono suponía reconocerlo por el Ministerio de Hacienda e incluirlo en los presupuestos del Estado de 1979. 4) Participación en la Reforma Sanitaria, en la que se proponía comarcalización de las urgencias en el medio rural y racionalización en el urbano. 5) Aprobación del Estatuto Colegial para normalizar la vida colegial.

En esta ocasión se decidió un encierro o asamblea permanente, ya que las huelgas en el sector sanitario resultaban impopulares. Durante los días 22, 23 y 24 de Mayo, se realizaron intensos trabajos con Sanidad, Hacienda y con el Ministerio de Educación.

El miércoles 24 se dio la gran batalla en el marco físico del Palacio de las Cortes, donde los enfermeros Ignacio Mercader y Rosario Monter con los diputados

---

<sup>148</sup> Carta abierta, 1978, APCGB

Marcelino Camacho, Baldomero Lozano y María Izquierdo y los Ministros Iñigo Cavero y Fernández Ordóñez dijeron sí al Módulo 8 y a la Convalidación de las enfermeras. A pesar de la respuesta verbal, el encierro continuó hasta tener el papel del acuerdo el día 30. El día 30 de Mayo a las 21,45 horas se recogió el proyecto de real decreto en el MEC, en la que se convalidaban las enfermeras con títulos de Facultad y certificación del colegio, se les reconoció la equivalencia con ATS. También se tuvo el oficio que el Ministerio de Educación envió al Ministerio de Hacienda reconociendo (según ley de 1963) que éramos técnicos de grado medio. La comarcalización y el estatuto seguirían tramitándose por el Consejo General<sup>149</sup>.

En el acta del día 22 y documentos de archivo se recogió la visita de los diputados a los presidentes en Asamblea Permanente: Carmen González (USO), Pablo Recio (UGT), Marcelino Camacho (CC.OO) y José Iñigo (CNT). Esto generó una amplia difusión en la prensa de Madrid y en todas las provincias, unido a los numerosos telegramas de apoyo que se enviaban a los Ministerios y a la Asamblea Permanente como expresión del apoyo a las negociaciones en marcha.

Si bien las reivindicaciones de la enfermería tuvieron un antes y un después de la Coordinadora, no cabe duda de que entre 1976 y 1978, se produjeron los tres años más vibrantes y fructíferos de la historia contemporánea de la profesión. Participaron miles de personas, se tomó conciencia de la identidad profesional recuperando el nombre que nunca se debió perder, se logró el nivel universitario y un encuadramiento laboral que nunca se debió perder (técnicos de grado medio), se luchó y mucho por el reconocimiento de las enfermeras de facultad con el propósito de lograr un sentimiento de unidad y se asumió la firme decisión de participar en la Reforma Sanitaria.

#### *4.4.2. La Convalidación de las enfermeras*

En 1977 Enfermera y ATSF eran dos títulos “legalmente” diferenciados. Los hechos son contundentes ya que el plan ATS de 4 de diciembre de 1953 lo que hizo fue asumir el plan de estudios de 27 de Junio de 1952 de las Enfermeras y cambiarlo por el nombre de ATS.

---

<sup>149</sup> Informe de la Presidenta, 1978

“La enfermería española, tal vez sea la única profesión que mantiene diferenciados a sus profesionales en base al logro de uno u otro título. Es decir los que cursos sus estudios de enfermería y obtuvieron la titulación a partir del curso de 1955-56 son Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. En cambio, las que lo iniciaron antes de dicho curso, aunque cursaran el mismo currículo académico recibieron la titulación de Enfermeras”<sup>150</sup>.

En las entrevistas realizadas en esta investigación a las enfermeras más edad, observamos como recuerdan que en el cambio de 1953 se impuso la opinión de los Practicantes que no querían bajo ningún argumento denominarse “Enfermeros”. Todavía en 1980 consideraban la posibilidad de que pudiera ser un grave error imponer la Enfermería al ATS español. Para argumentar su tesis el autor realiza un repaso de la compleja situación de la enfermería europea que califica de inferior y que genera temor ante nuestra inminente entrada en la Unión Europea, dado que supondría una equiparación a la baja. También argumenta la presión de los técnicos de formación profesional y el techo de la diplomatura que no puede desarrollar licenciatura y doctorados, lo cual limita la docencia y la investigación. Su propuesta seguía siendo en 1980 la de pedir la titulación para los ATS de Diplomado en Medicina y Cirugía<sup>151</sup>.

En 1960 se les prohibió a las enfermeras la asistencia a partos y el libre ejercicio de la profesión, lo que generó una minusvaloración de las enfermeras frente a los “nuevos” profesionales de la enfermería, los ATS. A los practicantes se les había convalidado por ATS y en cambio se les negó a las enfermeras en 1966. Es muy interesante constatar que en el estudio de Martín en 1976, un 30% de las entrevistadas son enfermeras y solo un 8% habían accedido con solo estudios primarios, un 39% con bachillerato elemental (mínimo exigido), 44% con *Bachillerato Superior* (lógico porque mientras se alcanzaban la edad mínima de 17 años, se seguía estudiando), 7% con carrera de grado medio y 2% con carrera superior. En resumen, más de las tres cuartas partes de las enfermeras reunían las condiciones exigidas en el plan de estudios de ATSF, y dice Martín: “Muy pocas profesiones pueden presentar una proporción tan elevada de profesionales que hayan accedido a sus respectivas carreras con titulaciones superiores a las prescritas legalmente”<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Martín, 1978, p.31

<sup>151</sup> Miñana, 1980, pp.205-7

<sup>152</sup> Martín, 1978, p. 39

En Junio de 1976, el procurador Luís Pozas en nombre de Maria Ramírez López, entonces presidenta de la sección de enfermeras y ATSF de Madrid, dirigió un escrito de treinta y dos páginas al Ministro de Educación y Ciencia solicitando la identidad o equivalencia, o en su caso declarada la convalidación, de los títulos de Enfermeras que se graduaron con anterioridad a la entrada en vigor del actual plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario. El escrito recoge reclamaciones anteriores realizadas en 1959, 1966, 1970 sin contestación explícita. El documento es extenso y bien razonado en los aspectos académicos y profesionales y desbroza las incomprensiones que mantuvieron durante décadas la discriminación de las enfermeras con los practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios<sup>153</sup>.

Un impulso final para acabar con esta discriminación lo recibieron las Enfermeras tituladas antes del 53 por parte de los representantes de la Coordinadora, que incluyó esta justa reivindicación de las enfermeras de programas oficiales (No se incluyeron las damas de Cruz Roja y las Damas militares, ya que ésta tenían programas diversos y carácter voluntario). El decreto 23/6/1978<sup>154</sup> acabó con esta injusta discriminación solo entendible desde la perspectiva de género.

Hubo grandes éxitos pero quedaron cosas cuya resolución era difícil en aquel momento. Los dos grupos hegemónicos masculinos médicos y practicantes, tuvieron que dar paso a las y los jóvenes enfermeras y enfermeros. Sin embargo, transcurridos treinta años vemos que siguen ocupando importantes áreas de poder. Así, los médicos son los profesores catedráticos y mayoría de los titulares de las Escuelas Universitarias, y los Diplomados en Enfermería masculinos ocupan la presidencia del Consejo General de Colegios y de buena parte de los Colegios Provinciales. Determinar la precisión numérica y los matices de las personas que ocupan estos cargos se sale de los objetivos de este trabajo, sin bien hay que decir que hay cambio de actitudes, pero quizás todavía insuficiente a la vista de las políticas seguidas en ambas instituciones. Observamos que no siempre se comprenden, valoran y defienden los cuidados enfermeros.

---

<sup>153</sup> Informe Jurídico. APCGB. Documento de archivo personal. Publicado en Bilbao, imprenta vizcaína.

<sup>154</sup> Decreto 23/6/1978, Ref. 1869. ATS. Convalidación de títulos de enfermera, matrona y practicante.

#### 4.4.3. La organización colegial actual

De la evolución de la organización colegial, únicamente describimos algunos datos a modo orientación. Como en toda organización hay luces y sombras y transcurridos casi treinta años desde su unificación, hoy tenemos una sólida organización colegial, cuya afiliación es obligatoria para todos los que realizan labor asistencial, lo cual supera el 95% de los profesionales en activo.

La denominación actual es Organización Colegial de Enfermería y aglutina a 220.000 profesionales, formada por los 52 colegios provinciales y los 17 Consejos Autonómicos. Al frente de la organización colegial está el Consejo General de Enfermería, máximo órgano de representación y coordinación. La normativa define al consejo como Corporación de Derecho Público que cuenta con propia y plena personalidad jurídica. De sus ocho miembros solo dos son mujeres, siendo el Presidente un enfermero. Esta disparidad de representatividad de género que es inversa al colectivo que representa, se repite a todos los niveles. En 1988 publicó el Código Deontológico de las enfermeras enfermeros.

Sus funciones se desglosan en cuatro apartados: 1) Para la ordenación de la profesión de enfermería. 2) Para el ejercicio de la representación exclusiva<sup>155</sup> de la profesión y los colegiados. 3) Para la defensa y protección de los intereses de la enfermería y de los colegiados y, 4) Para la defensa e interés de la salud y el bienestar de los pacientes y clientes<sup>156</sup>.

Es evidente que la organización colegial tiene las misiones antes citadas, no obstante, la proliferación de asociaciones que la enfermería tiene en la actualidad, cuestionan la rotunda concepción de exclusividad. Se puede argumentar que son sociedades científicas, no obstante, los diferentes enfoques entre Consejo, Colegios y Sociedades no siempre sirven de enriquecimiento a la profesión ni a la sanidad. El panorama se clarificaría si se abordara la ley de la libre colegiación, aplazada desde el gobierno de Suárez, hace 30 años.

Los enfermeros se han apoderado de la mayor parte de la representación colegial, generando políticas que no siempre responden a las inquietudes de los colectivos que representan. A esto se suma la escasa tradición, experiencia, entrenamiento y falta de condiciones (por su doble jornada) de las enfermeras para

---

<sup>155</sup> [www.enfermundi.org](http://www.enfermundi.org). 22 febrero de 2006. Esta atribución de representatividad no es compartida por todo el colectivo y de hecho hay numerosas asociaciones y sociedades científicas.

<sup>156</sup> Consejo General de Enfermería. Código Deontológico. Madrid. 1988:85

el poder. Podríamos decir que es la “hegemonía de género masculino”, la que ralentiza el progreso de la enfermería.

#### 4.5. Especialismo: Institución de la Enfermería Comunitaria

##### 4.5.1. La Enfermería Comunitaria en la Transición Democrática (1977-1984)

Será conveniente señalar algunas de las características de los años setenta, tratadas en la introducción de este capítulo y que son claves del contexto en el que se produjo el cambio de la enfermería española. Hechos históricos como la muerte del Jefe del Estado, las primeras elecciones democráticas y el período que se ha dado en llamar “transición democrática”.

En las I<sup>as</sup> Jornadas de 1970, en el congreso de 1974 en Barcelona, en los informes del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, sección enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en uno de los primeros libros críticos de la Sanidad de entonces y en los informe de la comisión interministerial se argumenta la necesidad de la formación en Salud Pública.

“La atención materna e infantil, la higiene nutritiva y sexual, la planificación familiar en todos sus aspectos, la atención a los ancianos, a los enfermos crónicos o minusválidos sociales, etc. todas estas áreas, desconocidas hoy para nuestros ATS, donde su papel es reemplazable, constituyen a nuestro juicio, la base del desarrollo sanitario”<sup>157</sup>

En 1978 se realizó la Conferencia de Alma Atá, organizada por la OMS que definió los principios de equidad y accesibilidad para todas las personas, que sirvió de referente para el desarrollo de la Atención Primaria a escala internacional. En el Sur de Europa, al igual que en España comenzó a tomar forma en plena transición democrática<sup>158</sup>.

En 1984, para Alberdi la Atención Primaria de Salud es un verdadero reto a la creatividad -la imaginación de los enfermeros- y a su capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes de la comunidad, en materia de salud.

“La A.P.S. es un tema que se trata repetidamente en el plan de estudios de Enfermería y, por lo tanto, bien conocido. En segundo lugar, es un campo de actuación nuevo para los profesionales españoles y, como tal, ofrece a los futuros enfermeros una relativa esperanza de encontrar trabajo.

---

<sup>157</sup> Alvarez y Germán, 1975, *op. cit*

<sup>158</sup> Siles, 1999, p. 30

Por último, constituye el camino más firme para conseguir el desarrollo de la Enfermería como profesión”<sup>159</sup>

### *Los Programas Formativos*

El programa de 1953 de ATS, incluía las asignaturas de *Medicina e Higiene Social y Microbiología* cuyos contenidos están relacionados con los de Salud Pública. El profesorado era exclusivamente médico y la profesión básicamente hospitalaria. No es de extrañar que a finales del 1976, que ante la pregunta: “Las actividades que usted realiza como enfermera, están orientadas principalmente a: curar y asistir enfermos, rehabilitar enfermos y cuidado y promoción de salud, es decir, promover la higiene familiar y la social, elevar la salud mental de la población, prevenir los accidente o las enfermedades profesionales. Solo un 1% de las enfermeras madrileñas manifestaran realizar actividades de cuidado y promoción de salud”<sup>160</sup>.

El mismo año que se publicó el informe de la OMS de Hall que sirvió de referencia en numerosos foros, el programa de 1976 indicaba:

“Los programas de enfermería deben basarse en conceptos bien desarrollados sobre la naturaleza de la enfermería y sus funciones en la sociedad... Reflejar la *atención de promoción de salud, preventivas, rehabilitadoras y de mantenimiento dentro de la comunidad, además del cuidado a los enfermos, inválidos en hospitales y otras instituciones curativas*”<sup>161</sup>

“Debe considerarse la educación de trabajadores de primer nivel en las escuelas universitarias de enfermeras como recomienda el informe de 1972 del simposio EURO sobre Educación Superiores en Enfermería (EURO4.408). En cuanto sea posible debe formarse un *comité constituido en su mayor parte por enfermeras*, que elabore y presente a la consideración de las autoridades responsables un documento sobre la revisión de los requisitos mínimos para la educación de enfermeras y demás personas de enfermería”<sup>163</sup>.

En el programa de estudios de la Escuela de Enfermería del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de 1976, se incluyó la asignatura de Salud Pública<sup>162</sup> en el curso tercero de la carrera con contenidos orientados a la atención a la comunidad y sociología. Además la asignatura de Enfermería Fundamental comprendía en

---

<sup>159</sup> Alberdi, 1984, pp. 34-38.

<sup>160</sup> Martin, 1978, pp.54

<sup>161</sup> Hall, 1976, pp. I-VIII.

<sup>162</sup> Piulach, 1976, pp.100-103



enfoque de Necesidades Humanas Básicas<sup>163</sup> a lo largo del ciclo vital y en personas sanas.

En la Orden de 31 de octubre de 1977 sobre “Directrices para la elaboración de los planes de estudios de los Diplomados en Enfermería”<sup>164</sup>, se incluyó la Salud Pública como área de conocimientos junto con: Ciencias básicas, Ciencias médicas, Ciencias de la enfermería y Ciencias de la conducta.

Entre los contenidos troncales se contemplaban las asignaturas de Salud Pública I y Salud Pública II con carácter anual y en los cursos segundo y tercero.

---

<sup>163</sup> Piulachs, 1976. pp. 31-43

<sup>164</sup> BOE de 26 de noviembre de 1977

Cuadro nº 13. Descriptores de contenidos en Salud Pública. Plan 1977

<p>En la Salud pública I se incluyeron:</p> <p>Estudios sobre higiene individual y colectiva y los aspectos sociales de la Puericultura, Obstetricia y la Gerontología.</p> <p>Igualmente ha de comprender las ideas actuales sobre salud mental y prevención de los trastornos psíquicos y de la educación sexual.</p> <p>Ha de abarcar también el estudio del medio social, económico y cultural en que se mueven los miembros de una determinada comunidad, por el importante papel que ejerce sobre el mantenimiento de la salud y los condicionamientos de la enfermedad.</p> <p>La Salud pública II continúa los aspectos ya iniciados en el curso anterior, comprendiendo los aspectos y metodología necesaria para que el diplomado en Enfermería sea un agente activo en la educación sanitaria de la comunidad. Se estima que la duración ha de ser un mínimo de dos trimestres.</p> <p>En el apartado de las enseñanzas prácticas se decía:</p> <p>Se procurará hacer posible aquéllas prácticas que, independientemente de poder ser realizadas en el medio hospitalario, extrahospitalario, rural o urbano, concuerde con las áreas de conocimiento adquiridos (dispensarios de sanidad, guarderías centros gerontológico, establecimientos públicos y de trabajo, hospitales, etc.).</p>
--

Este programa fue sin duda un avance muy considerable respecto al del ATS, y aunque otro tema, que se sale de los propósitos de este trabajo, sea estudiar como se aplicó esta ordenanza en cada Escuela Universitaria.

En 1980, las directrices del “Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el de Diplomado de Enfermería”<sup>165</sup>, se introdujeron los objetivos y los contenidos de Salud Pública.

Cuadro 4.3. Objetivos y Contenidos del programa del curso de Nivelación de la UNED. para la convalidación académica de ATS por Diplomado 1981.

Objetivos:

- Conocer los conceptos actuales sobre la salud pública,
- Los diversos campos de la acción sanitaria aplicada a las comunidades,
- El papel del Diplomado en Enfermería en cada uno de los citados campos y
- La utilidad del método epidemiológico.

Contenidos:

- Conceptos de salud pública.
- Método epidemiológico y aplicación a las enfermedades de mayor incidencia en nuestro país.

<sup>165</sup> Orden de 15 de julio de 1980 (BOE: 23 de julio de 1980). Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el de Diplomado de Enfermería.

- Administración de la salud pública.
- Actuación del Diplomado en Enfermería en salud pública.

En el libro de programas y objetivos docentes de 1982, podemos ver el primer programa de Salud Pública I y Salud Pública II<sup>166</sup> de la Universidad Complutense. Su autora Lucía Mazarrasa era enfermera Instructora Sanitaria y con amplio bagaje profesional, con estancias profesionales en Suiza y Estados Unidos. Fue promotora del Convenio de Colaboración firmado entre la Universidad Complutense y el Ayuntamiento de Madrid<sup>167</sup>, para el aprendizaje práctico de los estudiantes. Sin embargo esta magnífica profesora debió abandonar la docencia porque cuando su plaza salió a oposición, el tribunal<sup>168</sup> prefirió declarar vacante el puesto antes que dársela a ella.

En 1980, dentro del programa del Curso de Nivelación para la convalidación académica del plan ATS por el de Diplomado en Enfermería, se publicó el libro para el aprendizaje a distancia de Salud Pública<sup>169</sup>. En su desarrollo participaron numerosas enfermeras, pasando a ser de las primeras publicaciones científicas de la nueva etapa.

En enero de 1982, varias enfermeras de la Universidad Complutense de Madrid participaron en el Seminario *Educación Básica de Enfermería en Cuidado Primario para la Salud de la Comunidad: Una guía para la revisión de un Programa*<sup>170</sup>, organizado por el Departamento de Enfermería de la Cruz Roja Provincial de Barcelona en coordinación con la Organización Mundial de la Salud. Fue una aportación al libro sobre los programas de enfermería orientados a la Atención Primaria que publicó la OMS posteriormente<sup>171</sup>.

---

<sup>166</sup> Mazarrasa, 1982, pp.247-260 (SPI) y 355-364 (SPII)

<sup>167</sup> Este convenio se firmó entre el Rector Bustelo y el Alcalde Profesor Tierno Galvan en ese mismo año.

<sup>168</sup> El tribunal estaba compuesto por médicos en su totalidad. El candidato preferente fue un antiguo Gerente de Hospital que, tras agotar una etapa gerencial, le pareció interesante esta plaza. Es uno de los casos en que lo que se juzgó no fue la capacidad de los candidatos, ya que mediaron otros intereses "espúreos". El tribunal declaró la plaza nula porque el salón estaba lleno de personas. Posteriormente, en otra convocatoria le fue dada la plaza al candidato y no a la persona idónea.

<sup>169</sup> Dasi, 1982.

<sup>170</sup> Era directora de la Escuela la doctora en enfermería Miriam Ovalle, procedente de Colombia. Hoy es asesora internacional del Consejo General de Enfermería. Informe de la reunión. APCGB.

<sup>171</sup> Varios, 1985.

En 1984 la UCM organizó el primer curso de formación continuada en Salud Pública de tres semanas de duración. Entre el profesorado estuvieron profesionales que habían desarrollado su Master en el extranjero y tenían responsabilidades en la incipiente Reforma Sanitaria.

En la revisión de 1989 del Ministerio de Educación y Ciencia, la Salud Pública pasó a denominarse *Enfermería Comunitaria*, con un cómputo de 26 créditos distribuidos en 50% teóricos y otros tanto prácticos. Cada Universidad desarrolló posteriormente estas directrices en sus programas docentes, correspondiendo al Ministerio dar el visto bueno.

Cuadro nº 14. Descriptores de Enfermería Comunitaria en el programa del Diplomado en Enfermería. Plan 1989

Enfermería comunitaria. Ecología humana.

Concepto de salud y factores que la condicionan.

Bioestadística y demografía aplicada.

Método epidemiológico y vigilancia epidemiológica.

Sistemas de salud. Tendencias. Atención primaria de salud.

Diagnóstico y plan de salud. Programas de salud.

Educación para la salud.

Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Inmunidad. Vacunas y sueros.

Cuadro nº 15. Organización de los contenidos de Enfermería Comunitaria I, II y III. Universidad de Zaragoza. Curso 2005-06

Curso 1º Cuatrimestral 5 créditos Universidad de Zaragoza (3,8 ECTS)

Módulo I: Salud y Salud Pública.

Módulo II: Atención Primaria y Enfermería Comunitaria

Módulo III: Investigación en Enfermería de Salud Pública

Módulo IV: Introducción a la Educación para la Salud

Módulo V: Practicum. Estudio de casos

Módulo VI: Trabajo de Campo: Revisión documental y programa de educación para la salud

Curso 2º. Anual 8 créditos Universidad de Zaragoza (6,1 ECTS)

Módulo I: Epidemiología General

Módulo II: Programación en Salud

Módulo III: Programas de Salud

Módulo IV: Practicum

Módulo V: Trabajo de campo: Revisión de una fuente, análisis y elaboración de resultados y conclusiones.

Curso 3º. Anual 11 créditos Universidad de Zaragoza (8,4 ECTS)

Módulo I: Enfermedades transmisibles. Epidemiología y prevención

Módulo II: Epidemiología y prevención de las enfermedades no transmisibles

Módulo III: Programas de Promoción de Salud

Módulo IV: Salud y Medio Ambiente

Módulo V: Sistema Sanitario Español. Organización y financiación

Módulo VI: Trabajo de Campo: Revisión bibliográfica, análisis de datos, análisis cualitativo y Programa Comunitario de Promoción de Salud

Módulo VII: Prácticum: Recogida y análisis de noticias de prensa diaria sobre salud y medio ambiente. Logro de relación de confianza. Drenaje emocional y registro de autocuidados.

Fuente: [www.unizar.es/enfez/guia/estudios.html](http://www.unizar.es/enfez/guia/estudios.html)

Un elemento fundamental de la reforma educativa suele ser la edición de manuales universitarios adecuados o adaptados a los nuevos objetivos y programas docentes. Veamos como se planteó y resolvió este problema en España. En los primeros años de los ochenta se utilizaron publicaciones extranjeras. Una de las primeras publicaciones en lengua castellana fue *Enfermería para la salud de la comunidad* en 1977, Leahy<sup>172</sup>. La tradición británica en enfermería comunitaria se reflejaba en las publicaciones. Varias categorías de enfermeras trabajaban en la comunidad, lo que dio lugar a diversas polémicas acerca de la formación de la enfermería. Así una de las primeras obras fue la de *Health Visiting* de Luker y Orr<sup>173</sup>, donde se plantearon la necesidad de evaluar el trabajo comunitario.

En los ochenta se publicaron y difundieron varias obras como *Community Nursing. Health care for today and tomorrow*, 1984 de Dummer<sup>174</sup> que abordaba la aplicación comunitaria de los modelos de Roy, Orem, Neuman entre otros. También en 1984 se publicó la obra *Community Health Nursing. Evolución and process in the family and community* de Tinkham que desarrolló sobre todo “the nursing process” (PAE). *Community Health Nursing. Keeping the public healthy*, en 1985 de Jarvis,<sup>175</sup> desarrollaba los papeles de la Enfermería Comunitaria en la salud ocupacional, mental, cuidados domiciliarios y todas las áreas clásicas hasta llegar a los enfermos terminales y la atención en los *hospices*.

En España, una de las primeras publicaciones en enfermería de salud pública fueron los libros del curso de nivelación. Hemos encontrado algunas diferencias de contenidos entre la edición de 1981<sup>176</sup> y la de 1983<sup>177</sup>, y es debido a que corresponden a autoras diferentes, por ello, en algunos capítulos hubo ampliación de contenidos y también se incorporaron nuevos autores. Fueron textos amplios, actualizados, muy útiles, muy usados y que sirvieron, no solo para superar la prueba de evaluación del curso de nivelación, sino que, contribuyeron a una puesta al día de los profesionales en Salud Pública. Frente a un programa totalmente asistencialista y hospitalario como fue el de ATS, en el programa de enfermería, la

---

<sup>172</sup> Leahy, Cobb y Jones, 1977,

<sup>173</sup> Luker & Orr, 1985,

<sup>174</sup> Dummer & Clark, 1984,

<sup>175</sup> Jarvis, 1985,

<sup>176</sup> Cuesta, 1981,

<sup>177</sup> Dasí, 1983,

Salud Pública, preparó a las enfermeras para mejor comprender y aceptar el inminente cambio de la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria de Salud, es decir, la aplicación práctica de los principios de Alma Atá de 1978.

#### *4.5.2. Enfermería comunitaria, Atención Primaria, Ley de Sanidad (1985-1999)*

La aplicación de las políticas neoliberales en la década de los 80 y 90 supuso una mayor subordinación de la política social a la política económica. Se aplicaron medidas como: la reducción o contención de los ingresos abandonando la política fiscal progresiva y el control del fraude fiscal. El gasto sanitario público no aumentó lo necesario y hubo énfasis en la mejora de la eficacia a través de cambios organizativos, control de la oferta, de los recursos tecnológicos y la farmacia. Alguna de las medidas de “competitividad gestionada” del Banco Mundial en su informe de 1987 se aplicaron en Estados Unidos, en el Reino Unido en la época Thatcher y tuvieron su influencia en 1992 con el informe Abril en España, en la época socialista del presidente Felipe González<sup>178</sup>. Se propusieron las tesis de Milton Friedman que proponía reducir los gastos a la vez que culpabilizar a la población con los malos estilos de vida. Se introdujeron los contratos programas como elemento de mercado, cuya presión recae, sobre todo, sobre los profesionales. Se trató de privatizar partes importantes de la sanidad, a partir de los mínimos que proporcionara el Estado que se quedaría con los crónicos y dependientes, mientras que la medicina privada se haría cargo de los procesos cortos y quirúrgicos, en los que obtiene beneficios a partir del cliente privado o del propio servicio de salud público que se convierte en cliente mediante la fórmula de la concertación. Todo esto reforzó el modelo curativo biológico, orientó la docencia y la investigación en este sentido y debilitó la Promoción de Salud<sup>178</sup>.

---

<sup>178</sup> Sánchez et al. En: Mazarrasa, 2003. Tomo I.

### *Innovaciones de base*

Entre las innovaciones estuvieron las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria que se crearon en 1979<sup>179</sup>. Los médicos de familia tienden a considerar las unidades docentes como los orígenes de las innovaciones de la Atención Primaria, y no cabe duda de que a ella contribuyeron no solo los y las profesionales médicos de familia, sino también las y los enfermeras que trabajaron en esas unidades y en las que trabajaron conjuntamente pues les unían unos propósitos comunes. Al iniciar la reforma sanitaria de la Atención Primaria, se carecía de modelos de referencia y había que inventar una nueva manera de relacionarse con los usuarios en las que las enfermeras tenían otro papel, que precisamente no consistía en rellenar papeles y recetas como sucedía en las consultas de los consultorios y ambulatorios<sup>180</sup>. Un papel similar y para Antón<sup>181</sup>, anterior a las unidades docentes, jugaron los Centros de Promoción de Salud (CPS) de Madrid en las que hubo que reinventar el trabajo de todo el equipo. Mazarrasa<sup>182</sup> recuerda los inicios:

“Los coordinadores de los CPS, todos eran médicos, obviamente, el hecho de que tú vinieras de la universidad te daba un background, un bagaje y un poderío conceptual, parecía que la universidad era el no va más, y eso facilitó mucho las cosas, si hubiera sido una enfermera normal y corriente, sin el apoyo de venir de la universidad..., Eso ayudó, aparte de que claro, también llevábamos planteamientos muy claros y muy buenos, y había convenio detrás, pero tu sabes muy bien que las cosas formales están ahí y ayudan mucho, pero que luego está también las aptitudes de cada cual, aparte de que ellos eran *progres* de izquierda... Alberto Infante me dijo *¿Qué hace una enfermera en un centro de promoción de la salud?*, y yo le contesté: *Lo que no me explico es qué hace un médico, porque yo soy enfermera instructora de sanidad y sé lo que es la enfermería comunitaria, ahora, los médicos en promoción de la salud, no sé yo muy bien lo que podéis hacer, porque no tenéis formación para eso.* Entonces ya se achantó, porque Alberto era director de un centro. Luego fue de los más colaboradores, se implicó, y marcó un poco la pauta a los demás”<sup>183</sup>

<sup>179</sup> El inicio de la especialidad de Médicos de Familia fue en 1979. En 1982 se creó la coordinadora de residentes, en 1983 la gestora, los estatutos y las primeras elecciones. Entre 1984 y 1987 se crearon las sociedades autonómicas. La especialidad obligatoria se reconoció en 1995. [www.semfic.es](http://www.semfic.es). 23 enero de 2006

<sup>180</sup> También estaban los APD Asistencia Pública Domiciliaria, a la que podían optar enfermeras, pero que era desarrollada sobre todo por enfermeros, pues no dejaba de ser una herencia de los practicantes de zona. Su trabajo era poner inyectables, sueros, sondajes y curas. Carecían de la filosofía del cuidado que se estaba iniciando en las escuelas y vanguardias enfermeras

<sup>181</sup> Redacción, 1986, pp. 53-54.

<sup>182</sup> Relato biográfico. 25 de Septiembre de 2005. Madrid, durante los días de celebración del I<sup>er</sup> Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria. APCGB

<sup>183</sup> En 1982, el Rector Bustelo y el Alcalde Tierno Galvan, firmaron un convenio de colaboración entre ambas instituciones por el que los estudiantes de enfermería comenzaron a realizar prácticas en los Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid. Era director de la Escuela José Andrés Sobrino, Coordinadora Docente Concha Germán y Profesora de Enfermería de Salud Pública Lucía Mazarrasa. APCGB



Hubo otras experiencias en estos principios de los ochenta en las que la iniciativa enfermera fue clave. En 1981<sup>184</sup>, dos enfermeras y ocho médicos del ambulatorio sevillano Macarena, iniciaron la atención a enfermos crónicos diabéticos e hipertensos en dos espacios diferenciados. En uno contiguo a la consulta médica cada enfermera realizaba las glucemias, tomaba las tensiones, el Índice de Masa Corporal y un pequeño registro de los hipertensos y diabéticos de cuatro médicos generales. Si precisaban, también les daban la receta previamente firmada por el médico; con estas actividades espaciaban la consulta al médico, lo que permitió que cada médico tuviera más tiempo disponible y además llevaran un control más completo y escrito de estos enfermos. Esta experiencia fue el embrión de las futuras consultas de enfermería en Andalucía y se convirtió en una actividad paradigmática del cambio profesional que comentamos en el punto concreto de consulta enfermera en el capítulo sexto de esta Memoria.

La participación de las enfermeras y enfermeros en los niveles de gestión fue otro de los factores que facilitó la innovación de la enfermería comunitaria. Varias enfermeras comenzaron a trabajar en la dirección general de Atención Primaria de Sevilla y en cada una de las delegaciones provinciales de la entonces todavía Red Asistencial Sanitaria de la Seguridad Social Andaluza. Estas experiencias marcaran el inicio de la Atención Primaria, cuyo verdadero campo de ensayo para las enfermeras fueron los programas piloto desarrollados en los ambulatorios. Así, además del programa citado de crónicos, estaba el de *Cartilla de Largo tratamiento* que espaciaba las visitas médicas, y daba a las enfermeras un control intermedio en el seguimiento de estos enfermos. Los programas de *Vacunaciones* fueron especialmente importantes en el área rural y en las comarcas piloto (Alpujarras de Granada, el Aljarafe en Sevilla y el Palo en Málaga), de la reforma andaluza. Cuando las enfermeras y enfermeros coordinaron estos programas, en menos de tres años las coberturas vacunales en las Alpujarras pasaron de 60 a 90%, se controló la red del frío y se aumentaron los registros. Hoy en día los programas de vacunaciones infantiles y de la gripe de adultos cuentan con el soporte informático y están consolidados. Es un programa gestionado por enfermeras y enfermeros en su totalidad; informan a los médicos de referencia cuando surgen efectos indeseados, como es habitual en la relación de trabajo enfermera-médico en cualquier área del trabajo asistencial. La presencia de enfermeras en equipos de trabajo

---

<sup>184</sup> Ruiz, 1984, APCGB

multidisciplinar permitió la incorporación progresiva y capacitada de las enfermeras y enfermeros en la incipiente reforma sanitaria, aportando numerosas innovaciones.

### *El desarrollo legal*

Durante la década de los ochenta, se produce la legislación básica que va a permitir el desarrollo de la Enfermería Comunitaria. En Junio de 1984 el artículo 58 bis del Estatuto del Personal Sanitario estableció las bases para la enfermera comunitaria:

“Las enfermeras/os de Atención Primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración que se establezca por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social. Conforme a su nivel de titulación centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud”.<sup>185</sup>

Esta iniciativa fue propiciada por el servicio de enfermería del Ministerio de Sanidad en las que trabajaban varias enfermeras y en Primaria en concreto fue decisiva la enfermera Carmen de la Cuesta Benjumea, que había desarrollado su formación superior y de postgrado en el Reino Unido.

En el decreto sobre estructuras básicas de salud<sup>186</sup>, se estableció la Zona de Salud con un criterio espacial y poblacional entre 5 y 25000 habitantes y el Centro de Salud el lugar donde se sitúa el equipo y los principales servicios. En su artículo 3º define el equipo de Atención Primaria como: El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud... En su artículo 5º recoge las funciones del equipo:

1. Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.
2. Realizar actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social
3. Contribuir a la educación sanitaria de la población.
4. Realizar el diagnóstico de salud de la zona.
5. Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

---

<sup>185</sup> La orden ministerial del 14 de Junio de 1984 que modificó el artículo 58 bis

<sup>186</sup> Real Decreto 13/1984 de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud.

6. Realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
7. Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
8. Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias par la mejor atención de la población protegida.
9. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen de acuerdo con el diagnóstico de salud de la zona.
10. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Posteriormente el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y las Comunidades Autónomas desarrollaron ampliamente estas funciones en las Carteras de servicios, programas y protocolos específicos de asistencia sanitaria.

El primero de enero de 1986 España entró en la comunidad Europea; En Abril de 1986 se publicó la Ley General de Sanidad y también en este mes, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, determinó la organización y funcionamiento del personal de enfermería en los centros de Atención Primaria<sup>187</sup>. La Ley General de Sanidad estableció un marco amplio y general que ha posibilitado el desarrollo de la Enfermería Comunitaria. Para Frías<sup>188</sup> se dio un gran paralelismo entre los principios inspiradores de la Ley y la orientación profesional de la enfermería comunitaria. La participación de la enfermería se hacía imprescindible en gran parte de las actuaciones que la ley preveía.

En actividades tales como la educación sanitaria, promoción de salud, prevención, asistencia domiciliaria, atención a grupos de riesgo, planificación familiar, salud mental y laboral, formación del personal, investigación y mejora de la calidad asistencial; la aportación de la Enfermería Comunitaria es clave para que éstas puedan desarrollarse de forma satisfactoria e integral. Sin la vertiente de los cuidados y autocuidados, sería difícil que esta serie de actividades contribuyesen eficazmente a la mejora de la salud de la comunidad.

En 1986, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, determinó la organización y funcionamiento del personal de enfermería en los centros de

---

<sup>187</sup> Circular 18/86 de 17 de abril. Consejería de Salud. Sevilla. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA)

<sup>188</sup> Frías y Palomino, 1996.

Atención Primaria. Tanto la atención al individuo como a la comunidad serán prestadas mediante cinco modalidades de atención:

“Visita Domiciliaria. Prestará los cuidados a la población en el propio domicilio familiar. Se tenderá en general, a que se realicen por medio de esta modalidad la mayor parte de las actividades, y no solo, las derivadas de la asistencia médica.

Trabajo en la comunidad. Se incluye en este apartado todas aquellas acciones que no tienen como diana al individuo sino a grupos de población o al conjunto de la población adscrita al Centro. Así como al medio donde se desenvuelve: familia, escuela, centros laborales...

Consulta de Enfermería. Se desarrollará en el Centro y en ella las enfermeras/os prestarán cuidados de enfermería a la población a su cargo de forma individualizada.

Servicios comunes (sala de curas). El conjunto de actividades y tareas dirigidas a completar la asistencia sanitaria al individuo y que por su naturaleza, requieran ser ejecutadas en un mismo espacio físico y por una misma persona.

Colaboración en la consulta médica. Desarrollando aquellas actividades propias que sean necesarias para la exploración de los pacientes y usuarios, y para el correcto desarrollo de dicha consulta”.<sup>188</sup>

Posteriormente el INSALUD, y prácticamente todas las Comunidades Autónomas generaron abundante legislación sobre el desarrollo de la Enfermería Comunitaria en España.

En 1984 la Comunidad Andaluza fue pionera en el cambio del papel de la enfermería comunitaria. La Dirección General de Atención Primaria puso en marcha el programa de *Consulta de enfermería para el control y seguimiento de enfermos crónicos*. Un año después se abrieron los primeros Centros de Salud (Noviembre de 1985) en los barrios más deprimidos de las ciudades andaluzas. En 1987, el INSALUD, la red asistencial pública más importante del país, estimuló la creación de los servicios de Atención Directa de Enfermería en los ambulatorios y consultorios. La influencia del “white paper” sobre la gestión sanitaria del gobierno de Thatcher llegó a la sanidad española. En 1992, el informe Abril planteó el desarrollo del “mercado interno” y la preocupación por la eficiencia y la calidad. La evaluación económica se enseñó en las escuelas de Salud Pública y en los Master de Gestión en los que había presencia de enfermeras.

#### *Formación en Salud Pública y Enfermería Comunitaria*

En 1984, previo a la puesta en marcha de los nuevos programas de formación continuada en Atención Primaria, se realizaron diversos programas formativos cuyo

contenidos fueron de Salud Pública y Enfermería Comunitaria, entre ellos destacan el *Primer curso de capacitación para enfermeras de los servicios centrales y provinciales de atención primaria*

“Este primer curso constaba de tres módulos impartidos en tres semanas con contenidos de: epidemiología y gestión enfermera, educación para la salud y método enfermero. En este curso participaron varios profesores de la Universidad Complutense de Madrid, sobre la base de las directrices elaboradas por el equipo de enfermería de la Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se contó con personal docente de las Escuelas de Enfermería y se trabajó con método inductivo.<sup>189</sup>

También se organizaron varios cursos de *Vacunaciones* y varios de *Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los enfermos crónicos*<sup>190</sup> en los consultorios y ambulatorios, mientras se iba preparando la apertura de los nuevos Centros de Salud. Así se pusieron en marcha los primeros registros de historias de enfermos crónicos, se inició la educación para la salud individual y en grupo, cartilla de largo tratamiento, coordinación entre médicos generales y especialistas, programas de ahorro farmacéutico y en general numerosas acciones de formación continuada para todos los profesionales, que iniciaron el cambio cultural que supone el trabajo en los equipos de atención primaria. Estas experiencias fueron previas a la puesta en marcha de los Centros de Salud que se iniciaron a finales de 1985. El Cambio de la atención sanitaria orientado a la atención primaria, fue un cambio cultural y como tal supuso un largo proceso aún no finalizado, ya que implica pasar de una asistencia individualizada y cuyo protagonista es el médico, a una atención basada en el equipo y cuyo eje de atención es el usuario y su familia.

A principios de los ochenta, el Consejero de Salud Pablo Recio, propició la creación de una Escuela de Salud Pública para formar a los profesionales en el importante cambio que significaba la reforma sanitaria y en particular, de la Atención Primaria. Se contempló como un importante instrumento de desarrollo de la formación permanente e inter-disciplinar de los profesionales sanitarios, la investigación y la asesoría. En 1985 la Escuela Andaluza de Salud Pública inició la primera promoción con su programa *Master en Salud Pública y Administración Sanitaria*. Desde sus comienzos este Master se consideró interdisciplinar y en la primera promoción hubo cuatro enfermeras y dieciséis médicos, participación enfermera que se ha mantenido con más o menos oscilaciones; posteriormente se incorporaron sociólogos, abogados y otras profesiones, siendo siempre mayoritario

---

<sup>189</sup> Programa del curso. APCGB

<sup>190</sup> Hubo un primer curso autonómico y varios provinciales. APCGB

el número de médicos. En los noventa, se compaginó con la formación de los MIR de Medicina Preventiva. También se han incorporado estudiantes extranjeros, sobre todo, procedentes de América Latina.

Unos años después nacería el Instituto Valenciano de Salud Pública en Valencia y se transformaría la veterana Escuela Nacional de Sanidad. Posteriormente el Instituto navarro, el catalán y diversas titulaciones de postgrado en Universidades.

La formación en estos centros permitió a la Enfermería Comunitaria el poner en marcha proyectos de investigación en el ámbito comunitario. El Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) financió un 1% de proyectos dirigidos por enfermeros. Será complejo evaluar el impacto de la investigación enfermera, ya que, excepto los proyectos FIS, los enfermeros no pueden firmar proyectos como investigadores principales por no tener el doctorado.

Se realizaron los primeros trabajos de investigación sobre evaluación de servicios<sup>191</sup>, contribuciones realizadas desde los trabajos de campo del Master de Salud Pública de la Escuela de Granada<sup>192</sup>.

#### *La práctica profesional: Consulta de Enfermería*

Las Consultas de Enfermería se enmarcaban dentro del objetivo "Salud para todos en el 2000" de la OMS. Fue una de las innovaciones paradigmáticas para las enfermeras de la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria, ya que fueron el exponente de la necesidad de un cambio sentido por gran parte del colectivo enfermero. Carmen de la Cuesta, asesora del INSALUD lo expresaba con estas palabras

"En las consultas que se han montado, el personal de enfermería siente que no es una mera auxiliar del médico y que la nuestra ya no es una profesión apéndice de otra"<sup>193</sup>.

Las primeras consultas de enfermería se asocian a la Reforma Sanitaria Andaluza, no obstante sus antecedentes hay que buscarlos en los años

---

<sup>191</sup> Frías, 1990, p. 161

<sup>192</sup> Germán, 1988, pp. 33-36.

<sup>193</sup> Redacción, 1986, p. 46

inmediatamente anteriores y en todo el territorio español<sup>194</sup>. En el equipo de la nueva dirección general de Atención Primaria, cuyo director general fue José Manuel Aranda (médico de familia), trabajó Esperanza Ruiz Arias (enfermera), ambos procedían de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Esperanza puso en marcha el *Primer Programa de Consulta de Enfermería para la Atención a Enfermos Crónicos*. Programa que dio paso a las primeras consultas de enfermería en ambulatorios y consultorios de Andalucía, previamente a la apertura de los Centros de Salud. Para su realización se inspiró en la experiencia del equipo del ambulatorio de Esperanza Macarena, que como hemos explicado, médicos y enfermeras habían iniciado para hacer más eficiente la atención ambulatoria.

En 1983, en Madrid en la Unidad Docente de Medicina Familiar de la Paz ubicada en el ambulatorio de Fuencarral, se inició el primer programa de atención integral al crónico, a partir de una convocatoria de Septiembre de 1981. Si bien las autoras del artículo<sup>195</sup> y autoras del programa no firman el artículo, contaron con prestigiosas profesionales: Rosario López Quintana, médica pediatra y master en Salud Pública por Cuba, Angelita Larrosa Ferreyra, licenciada en enfermería en Uruguay y especialista en Salud Pública y Carmen de la Cuesta, especialista en Salud Pública por el Reino Unido. Las autoras señalaban diversas dificultades estructurales como la dispersión de espacio de consultas, el trabajo con cupos médicos y la falta de datos. A partir de la morbilidad detectada realizaron el programa de *Atención integral al Crónico*. Se presentó a los médicos de familia para su crítica, sin embargo no llegó a realizarse por la resistencia a aceptar y trabajar un programa que había sido elaborado únicamente por Enfermeras y Trabajadoras Sociales. Finalmente un Médico titular de Medicina General lo estudió y aceptó su puesta en marcha el 21 de Octubre de 1982.

En una de las primeras publicaciones de la reforma sanitaria andaluza se recogían algunas de las ideas claves de la situación sanitaria

---

<sup>194</sup> Una de las primeras experiencias de que tenemos noticia, de los ochenta y de la que no hemos encontrado ninguna publicación, es de las consultas de atención a diabéticos llevadas a cabo por enfermeras en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, una de las cuales fue M<sup>a</sup> Jesús Clemente. En estas consultas se le enseñaba a manejar la insulina, la dieta y el ejercicio. Fueron las primeras acciones de autocuidado y lograron mejorar la Calidad de Vida. Corroborado por Cristina de Francisco, enfermera de dicho centro y colega de M<sup>a</sup> Jesús.

<sup>195</sup> Varios, 1983, pp.18:21. Esta revista fue publicada por el Colegio de Enfermería de Madrid.

“Tenemos una orientación de los servicios hacia la enfermedad y una prescripción farmacéutica excesiva... insuficiencia y deficiencia en la distribución de los recursos enfermeros... Es importante destacar que las funciones que actualmente desarrolla el personal de enfermería están muy por debajo de su nivel técnico, limitándose a algunos cuidados mínimos y a la administración de medicación parenteral lo cual lleva a desaprovechamiento de los profesionales de enfermería”<sup>196</sup>.

Se comenzó a considerar el papel de las enfermeras como puerta de entrada al sistema, a la vez que se amplió la oferta de cuidados. Esta estrategia tenía un importante impacto, cual era frenar el consumo de medicamentos y disminuir la frecuencia de las consultas médicas. Ambos aspectos eran de gran importancia para acometer una reforma sanitaria y no con abundantes presupuestos económicos. Todavía hoy es una estrategia sin desarrollar plenamente en nuestro país y es una propuesta de la FAECAP que propone que la entrada al sistema no sea necesariamente por la consulta médica<sup>197</sup>, es lo que se hoy se denomina como “demanda compartida”.

En 1986, la revista *Rol* publicó un cuadernillo central recogiendo la opinión de varios profesionales sobre el debate de las consultas de enfermería<sup>198</sup>. Hay ideas muy coincidentes por todos los autores, tales como: un servicio nuevo que presentaba ventajas para el enfermo ya que los pacientes recibieron desde entonces más cuidados preventivos y de fomento de salud. El doctor Marrón así lo expresó:

“Hemos visto claramente cuando hemos realizado las primeras encuestas en Asturias y en Alicante que, todos los ciudadanos perciben mejor atención incluso por parte del médico y desde luego por parte del personal de enfermería. No interfiere con otros profesionales, se distribuyen cargas y la enfermera cuida...”<sup>199</sup>

En la entrevista a una usuaria de estas consultas, el testimonio fue:

“La atención que recibo es muy buena y cada día estoy más contenta con el trato. No dependo de mi hija ni de nadie. Estoy aprendiendo mucho acerca de la alimentación que debo seguir y estoy sorprendida porque el régimen no es tan estricto y monótono como pensaba. Hay muchas cosas que puedo comer y desconocía. Con el médico estaba dos minutos y la mayoría de las cosas que me decía no las entendía. Con la enfermera, mientras me toma la Tensión Arterial, contesta a mis preguntas en un lenguaje que yo entiendo. Me enseña a controlar el azúcar con unas tirillas y me dice que tengo que dar largos paseos y por qué. Estoy muy satisfecha, me encuentro más cómoda,

---

<sup>196</sup> Manuel, 1985,

<sup>197</sup> Este punto se debatió en Septiembre de 2004, en Granada en la reunión de trabajo convocada por la Asociación de Enfermería Andaluza (ASANEC). También se debatieron tres puntos más: la especialidad en la reforma educativa europea, la atención a la dependencia y la dispensación de recetas.

<sup>198</sup> Varios, 1986, pp. 41-55

<sup>199</sup> Redacción, 1986, pp. 47-49.



tengo más confianza. No me gustaría que desapareciera. También creo que debe ser un descanso para el médico”<sup>200</sup>.

Carmen de la Cuesta<sup>201</sup> Asesora de Enfermería del INSALUD y Maria Victoria Antón, enfermera visitadora de la dirección Provincial del INSALUD de Madrid definieron estas Consultas de Enfermería como:

“Un medio por el que las enfermeras prestan atención directa a un grupo de enfermos o de gente sana. Un servicio personalizado. Hay varios tipos de consultas: primera consulta donde se realiza exploración y entrevista; Consulta de seguimiento y control donde se observan posibles signos de alarma y asesora sobre autocuidados; y la tercera es la consulta post-clínica en la que se aplican tratamientos prescritos por el médico como los inyectables es la consulta derivada”<sup>202</sup>.

El presidente<sup>203</sup> de la Federación de Colegios de Enfermería andaluces y presidente del Colegio de Córdoba realizó algunas declaraciones que indican el clima del momento, por un lado la relación entre colegios y administración que generó numerosos debates no siempre coincidentes, entre médicos y enfermeras:

“La consejería presentó el programa a los colegios en las reuniones frecuente mensuales o bimensuales. El colegio manifestó su aprobación y la inquietud de la formación para los profesionales de plantilla más que contratar nuevos profesionales. También advirtió el presidente que faltaba norma legal y que la consejería lo lanzó en plan globo sonda”<sup>204</sup>.

Ante los argumentos de médicos en paro, que no aceptaban que esas funciones las pudieran hacer las enfermeras y consideraron una invasión de competencias, declaraban:

“La invasión de competencias la han tenido los médicos con la enfermería al convalidarles con tercero o cuarto de medicina. Son los médicos los que derivan enfermos de la consulta pública a la privada o delegando su tarea en enfermeros p.e. en mutuas de accidentes. Si creen que invadimos sus competencias que en lugar de ir a los Medios de Comunicación que vayan a los tribunales de justicia”<sup>205</sup>.

También son una muestra de las relaciones entre los colegios de medicina y enfermería.

“Hay diálogo permanente con los colegios de médicos y en Córdoba el tema lo hemos zanjado... hay presión del Consejo General por los médicos en paro. El rechazo del Consejo General de Médicos frente a las consultas de enfermería viene porque ven que la hegemonía del poder médico se termina”<sup>206</sup>.

---

<sup>200</sup> Redacción, 1986, p. 55.

<sup>201</sup> Redacción, 1986, pp. 45-7.

<sup>202</sup> Redacción, 1986, pp. 53-54.

<sup>203</sup> Redacción, 1986, pp. 41-44.

<sup>204</sup> Pablo Recio fue un Consejero que dialogó mucho con los colegios profesionales, bien informado, leía e interpretaba los informes de la OMS como lo hacían algunas enfermeras.

<sup>205</sup> Redacción, 1986, pp. 41-44.

El doctor Marrón, subdirector general de atención primaria del INSALUD, declaraba en relación a este conflicto corporativo entre los profesionales médicos y de enfermería:

“En los Centro de Salud la enfermera es el elemento clave para que el equipo de Atención Primaria se abra a la Comunidad. Cuanto mejor se defina y mejor lo asuma la enfermera el nuevo papel más deprisa vamos a ir y más mejoras va a percibir el ciudadano. Estoy absolutamente convencido de ello, no solo en atención a los enfermos sino en programas de salud, de fomento de la salud, de Recién Nacidos, vacunaciones... Entendemos que el hecho de que dos profesionales universitarios reciban al mismo usuario en el mismo tiempo y en el mismo lugar de trabajo, es una pérdida de recursos profesionales. Cada uno tiene su espacio y el beneficiario será el ciudadano”<sup>206</sup>.

“El médico no puede defender su terreno profesional comiéndoselo a otro, que es la impresión que tengo cuando veo declaraciones del Consejo General de Colegios de Médicos. El médico no tiene que defender ninguna parcela de su profesión intentando que no crezcan las parcelas de otros profesionales. La enfermería tiene su propio espacio que no está relleno, se trata de rellenar lo que estaba sin ocupar, no lo cubrían los médicos simplemente el ciudadano no se beneficiaba. No interfiere con otros profesionales se distribuyen cargas y la enfermera cuida... La polémica es un tanto falsa, no se discuten datos ni resultados, sino que se lanzan argumentaciones poco demostrables... la realidad nos está diciendo todo lo contrario. La polémica me atrevo a decir que es política, es decir, alguien emplea esta polémica como desgaste político de la Administración, del adversario político en este caso... no tienen argumentos científicos reales ni profesionales, es una polémica absolutamente falsa”<sup>207</sup>.

Qué puede pasarles a los médicos que apoyan las CE, como los de Cádiz. Dicen que van a sancionar y yo todavía no sé si de verdad se ha sancionado a alguien. Creo que es una campaña ficticia para intentar evitar algo a través del miedo, algo que ven inevitable como es el que una profesión marque sus caminos y sus mejoras, tanto desde el punto de vista profesional como de sus servicios al ciudadano. Considero una postura un tanto infantil el hecho de expedientar a alguien porque deja trabajar y mejorar a otros profesionales. Expedientar y sancionar a alguien por este motivo es algo que no entra dentro de mi lógica”<sup>207</sup>.

El dictamen fue: “Pueden aplicar tratamientos curativos o preventivos ordenado por el médico. Realizar prácticas profilácticas. Atender al paciente y observar, es decir, evaluar. Custodiar documentos, historias, etc. que el médico redacta controla y firma”<sup>208</sup>.

Lo cierto es que no hemos encontrado ninguna sanción a ningún médico ni enfermera ni a la Administración. El dictamen jurídico que se elaboró por el colegio fue comentado por el corresponsal de *RoI* en Alicante con amplio refrendo jurídico; recordemos que ya se había incluido el artículo 58 bis del Estatuto que recogía la nueva filosofía de la enfermera en atención primaria: 1). Decreto de 27 de Noviembre de 1956, regulador del Reglamento de Personal Sanitario Local (APD). 2). Decreto de 17 de Noviembre de 1960, regulador de las atribuciones de practicantes, enfermeras y matronas. 3). Estatuto de personal auxiliar sanitario de la

---

<sup>206</sup> Marrón, 1986, p. 48

<sup>207</sup> Redacción, 1986, pp. 48-49.

<sup>208</sup> Varios, 1983, pp.18:21. Esta revista fue publicada por el Colegio de Enfermería de Madrid.

seguridad social (EPAS). de 1973, con sus modificaciones posteriores. 4). Orden de 14 de Junio de 1984, modificadora del anterior EPAS, artículo 58 bis. 5). Decreto 195/85 de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, de 28 de Agosto (BOJA 14-9), sobre ordenación de la APS. 6). Orden de 2 de septiembre de 1985 de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, de 28 de Agosto (BOJA 19-9), sobre reglamento de funcionamiento de los centros de APS. 7). Orden de 27 de noviembre de 1986, de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, reguladora de las CE y su programa de implantación.

La puesta en marcha de las consultas de enfermería llevó consigo programas formativos que ya hemos comentado. Cristina Heierle, redactora de *RoI* en Granada describió objetivos, contenidos y metodología de forma que nos permite aproximarnos al importante trabajo realizado.

“Los objetivos del curso de capacitación además de los institucionales de tipo técnico, recogen los de la educación de adultos: 1. mantener, consolidar y enriquecer los intereses del adulto para abrirle nuevas perspectivas en la vida profesional, cultural, social y política. 2. Orientar al adulto en nuevos rumbos de carácter prospectivo y promover en él la idea de que educarse es progresar, perfeccionarse. 3. Renovar sus conocimientos para que siga aprendiendo, investigando y enriqueciendo su vida cultural, científica y tecnológica. 4. Tener proyección humana que consiste en interpretar las variables de los que fuimos, somos y seremos.

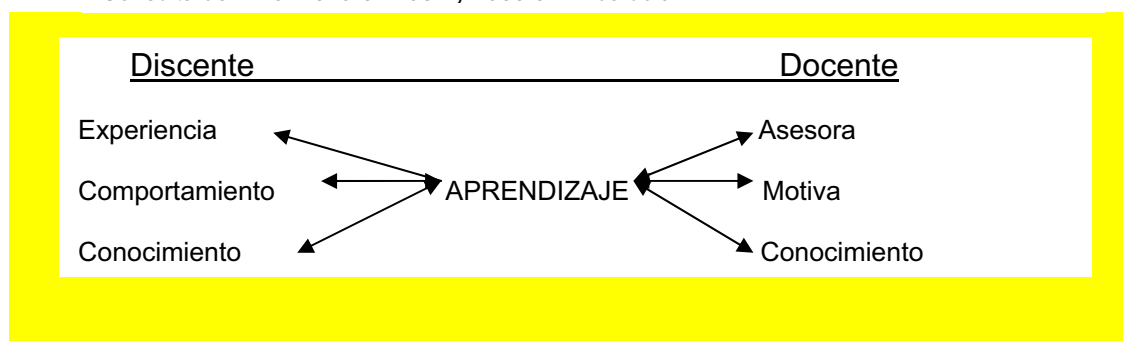
Metodología basada en la de la Escuela de Salud Pública de Harvard, basada en la descripción de actividades a realizar y en la valoración de habilidades, conocimientos y actitudes que en ellas están implicadas, cubre tres áreas de aprendizaje: Cuidados a crónicos, Educación Sanitaria y Sistemas de información. Es un curso eminentemente dirigido al aprendizaje según se entiende en la actualidad. El alumno enseña, aprende e interioriza, favoreciendo un dinamismo en el que su experiencia le permite resolver sus problemas reales. Todo ello se hace en base a procedimientos como: supuestos prácticos, psicodrama, trabajos de grupo, etc.”<sup>209</sup>

“Una cuarta parte de los asistentes fueron de mediana edad y la participación del 90% por lo que la retroalimentación fue continua y de gran fluidez. Para poder lograr esto, todo el mundo debe tener las metas claras y coincidir en ellas, y en éstas se basó la metodología del curso, puesto que no se trataba de enseñar las diferentes patologías, ni el trato con los pacientes, ni como se hace un registro, sino de demostrar que existe una labor inmensa en APS basada en: enseñar la paciente su autocuidado, para que, entre otras cosas, no tenga que depender de los servicios sanitarios, y elevar, o al menos mantener, su calidad de vida, haciéndose partícipe del mantenimiento de su salud, que no responsable de su enfermedad. Esta labor basada en la Educación para la Salud es lógicamente una función de enfermería, cobrando especial importancia en el caso de los enfermos llamados "inactivos crónicos" a nivel clínico, personal o social”<sup>47</sup>.

---

<sup>209</sup> Redacción, 1986, pp. 49-50.

Figura nº 8. Modelo de Enseñanza-Aprendizaje en los programas formativos de las Consultas de Enfermería en 1984 y 1985 en Andalucía.



**“Método:** definir objetivos, información por parte de docentes y discentes, aplicación individual o en grupo de la información en situaciones o casos concretos, demostración de capacidades y evaluación individual y grupal.

**Discentes:** Selección y propuesta de candidatos se lleva a cabo por los coordinadores de Enfermería Comunitaria de cada Delegación Provincial. Inscripción voluntaria, el curso es requisito imprescindible para la incorporación al programa "Consulta de Enfermería". Se les han concedido dietas, traslados, permisos y sustituciones.

**Docentes:** elegidos según su experiencia y capacidad pedagógica por el negociado de Formación Continuada.

**Evaluación:** por módulo, curso, tiempo, desarrollo del tema, metodología utilizada... utilizando como medida central la moda. A medio plazo será la que haga el programa: 1. Disminuirá los actos médicos. 2. Disminuirá la dispensa de recetas. 3. Desmasificará los ambulatorios.

Lo más importante es que, aunque difícil de constatar, el programa "Consulta de Enfermería", ha mejorado la Calidad de Vida de los enfermos a él adscritos, hipótesis que queda pendiente de verificar, pues es pronto para hacerlo por la falta de datos. Es un gran paso, quien más idóneamente puede ayudar a la comunidad a adquirir los conocimientos necesarios para su autocuidado es enfermería<sup>47</sup>.

Para finalizar este dossier publicado por la revista *RoI*, la redacción de Andalucía publicó un comunicado dirigido a la población del Zaidin-Sur:

“Este centro de salud desea poner en conocimiento de toda la población que reciba su asistencia sanitaria en él, que dispone de siete consultad de enfermería, donde personal titulado y capacitado para ello proporciona cuidados directos e integrales al individuo, familia y comunidad a su cargo, a través de acciones dirigidas a la promoción de la salud, protección contra la enfermedad y accidentes, la rehabilitación de personas enfermas y la asistencia al enfermos contribuyendo a la mejora del medio físico y social.

Estas consultas incluyen tanto la atención a demanda espontánea en régimen normal o de urgencia, como la atención de forma programada. La atención programada se realiza por previa citación de la población incluida en los programas que se vayan desarrollando en el Centro (embarazada, materno-infantil, diabetes, hipertensión, obesidad...)

La atención a demanda en la CE incluye todas aquellas actividades propias de enfermería más el asesoramiento en relación a los autocuidados individuales (higiene, régimen de vida, alimentación, modificación de hábitos, etc.), o en relación a los autocuidados del grupo familiar.

Asimismo, en estas consultas se facilitará a los pacientes sometidos a largos tratamientos, la entrega de las recetas que precisen, o bien los partes de baja e incapacidad<sup>210</sup>.

### *Desarrollo profesional*

A pesar de las profundas transformaciones producidas en los últimos años en la Enfermería Comunitaria, al final de esta etapa varios autores describen los factores que frenan el desarrollo profesional<sup>211, 212</sup>: 1) Crisis económica, con las consiguientes restricciones presupuestarias. 2) Falta de sintonía entre los objetivos de la administración y los de los profesionales. 3) Deficiencias estructurales del sistema sanitario. 4) Ausencia de incentivación de los profesionales por parte del sistema. 5) Resistencia al cambio por parte de algunos profesionales. 6) La falta de un marco legal que regule las funciones de los profesionales de enfermería y las del resto de los profesionales del equipo. 7) La falta de la formación especializada en Enfermería Comunitaria. 8) La persistencia del pensamiento biologicista.

No obstante, se ha desarrollado paulatinamente el papel de Enfermería Comunitaria: trabajando con grupos de riesgo, atendiendo a los problemas de la familia mediante visitas domiciliarias, desarrollando programas de salud dirigidos a niños, adolescentes, a la mujer, enfermos crónicos y ancianos, coordinando grupos de educación para la salud... Un ejemplo de la organización "tipo" de un Equipo, es la del Centro de Salud "La Chopera" en Madrid a principio de la década de 1990. Seis médicos generales, dos pediatras, siete enfermeras y un auxiliar de clínica.

"Las enfermeras atienden por turno rotatorio a las primeras visita en consulta; les informan del funcionamiento del centro, completan las historias según acuerdo del equipo y llevan actividades preventivas según protocolo. Rotatoriamente atienden sala de curas (ECG, control de glucemias, Mantoux...). Cada enfermera tiene adscrita la población de un cupo de medicina general, a los que dedica 6 horas semanas de consulta previa cita, derivados por el médico por HTA, diabetes, obesidad y recetas de largo tratamiento y los incluidos en el programa de actividades preventivas. Los dos cupos pediátricos los lleva una enfermera de niño sano hasta los 2 años durante 16 horas a la semana sin participar en adultos. Todas realizan atención domiciliaria a demanda de la población o del médico o según protocolos del RN o de mayores de 70 años"<sup>213</sup>.

Del informe-estudio publicado deben destacarse tres contribuciones relevantes e

---

<sup>210</sup> Redacción, 198, p. 55.

<sup>211</sup> Palomino y Frías. 1992, pp.269-274; López, 1986, pp.218-221; Palomino y Frías. 1992, pp.269-274; Rogero y Martín, 1992, pp.8-10.

<sup>212</sup> Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública. Evaluación del modelo de reforma de la Atención Primaria en Andalucía. Jaén, 1994.

<sup>213</sup> G<sup>a</sup> Olmo, Arias, Marrios, Cuesta y Aguado. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1992, 4, 187-191.

indicadoras de su eficacia/eficiencia. Tres resultados destacamos del estudio: la labor educativa (La Educación para la Salud fue la actividad más realizada), el tiempo-problemas atendidos (el tiempo medio era  $10,40 \pm 0,3$  minutos, se atendieron 1208 problemas de salud, media de  $1,37 \pm 0,02$ ,) y derivación enfermera (solo un 3,07% fueron derivados a la consulta médica)<sup>216</sup>.

La visita domiciliaria y la consulta de enfermería son dos de las actividades más emblemáticas de esta nueva etapa. Mínguez las define como:

“El dictamen enfermero sobre los cuidados encaminados a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente... Es la recuperación del papel de cuidadoras de la comunidad, realizando un trabajo que ya no es, o no debe ser, el resultado de la plusvalía médica<sup>214</sup>”

Conviene señalar que varios autores Oltra y col<sup>215</sup> en Asturias y Rodríguez y col<sup>216</sup> en Cádiz, constataron que la práctica de la cirugía menor está realizada mayoritariamente por enfermeras, que están formadas para ello y tienen experiencia, disponibilidad y forma parte de los cuidados.

La prensa española recogió los logros de las enfermeras inglesas y se reconocía a la enfermería comunitaria su capacidad para proporcionar una atención eficiente, tanto preventiva como cuidadora-curativa<sup>217</sup>.

En España se finalizó el proceso de descentralización de la gestión sanitaria, de manera que cada Comunidad Autónoma gestiona desde como mínimo 2002 sus propios servicios de salud. Prácticamente, se ha finalizado la implantación del modelo de Atención Primaria en todo el territorio.

En sendos trabajos con coincidencia de objetivos y abordaje metodológico cualitativo mediante grupos focales con criterios uniprofesionales y mixtos, Corrales<sup>218</sup> en el 2000 y Sancho<sup>219</sup> en el 2002, concluyeron que: “Las enfermeras se sienten infrautilizadas por falta de confianza y expresan no poder atender adecuadamente a la población de 2 o 3 médicos que ahora tienen. Las propuestas

---

<sup>214</sup> Mínguez y Minué, 1999, p. 92

<sup>215</sup> Oltra y Mediolagoitia, 1999, pp. 255-260.

<sup>216</sup> Rodríguez, Malia y Barba, 2001, pp.17-23.

<sup>217</sup> G.C. 1999, pp.46.

<sup>218</sup> Corrales, Galindo, Escobar, Palomo, y Magariño, 2000, pp. 214-219.

<sup>219</sup> Sancho, Vidal, Cañellas, Caldes, y Ramos, 2002, pp. 531-43. El ensayo de Alberto Gálvez, 2002, aborda el poder simbólico de la medicina científica “Nuestra medicina tiene un monopolio sobre la salud similar al que la iglesia católica tenía respecto a Dios” p. 47. Costa y López

fueron: adscripción de población para las enfermeras, ampliar la oferta de la consulta enfermera como servicios preventivo y a más grupos que a enfermos crónicos, ampliar la oferta de la visita domiciliaria a enfermos terminales, encamados sin esperar demanda y una mayor solidaridad en cuanto a la distribución de las cargas de trabajo. Demandan la puesta en marcha de la especialidad de enfermería comunitaria, más formación y más facilidades para asistir a cursos y congresos”.

Los médicos mayoritariamente consideran que no está bien definido el papel enfermero y hay vacío legal, esto no sucede cuando hay especialización como matronas y enfermeras pediátricas. Los médicos piden apoyo administrativo,

La atención primaria de salud debe mejorar la estructura organizativa, de gestión y la actitud de compartir, sobre todo, de los propios médicos. No se han cumplido las expectativas en participación de la comunidad y promoción de salud. Una de las mejoras inmediatas del estudio fue poner la cita telefónica centralizada de enfermería.

En este periodo y analizando la producción científica de la enfermería comunitaria observamos innovaciones importantes en marcha como son: el cambio organizativo que supone pasar de la población asignada a cupo médico, a la población por sector geográfico donde se combina *la atención a la familia* y la proximidad geográfica; la *enfermera de enlace gestora de casos*, que como su nombre indica estudia en profundidad y gestiona los casos de elevada dependencia en colaboración con el equipo de salud de primaria y del hospital, apoyando explícitamente a las cuidadoras familiares que son parte de su núcleo de atención junto con las personas dependientes. La atención a grupos especiales. El uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. La informatización de la historia personal y familiar de los usuarios. Todo ello, aumenta las ya viejas demandas de la necesidad de la especialización.

#### 4.5.4. Asociacionismo en Enfermería Comunitaria

La primera sociedad SEAPREMUR Sociedad Enfermería de Atención Primaria de Murcia se creó en 1989 y publicó la revista *Cuidar y Educar* desde 1998, indexada en la base de datos *Cuiden*.

En 1994, nació la Asociación de Enfermería Comunitaria –AEC, por iniciativa de un grupo de enfermeras de la Comunidad Valenciana, con el propósito de aglutinar a la enfermería española. Tiene socios de toda la geografía española, entre ellos los canarios que disolvieron su asociación para integrarse en la AEC. Sin embargo, en paralelo fueron surgiendo asociaciones de carácter autonómico. Los primeros intentos de organizar una federación se produjeron en el seno de los congresos de la Asociación de Enfermería Comunitaria, sin embargo no llegaron a cuajar hasta 1998 que se fundó la FAECAP que la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

En 1994 se fundaron la Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (Asociació Balear d'Infermeria Comunitaria –ABIC-) y la Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria –ACAMEC-. En 1996 se fundaron: la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias –SEAPA- y la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya -AIFICC). En 1997 se fundaron: la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria –SEMAP- y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria- ASANEC-. En el año 1999 se fundó la Sociedad de EAP de Castilla y León – SEAPCyL-. En el 2003 se fundaron: la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura y Sociedad de Enfermería Comunitaria Cantabra (AECC). En el 2004 la Asociación de Enfermería Comunitaria Aragonesa (AECA).

La FAECAP es una Federación de Asociaciones de Enfermería de carácter Científico constituida en 1998 con la voluntad de agrupar en su entorno a las diferentes asociaciones y sociedades de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, contando en la actualidad con más de 2.000 socios que representan al conjunto de enfermeras y enfermeros que desarrollan su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria en las distintas Comunidades Autónomas. La constitución de la Federación, fue aprobada por las Juntas Directivas de las Sociedades y como órgano de gobierno y administración de la FAECAP se creó la Junta Directiva de la



Federación, según los estatutos aprobados, formada por un representante de cada una de las respectivas Juntas Directivas de las Sociedades Federadas<sup>220</sup>.

Las sociedades que hasta ahora conforman la FAECAP son:

 <p>AEC</p> <p>Asociación de Enfermería Comunitaria (1994)</p>	 <p>SEAPA</p> <p>Sociedad de Enfermería de A.P. de Asturias (1996)</p>	 <p>SEMAP</p> <p>Sociedad Madrileña de Atención Primaria (1997)</p>
 <p>SEAPREMUR</p> <p>Sociedad de Atención Primaria de la Región de Murcia (1989)</p>	 <p>ASANEC</p> <p>Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (1997)</p>	 <p>Asociació Balear d'Infermeria Comunitaria (1994)</p>
 <p>AIFICC</p> <p>ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITÀRIA DE CATALUNYA</p> <p>Asociació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (1996)</p>	 <p>ACAMEC</p> <p>Asociación Manchega de Enfermería Comunitaria (1994)</p>	 <p>SEAPCyL</p> <p>Sociedad de EAP de Castilla y León</p>
 <p>AECC</p> <p>Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria</p> <p>Sociedad de Enfermería Comunitaria Cantabra (2003)</p>	 <p>AECA</p> <p>Asociación de Enfermería Comunitaria de Aragonesa (2004)</p>	 <p>Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (2003)</p>

<sup>220</sup> [Mas información sobre la formación y presentación de FAECAP publicada por AEC, y SEAPREMUR](#)

El órgano de expresión de la Federación es la página Web [www.faecap.com](http://www.faecap.com) .



Desde el 2004 publica la revista científica *Enfermería Comunitaria*, promovida por la Federación y gestionada por la Fundación Index.

#### *Actividades llevadas a cabo por FAECAP*

En 1998, se constituyó la federación, se aprobó el logotipo y la organización de las primeras Jornadas de la FAECAP en 1999 que organizó la Sociedad Madrileña SEMAP. Por primera vez, dos miembros de la Federación enfermera se unieron al Grupo de Sociedades Científicas que asesora al Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, junto a representantes de la SEMFyC (médicos de familia), SEMERGEN (médicos de emergencias), SEMG (médicos generales) y la Asociación Española de Pediatría Extra-hospitalaria. En este año se asumió la propuesta de especialidad elaborada por AEC.

En 1999 se celebraron las Primeras Jornadas de la FAECAP en Madrid, bajo el lema *Enfermería y Población: Dejar Huella*. Se crearon las vocalías de: Relaciones Externas, Docencia e Investigación y Publicaciones a la que se le encargó la elaboración de una propuesta de revista. Se tuvieron reuniones con el Subdirector General de Recursos Humanos del INSALUD, para debatir criterios del baremo para los concursos de traslados. Participó en la 1ª reunión de la Comisión de Coordinación del PACAP.

En el año 2000, se renovó la junta directiva, eligiéndose como presidenta a Carmen Granda Menéndez miembro de la SEMAP (Madrid). Se incorporaron a la FAECAP, como miembros de pleno derecho, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) y la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Castilla y León (SEAPCyL). Se abordaron varios temas: a) estudiar el perfil de la especialista b) la elaboración de una página Web y c) la formación práctica y la

coordinación con la teórica<sup>221</sup> d) iniciar los contactos con el Ministerio de Sanidad para solicitar la creación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Comunitaria, y, e) la organización de las II<sup>as</sup> Jornadas de la FAECAP para el año 2.001 en Madrid.

La Federación participó junto con otras sociedades científicas en: 1). La evaluación de Cartera de Servicios. 2). Evaluación en Atención Primaria. 3). La Asociación de lucha contra el SIDA-Studi. 4) El grupo PAPPS (programa de actividades de prevención y promoción de la salud) de los médicos de familia.

En el 2001 comenzó la página Web de FAECAP [www.faecap.com](http://www.faecap.com). Se celebraron las Segundas Jornadas de la FAECAP en Madrid los días 18 y 19 de Marzo con el lema *Seguimos Avanzando*. Se participó en la plataforma para la correcta definición del término enfermería en la definición de la Real Academia Española. Se incorporó como miembro fundador de la FESCE (Federación Española de Sociedades Científicas de Enfermería). Y creó un grupo de expertos para el desarrollo de la especialidad.

En el 2002, ingresó en el CNPT (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo), pero sobre todo, se planteó ampliar el cometido científico de la Federación, realizándose para tal fin el siguiente decálogo programático:

1° Se fijará una estrategia que impulse y culmine la aprobación y posterior desarrollo por el Ministerio de Sanidad, a través de su Consejo Inter-territorial, de la normativa que desarrolle la Especialidad de la Enfermería en el ámbito comunitario, se aprobará la creación de la especialidad de enfermería comunitaria.

2° Se diseñará y pondrá en marcha una campaña de marketing en todo el contexto del Sistema Nacional de Salud (Instituciones, profesionales y ciudadanos)

3° Se deberá tener al menos una persona de referencia en las comunidades/nacionalidades donde no existan asociaciones, ni grupos organizados vinculados a FAECAP. En el caso de existir asociaciones no integradas, se contactará con ellas para dar a conocer nuestros fines.

4° Se promoverá la creación de un Área de Investigación y Formación con un responsable de referencia, la cual se comprometerá a diseñar durante el 2002, al menos, un proyecto de investigación intentando que este sea avalado por una agencia externa.

5° Se elaborará un diseño de programas de formación para desarrollar en años posteriores.

6° Se mantendrá y potenciarán los grupos de trabajo ya existentes.

7° FAECAP debe consolidarse como un referente de opinión, sobre las cuestiones que afectan a la enfermería comunitaria y de atención primaria.

---

<sup>221</sup> Participó en el encuentro de Profesores de Enfermería Comunitaria, la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) donde se abordó este tema de forma primordial,

8° Se ampliará y llenará de contenido la página web de FAECAP

9° Se editara el primer numero de la revista "Enfermería Comunitaria".

10° Durante el cuarto trimestre del 2001 se fijaran las bases para el desarrollo del 1° Congreso de FAECAP

En el año 2003, se realizó el I Congreso FAECAP junto con el Tercer Congreso ASANEC que fue un hito en participación, en presentación de trabajos y asistencia, más de mil enfermeras y enfermeros. Ingresó en FAECAP la Asociación de Enfermería Comunitaria Cantabra (AECC) y la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SENFyCEX). Se creó el comité técnico constituido para la elaboración de un proyecto de Certificación profesional para enfermería. (CENFER)

Tras dos años de trabajo, el Ministerio de Sanidad paralizó el desarrollo de la especialidad de enfermería comunitaria sin respetar el trabajo desarrollado por las Asociaciones Científicas, las Escuelas Universitarias y la Organización Colegial de Enfermería.

El año 2003 fue un año intenso de participación intersectorial e interdisciplinar. Se inició el trabajo de certificación y cooperación con [www.Todosvacunados.com](http://www.Todosvacunados.com). Se participó en la elaboración del Plan Integral de Cáncer<sup>222</sup> y también en dos de las áreas del Plan: Prevención y Cuidados Paliativos. En el Programa Europhamili, de ámbito europeo, con objeto de armonizar las políticas sanitarias y la capacitación de los profesionales relacionados. Además se intervino en CNPT, LOPS, Estatuto Marco, Licenciatura y en el borrador de especialidades.

FAECAP se desvinculó del proyecto NIPE () exponiendo las siguientes razones:

1. El proyecto nos merece un gran respeto y valoramos muy positivamente un movimiento de este calibre.
2. Pero lo vemos muy centrado en criterios y dimensiones propias de la atención hospitalaria.
3. Sigue un modelo centrado en los GDR, de uso hospitalario principalmente No incluye diagnósticos y criterios enfermeros independientes (NANDA).
4. El producto asistencial enfermero aparece subordinado al producto médico, a pesar de haber habido con anterioridad proyectos que conferían mayor peso específico a la enfermería en la contabilidad analítica (proyectos SIGNO).
5. No contempla situaciones que frecuentemente los enfermeros abordamos en la Atención Primaria de

---

<sup>222</sup> A propuesta de Luís Bohigas Santasusana, Director General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Salud de forma independiente, como: actividades preventivas, de promoción de la salud, atención a grupos familiares, intervenciones socio sanitarias, trabajo con la comunidad, etc. 6. Estaremos encantados en participar en un proyecto (o desarrollo de este mismo) en el que la aportación enfermera en el proceso de atención tenga un reconocimiento explícito y acorde con el potencial que la Enfermería de Familia y Salud Comunitaria tiene hoy en día en España<sup>223</sup>.

En 2004, ingresó la AECA (Asociación de Enfermería Comunitaria de Aragón) con lo que ya eran 12. Se inició el Boletín electrónico de la federación con la notificación de las novedades y noticias incluidas en la web; y comenzaron los preparativos para el Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria en 2005. Se trabajó en los criterios de evaluación, acreditación y revisión de las instituciones que impartirán la docencia de las especialidades. Salió en formato electrónico la *Revista de Enfermería Comunitaria* que se publica conjuntamente con la fundación Index. Se creó un grupo de trabajo de investigación de enfermería basada en la evidencia. El Ministerio de Sanidad aceptó las alegaciones que FAECAP aportó al decreto de especialidades enfermeras.

Se continuó la participación en todos los sectores de la Sociedad. Como miembro de la CNPT se suscribió un Convenio Marco de Control del Tabaquismo auspiciado por la OMS (WHO). Se incorporó a los dos grupos del CNPT (mujer y adolescente), en el Comité Organizador del IV Congreso del CNPT, como Grupo *enfermería y tabaco*. Se dirigió una carta a la Ministra de Sanidad y al Presidente del Consejo General para proponer la inclusión de Enfermería como profesional de referencia en la deshabituación tabáquica. Participamos en el grupo “Estrategia Salud XXI”. Participación de FAECAP en el Programa Europhamili (programa de salud pública de ámbito europeo, con objeto de armonizar las políticas sanitarias y la capacitación de los profesionales relacionados) y en el Proyecto Manahealth.

Se decidió hacer una Conferencia anual de Delegados FAECAP cuyos objetivos fueron los siguientes: 1) Coordinar las actuaciones de las sociedades integrantes de la Federación. 2) Incrementar la eficiencia de los recursos disponibles en la Federación. 3) Facilitar el trabajo en equipo de los delegados y responsables autonómicos. 4) Desarrollar las actividades formativas en el seno de la Federación. 5) Armonizar las estrategias de desarrollo e implantación de las sociedades científicas de enfermería comunitaria

---

<sup>223</sup> [www.FAECAP.com](http://www.FAECAP.com) (23 Febrero de 2006)

En 2005, se presentó la revista *Enfermería Comunitaria* en formato papel en diversos foros. El 22 de abril de 2005, se publicó el Real Decreto de Especialidades de Enfermería. Se realizó el Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria que inauguró la Ministra de Sanidad y Consumo al que asistieron 1200 enfermer@s de varios países europeos y latinoamericanos. Y justo en este año AEC se salió de FAECAP por diferencias de criterios de trabajo.

Finalizamos este análisis del proceso de institución de una nueva especialidad enfermera especificando que además de las actividades de FAECAP, cada asociación realiza sus propias actividades: jornadas, talleres, reuniones con las administraciones autonómicas que divulga por sus propios medios, generalmente en sus páginas Web.

#### 4.5.5. La especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria

En 1987 en el Real Decreto. 992/1987 se aprobó la especialidad de Enfermería Comunitaria pero, como otras, salvo Matronas y Salud Mental, no se desarrolló. Así que, desde la reforma del plan de estudios 1977 hasta 2005, el trabajo de las enfermeras y enfermeros en los centros de salud se ha desarrollado por enfermeras y enfermeros generalistas, que recibieron formación “ad hoc” en numerosas ocasiones. Si bien, desde todas las Comunidades Autónomas y desde el INSALUD, se organizaron numerosos programas de Formación Continuada en Atención Primaria<sup>224</sup>

En el 2005 se aprobó el decreto que reconoce la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria, estando pendiente su desarrollo. El informe sobre los contenidos de la especialidad de *Enfermería Comunitaria* se realizó en 2001 por la vocalía de formación a cargo de la AEC. Sus autores fueron: Adolfo Guirao (enfermero de centro de salud en Valencia, reconocido por la NANDA por su trabajo de validación del diagnóstico de enfermería “sedentarismo”)<sup>225</sup>. Gonzalo Duarte (experiencia de gestión en AP, del grupo promotor de la Enfermera de Enlace en

---

<sup>224</sup> María de la O Jimenez Otero y Carmen Gutierrez Arana. Formación continuada de enfermería en los centros de salud. Manuales nº 7. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1987; y también fueron autoras y coordinadoras de La Consulta de Enfermería Manuales nº 7. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1987.

<sup>225</sup> Guirao, 2001.

sus inicios en Canarias). Jorge Minguez (enfermero de centro de salud de La Rioja, publicaciones sobre Historia de la enfermería comunitaria). Antonio Galindo, (profesor de enfermería comunitaria de la Universidad de Extremadura). Antonio Frías (enfermero con amplia experiencia en gestión en APS, Master en Salud Pública por la Escuela Andaluza de Salud Pública y profesor de enfermería comunitaria en la Universidad de Jaén). Lucía Mazarrasa (enfermera e instructora sanitaria. Organizó el primer programa de dos cursos de enfermería de enfermería salud pública en la Escuela Nacional de Sanidad a principios de los noventa) y Manuel Mañá (enfermero, formado en enfermería de salud pública en la Escuela Nacional de Sanidad)

El documento de trabajo es amplio, bien razonado y con apoyo decidido a un sistema sanitario público en el que la contribución enfermera está bien explicitada.

“Los fundamentos socioeconómicos de la atención primaria son: la continuidad y longitudinalidad de la atención, y el papel de filtro / derivación hacia la atención especializada. Esto es, lo que convierte a la Atención Primaria, en puerta de entrada al Sistema de Salud. En España, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto sanitario en un año, y también tan sólo el 1% de la población consume el 26%, mientras que el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de usuarios que representa más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una APS que proporcione atención integrada”<sup>226</sup>.

“La misión de la enfermera comunitaria en atención primaria es resolver problemas entendido como necesidades de cuidados de los usuarios. Dichos problemas son especialmente importantes en: niños, adolescentes, personas con enfermedades crónicas, y personas mayores. Para estos grupos concretos, la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica por enfermeras de atención primaria (con el objetivo de mejorar la salud, minimizar las complicaciones y resolver problemas específicos) puede redundar en mejores resultados clínicos, ganancias de calidad de vida, mejoras en la satisfacción de los usuarios y aumento de la eficiencia del sistema sanitario”<sup>234</sup>.

El informe técnico propone nuevos escenarios teniendo en cuenta, por un lado, el cambio de los patrones epidemiológicos: Estructura urbana, Consumismo, Industrialización alimentaria, Hábitos nocivos. Siniestrabilidad laboral. Conductas insalubres. Desestructuración familiar. Limitación de en los recursos sociosanitarios. Desigualdades sanitarias. Patrones demográficos (envejecimiento y menor natalidad), y, por otro lado, la adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de la Sociedad. Esto requiere un funcionamiento enfermero eficiente, poniendo en práctica los roles de cuidados:

“Si aplicamos los criterios generales de funcionamiento del Sistema Sanitario y los particulares de la enfermera al trabajo que desempeñan, es razonable pensar que si la enfermera de atención

---

<sup>226</sup> Varios. Proyecto de Especialidad de enfermería comunitaria. AEC-FAECAP. 2001. [www.faecap.com](http://www.faecap.com). Febrero de 2001:7 (39 páginas)

primaria fuera la puerta de entrada y distribución para determinados grupos de población (pensemos en especial en pacientes crónicos y personas mayores) se mejoraría la eficiencia del sistema<sup>234</sup>.

La propuesta se realiza desde una mirada enfermera, en la que el autocuidado se coloca en el centro de la atención, a la vez que se mejora la eficiencia del sistema y brinda más tiempo al trabajo propiamente médico:

“Las necesidades en materia de salud de estos grupos no son tanto de curación como de cuidado de la salud. Es decir, estos pacientes necesitan que se les enseñe a manejar su problema, se les realicen técnicas diagnósticas y terapéuticas poco complejas y se tomen medidas para evitar las complicaciones derivadas de su enfermedad. Por ello el *nivel* de atención sanitaria que necesitan se ajusta al perfil de oferta de la enfermera de atención primaria. Por ejemplo, si con los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos - los más conocidos diabetes e hipertensión- las enfermeras asumieran una responsabilidad mayor en la revisión del estado de salud y derivación hacia los médicos de familia ante una complicación o un problema agudo, los pacientes obtendrían al menos los mismos resultados en salud, y los médicos de familia obtendrían una disminución en la presión asistencial que soportan, aumentando de esta forma los niveles de eficiencia del Sistema Sanitario”.

“Puede jugar un buen papel de filtro - ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, uno de los grupos que genera más gasto al sistema -. Puede ser la bisagra entre servicios **sanitarios y sociales**. Para ello es necesario contar con enfermeras especialistas competentes<sup>234</sup>.

Los autores del informe se documentaron en experiencias previas que argumentan y finalmente proponen competencias y materias: “Las reformas organizativas de la Atención Primaria en países como el Reino Unido y Suecia van en la línea apuntada antes. Las enfermeras de atención primaria asumen mayor responsabilidad ante determinados problemas y grupos de población. En la literatura este papel se recoge como gestión de cuidados o gestión clínica en enfermería. *Gestionar los cuidados* significa recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención específico y coordinar las intervenciones con los distintos profesionales del equipo, familiares implicados, otros niveles asistenciales y otros sectores implicados<sup>234</sup>.

En el escenario europeo, en el que se sitúa ahora la enfermería comunitaria en España, se contemplan estructuras flexibles ya que el aprendizaje es un proceso. Por ello, en la medida que el aprendizaje a lo largo de la vida sea un exigencia y la oferta formativa este sujeta a las normas de calidad de la ANECA o su agencia equivalente, las Comisiones de Docencia de las Universidades se verán en la obligación de estudiar convalidaciones parciales.

En resumen final podríamos decir que la estrecha colaboración entre el Sistema universitario y el Sistema Sanitario es una necesidad inapelable, dadas las



características de la formación de las enfermeras, al igual que otros profesionales sanitarios. El comité de especialidades adquiere por tanto, su máxima importancia ya que deberá regular o proponer regulaciones que armonicen necesidades y recursos de la sociedad, de los profesionales y del sistema de servicios público y privado.

Diversos autores como Alberdi, Minguez, Cuesta<sup>227</sup>, Antón opinaban en trabajos recientes que seguimos aferrados, por formación, a un modelo medicalizado que nos lleva a curar dejando de dar respuesta a las necesidades... Sabemos curar una escara pero no siempre sabemos dar respuesta a las necesidades del escarado. Concluían que para superar las dificultades es necesario analizar de forma rigurosa las necesidades de formación para mejorar la preparación en las escuelas y lograr la reflexión profesional de los alumnos. Mejorar los sistemas de formación postgrado y de los dirigentes enfermeros en todos los campos, criterio coincidente con el grupo del informe de la especialidad.

Cuadro nº 16. Denominaciones de la enfermería comunitaria desde 1977 hasta 2005

Enfermera Generalista <i>Materia Salud Pública</i>	1977	Importante contenidos en la carrera  1985, primeros centros de salud. Inicios APS
<i>Enfermera Instructora Sanitaria</i>	1941-1983	<i>Antecesora directa de la especialidad.</i>
Especialidad de Enfermería	1987	No se desarrolló
Enfermera generalista <i>Materia Enfermería Comunitaria</i>	1990	Contenidos de Enfermería Comunitaria  Auge de la APS
Especialidad de enfermería de Salud Familiar y Comunitaria	2005	Completada la reforma de la APS.  Aprobada y pendiente de desarrollar

Mucho es el camino recorrido como resume el cuadro nº de las meras denominaciones –y mucho queda- por hacer por desarrollar una enfermera o enfermero de salud, familiar y comunitaria que se sienta bien consigo misma o mismo, para que las personas puedan recibir unos cuidados de calidad que aumenten su autonomía, autocuidado, calidad de vida y también sean eficientes

<sup>227</sup> Cuesta 2004, pp.60-63.

para el Sistema de Salud. Creemos que habría de incluir la reflexión de la perspectiva de género en esta etapa, para lograr ese bienestar dentro del colectivo enfermero, ese sentirse “a gusto” en su piel, en su relación con los otros y en su quehacer cotidiano, no es sino, un síntoma positivo de identificación con los cuidados.

## 5. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA: ANALISIS DE RELATOS DE VIDA PROFESIONAL DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS (1952-2005)

“Su diario es el testimonio de una observadora inteligente y honesta. Habla de medidas de seguridad, habitaciones, comidas, diversiones, transportes, bombardeos, intervenciones quirúrgicas, condiciones de trabajo en el hospital y relaciones humanas. Ofrece estampas de la vida rural, describe la agricultura y el clima, observa y hace comentarios. Clara, sincera, espontánea, sin quejarse, sin exagerar ni juzgar. No hay en todo el diario una sola línea grandilocuente ni autosuficiente. Estamos en deuda con Agnes Hodson por dejarnos el cálido testimonio humano de lo que ella juzgaba como el acontecimiento más importante de su vida. (Keene, Pardo, “A una milla de Huesca. Diario de una enfermera australiana en la Guerra Civil española”. 2005:15-16)

## 5. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA: ANALISIS DE RELATOS DE VIDA PROFESIONAL DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS (1952-2005)

<b>1. Introducción. Material y métodos .....</b>	<b>309</b>
1.1. Selección de la Población.....	313
1.2. Contexto de la observación.....	316
<b>2. Resultados y Discusión de los Discursos .....</b>	<b>318</b>
2.1. La motivación. Por qué elegir enfermería.....	319
2.2. Las fuentes del saber: el aprendizaje académico y el profesional .....	322
2.3. Imagen de la enfermera y el enfermero.....	327
2.4. La promoción de salud y los cuidados invisibles .....	332
2.5. El reconocimiento y apoyo .....	336
2.6. Género explícito .....	354
2.7. Poder explícito.....	358
2.8. Innovación .....	365
2.8.1. Innovaciones en el ámbito hospitalario.....	366
2.8.2. Innovaciones en el ámbito de la Atención Primaria de Salud .....	368
2.8.3. Innovaciones Profesionales.....	370
2.8.4. Innovaciones para investigación. La Fundación Index.....	370
2.8.5. Innovaciones Docentes.....	371
2.8.6. Experiencias en el extranjero.....	373
2.8.7. Alianzas cuidadoras.....	376
2.9. El futuro, real y soñado .....	377

### 1. *Introducción. Material y métodos*

La prosopografía o historia de grupos de personas dentro de un contexto histórico, social y político, persigue no tanto biografar al grupo en su conjunto como poner en relación las biografías individuales de sus componentes. Se considera grupo, bien aquellos que existieron como tales o el creado a posteriori con el objetivo historiográfico y en consonancia con el criterio que guía la investigación. En este trabajo, los relatos de vida profesional de las enfermeras y enfermeros, son considerados como un conjunto de profesionales que comparten unas circunstancias sociales y laborales determinadas, y cambiantes en el tiempo, dentro de un doble sistema de género que organiza la vida social, en general, y la actividad sanitaria en particular.

El cambio principal que propone la historiografía reciente afecta al nuevo carácter epistémico que se otorga a la subjetividad el hecho, por una parte, de que quien investiga pueda generar e intervenir en la creación de la propia fuente de estudio. Y también, de que se busque y se trate de analizar la subjetividad en sí misma, más que someterla a una cuarentena crítica para evaluar en que medida lo dicho y oído responde o no, a “la verdad” o a la realidad<sup>1</sup>.

Los objetivos de la historia basada en fuentes orales son hoy bien diferentes a los que la bibliografía historiográfica les ha asignado durante mucho tiempo, en un plano que podríamos considerar político. La historia oral renace para dar voz a sectores socialmente silenciados por motivos de clase, raza, lugar de residencia, género o cualquier otra jerarquía y, por tanto invisibles a la escritura histórica<sup>2</sup>. La historia de las mujeres es ideológica y política, entendida como poderoso relato escrito, siempre subsidiario de las necesidades de cada época. El debate acerca de la neutralidad y objetividad del conocimiento niega que se pueda hacer ninguna aportación válida al campo del saber humano desde el posicionamiento ideológico político, desde el sujeto sensibilizado que logra significar otros sujetos,

---

<sup>1</sup> Ortiz, 2005, pp.75-97. La revista *Asclepio*, publicó el monográfico sobre biografías médicas, un reflexión historiográfica en 2005, vol. LVII, fascículo I

<sup>2</sup> Sanz, 1997, pp. 37-8; Su trabajo de tesis sobre Ojos Negros a partir de relatos orales, 2000, y el método biográfico 2005, pp. 99-115.

problemáticas y procesos históricos con el más escrupuloso, uso de fuentes, técnicas y conceptos analíticos<sup>3</sup>.

Desde un punto de vista teórico, responde al interés por el estudio de la memoria, la representación y la subjetividad. Guarda directa relación con el trabajo de campo de la Antropología Social y en general, con las técnicas cualitativas de las Ciencias Sociales, y también tiene unas características epistemológicas propias que radican, básicamente, en la importancia que la historia da a elementos tan inasibles en otras ciencias como el tiempo y la memoria<sup>4</sup>. También la reconceptualización como el lenguaje, hace epistemológicamente posible, construir un puente entre varios niveles de análisis entre los sucesos individuales y la historia de vida cultural, social e histórica de los mundos de los que esos acontecimientos emergen<sup>5</sup>.

El método biográfico y más concretamente el Relato o Historia de Vida Profesional, técnica específica de la Antropología Social y Cultural es útil porque permite obtener el punto de vista del actor ya que da la palabra a los sujetos sociales, en nuestro caso a las enfermeras y enfermeros como pensadores de saberes sobre salud que no tienen por qué coincidir con los saberes médicos hegemónicos<sup>6</sup>. Son parte de los saberes enfermeros complementando los plasmados en los textos, discursos científicos, profesionales, administrativos y legales. De la misma manera que en enfermería se habla del “yo terapéutico”, como un elemento esencial de cuidado<sup>7</sup>, en la investigación, podríamos hablar de un “yo indagador”. El investigador construye la propia investigación y lo hace empleando la reflexividad, por tanto es un instrumento de reflexión que no de precisión. Al ser reflexivo se relaciona íntimamente con el tema de investigación y con los informantes, y se involucra en su mundo social. Para Cuesta<sup>8</sup> investigar de manera cualitativa no es aplicar una metodología sino construir un camino que lleve, en un momento dado, a la mejor respuesta a una pregunta. La investigación cualitativa se

---

<sup>3</sup> Cuadra, Josemi y Segura, 1997, pp. 73-93.

<sup>4</sup> Leydesdorff, 1993, pp.144-76.

<sup>5</sup> Harding, 2001, pp.11-8.

<sup>6</sup> Menéndez, 2002. Véase también, Pujadas, 1992 y López-Barajas, 1996.

<sup>7</sup> Medina, 1999,

<sup>8</sup> Cuesta 2005, *op. cit*

hace para comprender un fenómeno de naturaleza humana, una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona.

Utilizamos los relatos de vida profesional paralelos, dado que no hay vínculos entre los informantes, ni convergencias entre sus vidas, si bien ha podido haber alguna coincidencia ocasional no es el propósito del análisis cruzado que algunos autores proponen<sup>9</sup>.

La fuente primordial de los relatos de vida es “la persona” y el testimonio que ésta proporciona, en su doble faceta de individualidad única y sujeto histórico. En ella confluyen dimensiones psicológicas y contextuales cuya interacción genera una manera peculiar de construir y narrar su experiencia pasada, siempre en clara relación con la situación presente y los proyectos de futuro. En la práctica, los intereses disciplinarios y la experiencia tienden a favorecer el desarrollo teórico de los extremos de esta cadena causal: lo individual y lo social. Para comprender a los sujetos es necesario hacer referencia a las estructuras históricas donde están o estuvieron organizados los entornos de su vida cotidiana<sup>10</sup>

Para analizar la trayectoria, es decir, las posiciones sucesivas de un mismo agente sometido a incesantes transformaciones analizaremos previamente lo que Bordieu llama la “superficie social”<sup>11</sup>. Es decir, el terreno en el que se desenvuelven los hechos personales, como resultado de interacciones objetivas en procesos sociales. La visión historicista nos da las claves de las estructuras objetivas y cognitivas. Las estructuras objetivas a partir del análisis etnográfico<sup>12</sup>, político e histórico y las formas o estructuras cognitivas simbólicas hasta encontrar lo que Durkheim llamó las “formas de clasificación” de una sociedad histórica concreta<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Sanmartín, 2003 y Pujadas, 1992.

<sup>10</sup> Sanz, 2005, pp.102-115

<sup>11</sup> Bordieu, 1989, pp.27-33.

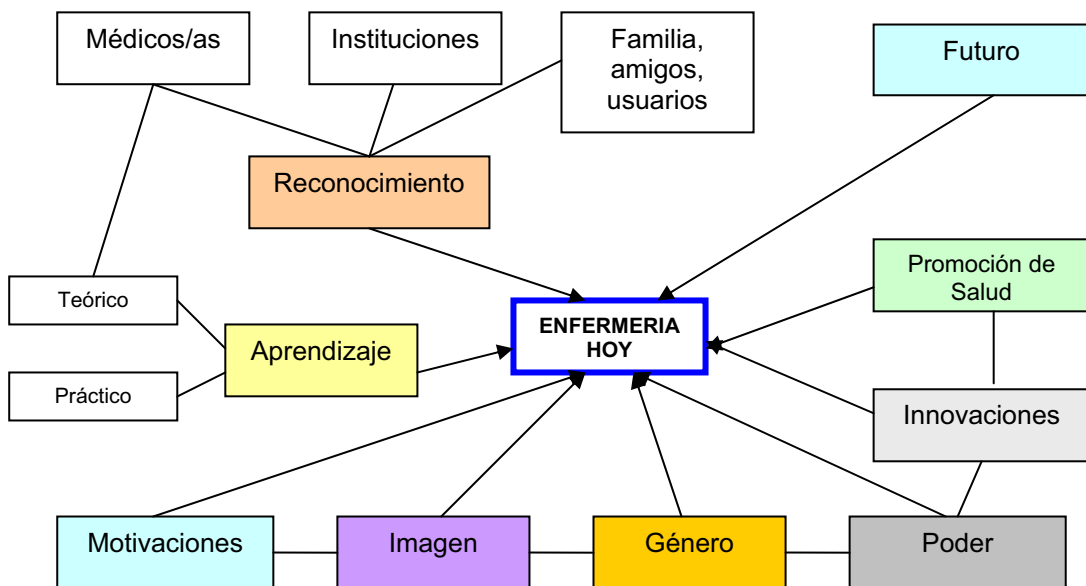
<sup>12</sup> Blanchet, Ghiglione, Massonnat y Trognon, 1989,

<sup>13</sup> Durkheim, 1968,

*Marco conceptual*

En trabajos anteriores consideramos elementos claves de nuestro estudio tres factores que en nuestra opinión delimitan la profesión enfermera actual: los aprendizajes, el reconocimiento y el concepto de promoción de salud asociado a los cuidados<sup>14</sup>. En el trabajo actual hemos ampliado el marco conceptual incluyendo: las motivaciones en la elección de la carrera, las innovaciones a lo largo de su vida profesional, la imagen de la enfermería en un sentido sincrónico y diacrónico, la influencia del género, el poder y su valoración del futuro.

Figura nº 9. Contexto de producción del discurso.



El aprendizaje recibido en su carrera nos ilustra sobre la forma de socialización y los agentes de la misma. La motivación para elegir la carrera forma parte junto con la imagen de la valoración social y de los estereotipos de cada profesión. El reconocimiento recibido de tres fuentes: médicos y médicas, instituciones y familiares, amigos y usuarios avalan la razón de ser de la profesión y sus variaciones pueden indicar desviaciones que deben corregirse. El género y el poder son conceptos transversales, pero al preguntarlos de forma explícita hemos hecho

<sup>14</sup> Germán, 2003, pp. 3-4



reflexionar a los informantes sobre estos puntos. Las innovaciones indican no solo capacidad resolutive, sino la creatividad, las barreras que la sociedad o las propias enfermeras se han puesto a si mismas a la hora de promover cambios necesarios. El concepto de promoción de salud es un indicador indirecto de la concepción del cuidado que tienen las y los enfermeras y enfermeros.

### *Objetivos*

1. Identificar los elementos clave de la Historia de la Enfermería Española desde los relatos biográficos de las propias enfermeras y enfermeros.
2. Analizar la variable género en el desarrollo de la Historia Profesional reciente desde el discurso de las y los informantes.
3. Aportar información histórica reciente desde los hechos narrados por los entrevistados.

#### *1.1. Selección de la Población.*

Los informantes se distribuyeron en tres grupos etarios. Un primer grupo con 25 años o más de ejercicio profesional, que son coetáneos con el período histórico estudiado. Es el grupo más numeroso, 13 personas con diversidad de puestos de trabajo con elevada responsabilidad y con gran interés cuando no pasión por su profesión. Estas características las comparten las tres informantes jubiladas, que se han incorporado por que contemplan la profesión de forma retrospectiva y con la libertad de quienes disfrutan de una jubilación serena y gozosa. Finalmente se ha incorporado el testimonio de tres jóvenes con menos de diez años de ejercicio profesional y dos personas de las primeras promociones de la Diplomatura. Estas tres franjas de edad nos permitirán contrastar los cambios generacionales. Once provienen del ámbito de la Atención Primaria y diez del hospitalario, incluyendo en este a las informantes jubiladas. En el cuadro nº 1, se muestran algunas otras características como estudios realizados, ejercicio profesional fuera de España y otros datos relevantes.

Cuadro nº 17. Características de Informantes

	Trabajo Actual	Estudios Postgrado y otros	Cargos relevantes
1.	Profesora de Enfermería Comunitaria	Master Salud Pública. Trabajo social. Antropología	Supervisora de UVI. Jefa de Sección del Servicio Andaluz de Salud. Directora de Centro de Salud. Enfermera de Enlace.
2.	Enfermera de Enlace	Master Salud Pública	Enfermera de UVI. Coordinadora del Programa Materno-infantil del Servicio Andaluz de salud. Coordinadora de enfermería de Centro de Salud
3.	Enfermera de Centro de Salud	Enfermera Psiquiátrica.	Subdirectora de Formación Continuada en el Hospital.
4.	Enfermera de Hospital		Supervisora de Unidad. Gestora de Calidad y otros cargos hospitalarios. Presidenta de ONG
5.	Profesor de Gestión de Servicios de Salud	Doctor	Director del Departamento de Enfermería de Universidad. Director de enfermería hospitalario
6.	Podólogo autónomo	Doctor	Enfermero rural. Profesor colaborador
7.	Enfermero gestor	Humanidades	Coordinador de Enfermería de Distrito Sanitario en Atención Primaria. Profesor colaborador de Antropología en la Universidad. Presidente de la Fundación Index.
8.	Enfermero Psiquiátrico	Especialista en Psiquiatría	Director de Enfermería Hospitalario. Profesor Asociado. Coordinador de Unidad Docente
9.	Enfermera de Centro de Salud	-	Inicios de investigación
10.	Enfermera de Centro de Salud	-	Inicios de investigación
11.	Enfermero de Salud Laboral	Master en Ciencias de la Enfermería	Atención a domicilio. Urgencias. Colaborador docente
12.	Enfermera de centro de Salud	Master en Estudios Sociales	Profesora Asociada de Enfermería
13.	Enfermera Hospitalaria	-	Gestora en diversos cargos hospitalarios
14.	Enfermera de Centro de Salud	Especialista en Enfermería Pediátrica. Master en Salud Pública	Jefa de sección en Atención Primaria de Salud en los Servicios de Salud. Experiencia internacional
15.	Profesora e investigadora en el Instº de Salud Carlos III	Especialista: Instructora Sanitaria	Profesora de Universidad. Supervisora de Formación Continuada Hospitalaria. Experiencia internacional.
16.	Enfermera Supervisora	Graduado Social. Gestión Hospitalaria	Supervisora en diversas unidades hospitalarias. Profesora Asociada
17.	Jubilada	-	Asesora en el Ministerio de Sanidad. Subdirectora de enfermería Hospitalaria. Experiencia internacional
18.	Jubilada	Especialista en Enfermería Laboral	Asesora en el Ministerio. Directora de Cruz Roja. Experiencia internacional

19.	Jubilada	Licenciada en Historia y Arte	Gestora en diversos cargos docentes. Investigadora histórica
20.	Profesora de enfermería	Magisterio. Master en Ciencias de la Enfermería	Gestora en diversos cargos docentes
21.	Presidenta Colegio	Gestión hospitalaria	Directora de Enfermería en diversos Hospitales.

Hemos incluido además el criterio de selección de pertenencia a diferentes lugares de España, seleccionando tras muchos otros posibles, Madrid, Andalucía, Cataluña y Aragón. El tercer criterio de selección ha sido el sexo de los informantes. En total han sido 16 enfermeras y 5 enfermeros, cifra que no satura la información sino que podría ser complementada y aumentada en sucesivos trabajos. La mayor parte de los informantes, salvo los jóvenes, participaron activamente en la transición profesional, que a su vez coincidió con la Transición Política y por tanto, tuvieron un alto grado de conciencia profesional y capacidad de influencia en lo que pudieron decir, hacer y pensar.

Los informantes son personas con elevada autoestima profesional, “Siempre he tenido mucha suerte desde el punto de vista profesional” y personal “Hago como decía Santa Teresa, cada día tiene su afán. Cada día hago una cosa, bien sea por la mañana o por la tarde, hago algo para mí, que me estimula, que me causa alegría, que me da horizontes”. Se puede decir que se “sienten a gusto en su piel” y en su lugar de trabajo. Personas que aman la profesión y se sienten orgullosas de ejercerla. Son personas que podríamos calificar como inquietas ya que han cambiado de puesto de trabajo y de centro en más de dos ocasiones.

“El campo de la enfermería era tan amplio que me parecía que tenía que estar aprendiendo constantemente, no limitarme a una parcela concreta, ya que cuando empieza la rutina hay que cambiarse y aprender otra cosa. Ahora que soy más mayor, me doy cuenta de que me quedan muchísimas cosas por aprender. No voy a parar de aprender” (Ara 1952 Inf.4)

“Aunque estoy jubilada, me mantengo activa sobre lo que pasa en la actualidad. Mi penúltimo trabajo ha sido la colaboración en Egipto, en un programa de Formación Continuada para una élite que en cadena formaran a 2000 enfermeras”. (M 1938 Inf.18)

Han creado instituciones enfermeras, como la Fundación Index, o se han comprometido en las corporaciones profesionales e instituciones sanitarias y sociales: colegios, sindicatos, dirección de escuelas universitarias, gerencias hospitalarias y organizaciones no gubernamentales.

Son varias las enfermeras y enfermeros que realizaron una segunda carrera: Trabajo Social, Graduado Social, Magisterio, Psicología, Humanidades, Antropología, Historia. Han realizado y están realizando doctorados; algunos cursaron alguna asignatura de Medicina, como complemento a su profesión enfermera. También estudiaron especialidades: Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Laboral, Pediatría, Instructora Sanitaria, Podología, Fisioterapia, pese a la escasa oferta que hubo en este período. Los más jóvenes han cursado segundos ciclos de enfermería, todavía hoy como títulos propios y tienen expectativas de realizar: Matrona, Enfermería Comunitaria y Doctorado.

Se ha combinado el criterio generacional y el de pertenencia geográfica cultural buscando una dispersión y representatividad cultural de las Comunidades Autónomas.

### *1.2. Contexto de la observación.*

A los informantes se les pidió su colaboración para relatar su vida profesional. Esta vida profesional desde menos de diez años hasta más de 50, siendo el ejercicio profesional el grupo mayoritario de los 25 y 30 años. Acordamos un lugar y una hora para la realización de la entrevista, con una previsión de un mínimo de una hora. El máximo de tiempo de entrevista ha sido de cinco horas, siendo la media de tres horas. Podríamos estimar en torno a una hora de relato por cada diez años de ejercicio profesional. Posteriormente les fue devuelta la transcripción de la entrevista por si querían corregir, aclarar o completar la información obtenida. Todos los entrevistados manifestaron que fue agradable realizar esta retrospectiva. Y en algunos casos manifestaron darse cuenta de cuántas cosas habían realizado, lo cual aumentó su autoestima

Para la realización de la entrevista dispuse de un guión previamente elaborado en concordancia con el marco conceptual antes descrito y una grabadora. Todos los informantes mostraron su plena disposición a la colaboración. Las entrevistas se realizaron cara a cara. En las aclaraciones posteriores usamos el teléfono de manos libres para poder seguir la grabación y el correo electrónico. Si el correo electrónico nos ha facilitado el envío y reenvío de la información, el teléfono nos permite matizar con el tono de voz y el énfasis en los puntos comentados. Siempre

que ha sido posible hemos abordado el “cara a cara” para este periodo de correcciones. Se cuidó que hubiera un entorno silencioso de forma que se creó un clima de concentración y confianza que facilitó la rememoración.

Se ha realizado una observación narrativa que se corresponde con una cronología de los acontecimientos y su encadenamiento, y que califica los estados sucesivos de los observados. A su vez se ha incorporado mi propia experiencia como parte de la generación estudiada, tomando la información de manera cuidadosa. Esta actitud es la habitualmente usada por etnólogos, etólogos, psicólogos y periodistas. La información se recogió básicamente entre Septiembre y Noviembre de 2005, pero se han incorporado además, algunos textos obtenidos en 2003, durante los estudios del Diploma de Estudios Avanzados.

El método biográfico, de gran tradición en la cultura francesa de las ciencias sociales<sup>15</sup>, nos propone analizar “el acto humano” como una serie de encrucijadas. Sería el encuentro entre la historia social y el sujeto ante nuevos problemas a los que va dando una respuesta determinada. Es una historia social y personal a la vez. La vida siempre tiene varias longitudes de avance, “querer verla en su última fase como objetivamente ajustada a una posición, adaptada a una situación, queda como un ideal un poco cientifista”<sup>16</sup>.

El método biográfico nos permite analizar la incidencia de las representaciones ideológicas sobre las experiencias y las percepciones que los individuos tienen de su vida y de su trabajo. La sociedad no es homogénea y las divisiones en que se basa tampoco lo son, existe una gran diversidad en las formas por las que las construcciones sociales se reinterpretan, se seleccionan ciertos rasgos y se actúa a partir de ellos. El poder de las representaciones ideológicas se fundamenta precisamente en su capacidad para representar situaciones muy diversas e, incluso, contradictorias<sup>17</sup>.

Debemos precisar que, en los relatos se han recogido los “acontecimientos vividos”, en los que los recuerdos divididos en bloques temporales claves, se asocian a un acontecimiento clave<sup>18</sup>. Tres tipos de fragmentaciones se suelen

---

<sup>15</sup> Yves, 1989, pp.35-9

<sup>16</sup> Bordieu, 1989, [www.identidades.org/debates/bordieu\\_dominacion\\_7.htm](http://www.identidades.org/debates/bordieu_dominacion_7.htm)

<sup>17</sup> Comas, 1995, p. 35

<sup>18</sup> Portelli, 1989, pp. 5-33.

hacer, que a su vez, pueden ser combinadas: la *ético-política*, las primeras elecciones democráticas; *la colectiva* como una catástrofe natural; y, *la personal*, el primer trabajo, el primer servicio. Es importante precisar esto ya que en los relatos con fuentes orales se diferencia entre “acontecimiento vivido” y “acontecimiento recordado”, es decir, el que se sabe de la memoria colectiva, siendo este último más susceptible de contener errores de memoria<sup>19</sup>.

Acerca del proceso de trabajo, cuando se pide a los sujetos que recuerden sucesos, juega un importante papel la memoria<sup>20</sup>. En la *memoria autobiográfica e individual*, el sujeto actor es el protagonista del relato, crea al relato a su voluntad. También se ha observado la *memoria generacional* y habitualmente se expresaron en plural, como parte de una generación en la que participaron activamente: “Para nosotras el tema cuidar es semejante al de Promoción de Salud, mejorar la salud, mejorar la calidad de vida”. Así podemos decir que se sienten coetáneos en todas las experiencias que van contando.

El conjunto de “relatos de vida profesional” grabados en soporte digital constituyen un fondo documental de 30 cassettes y varias horas en soporte digital. La información oral transcrita (programa Word) ocupa en soporte papel 660 páginas (arial 12 con 1,5 interlineado). La información está conservada según transcripción y señalados con colores los párrafos seleccionados forman parte del archivo personal de Concha Germán Bes (APCGB)

## 2. Resultados y Discusión de los Discursos

De acuerdo con el marco conceptual expuesto, la enfermería actual sería, en nuestro trabajo, el resultado de analizar grandes factores: 1) motivación para elegir la carrera, 2) aprendizaje teórico y práctico, 3) reconocimiento social en sus tres vertientes: de médicos, de las instituciones y de la familia, amigos y usuarios, 4) el concepto de promoción de salud y su relación con los cuidados y 5) la imagen de la

---

<sup>19</sup> Es paradigmático el trabajo de Portelli y la muerte de Luigi Trastulli, acontecimiento recordado que pasó a la memoria colectiva como un hecho épico ligado a acontecimientos sindicalistas cuando la muerte se produjo un año antes en una manifestación política, se produce un fenómeno de transposición cronológica.

<sup>20</sup> Le Goff, 1991, pp. 146-147 ; Sanz, 2005, pp. 99-116

enfermera, la influencia del género, el sentido del poder y las innovaciones e ideas de futuro.

A continuación se describen los discursos de cada una de las variables enunciadas. En el relato biográfico las preguntas sirven de hilo conductor del relato, pero el entrevistado o la entrevistada tiene toda la libertad de organizarlo según surgen los recuerdos de los hechos de forma concatenada. Así comenzamos preguntando cuando comenzó a trabajar, o cuáles son los recuerdos más fuertes que tiene de la época de estudiante o de sus primeros trabajos. Posteriormente le pedimos que nos informe de los servicios en los que trabajó, que nos han servido de eje conductor del relato profesional. En torno a éste, se añaden preguntas como su concepto de promoción de salud o la influencia del género.

La perspectiva de género se relaciona con cada una de estas dimensiones, unas veces aparece explícita “para la gente la imagen era como una cuidadora doméstica *criada especializada*, aunque la enfermera estaba muy bien preparada”. (Informante 6) y otras implícitamente, ya que la eficacia simbólica son los valores atribuidos a las acciones, en este caso a los cuidados enfermeros como, por ejemplo, el poder médico “Veía que cuando miraba la firma de las enfermeras (en el cartel que había arrancado) se le revolvía hasta el alma. Lo que le disgustaba no era el contenido sino que lo firmaran las enfermeras”. (Informante 3). No obstante, hemos solicitado de forma explícita la opinión de cada una de las personas informantes acerca de este punto.

### *2.1. La motivación. Por qué elegir enfermería*

Las motivaciones para elegir los estudios de enfermería ilustran muy bien el proceso de socialización sobre todo en lo que respecta en el ejercicio de los valores de cuidado y ayuda que se asocian a los papeles de mujer madre y esposa en un ámbito privado. Encontraremos este discurso en la mayoría de las mujeres y en ninguno de los hombres. Estos refieren razones diversas de tipo coyuntural, pragmático y laboral, ya que eligieron una carrera corta para resolver las necesidades del momento.

Los discursos de los hombres enfermeros:

“Por casualidad, no tenía ninguna vocación, fueron las situaciones familiares, ya que murió mi padre. Tienes hermanos pequeños, tienes familia y tuve que volver a mi entorno. Sacamos a mi madre del pueblo, y me la lleve con mis hermanos a la capital. Me planteé que tenía que trabajar y hacer algo universitario. En aquella época el acceso a hacer ATS era directo, ya que no tenía que hacer ningún tipo de prueba por tener el pre-universitario. Era cómodo porque terminabas en tres años. Además en la facultad era asistente a clase ya que no tenías [los chicos] que hacer prácticas. Era una carrera muy cómoda de hacer. (M 1953 Inf.5)

“Hice enfermería porque quería hacer podología. No recuerdo otra cosa que no fuera que a mi abuela la calzaba cuando era un niño, por las mañanas; le cortaba las uñas, le quitaba algún callico, esto con 14 o 15 años. Cuando hice ATS me fui a un pueblo para ganar pasta, pero la única explicación que veo es esa. El bachiller lo hice en S.Juan de Dios y por la noche les iba a dar la cena a los enfermos. Si, quizás desde muy joven me acostumbé a ver enfermos, tenía muy claro lo que quería hacer”. (Ara 1952 Inf.6)

“Jamás en la vida había pasado por mi cabeza estudiar enfermería, lo mío eran las Humanidades y desde pequeño lo tenía claro, pero. Estuve en el hospital acompañando a mi madre enferma, conocí a una chica y ella me convenció, ella se matriculó y me matricule también en Historia. Yo no puedo decir que sea un enfermero vocacional, si bien al haberme formado en colegios de la orden de San Juan de Dios, si había tenido contacto con hospitales, con pacientes”. (An 1956 Inf.7)

“Trabajaba desde muy jovencito, en mi casa era yo el mayor y pronto me puse a trabajar. En mayo del 75 entré a trabajar de celador en el Hospital, fui de los primeros de aquella famosa rueda de siete celadores que entramos, pues muchos de ellos nos hicimos enfermeros”. (Ara 1952 Inf.8)

“Elegí enfermería de rebote, ya que quería hacer Fisioterapia pero no me llegó la nota, por una décima, así que comencé a estudiar enfermería. No empecé sin ganas porque siempre me ha gustado estudiar, pero no se puede decir que tenía vocación enfermera, no se me había pasado por la cabeza, no es aquello de que cuando sea mayor ayudaré a los pacientes, no, no tenía vocación, quería hacer algo sanitario”. (Ara 1979 Inf.11)

Los discursos de las mujeres son diversos: algunos también son pragmáticos como los de los hombres, otros expresan una señalada sensibilidad social; hay enfermeras que eligieron en segunda opción enfermería, ya que querían haber hecho medicina, sus motivaciones son muy similares; también en segunda opción las hay que querían estudiar otras carreras como químicas y finalmente, el grupo más abundantes es el que manifiesta motivaciones claramente vocacionales que responden al deseo de ayuda a los demás, muy propio de la socialización femenina tradicional.

“Elegí estudiar enfermería por planteamiento de vida, lo de la vocación no lo entiendo muy bien. Me parecía que desde este trabajo, desde esta profesión si se podía contribuir un poco a la igualdad de las personas”. (And 1950 Inf 1)

“Comencé trabajando de auxiliar. Hice ATS en aquel momento para hacer un trabajo con más información, con mayor conocimiento, manejando mejor lo que hacía, el trabajo sanitario de cuidar enfermos, esa fue mi motivación principal”. (And 1953 Inf.2)

“El principal argumento fue salir de una ciudad de provincias que me asfixiaba. A los dieciséis años quería salir. Fue una de las pocas cosas clarísimas que he tenido en mi vida. Mi objetivo era ir a Vigo porque quería ser enfermera de un barco”. (M 1951 Inf.3)

“No fue mi primera opción, yo quise estudiar siempre Biología, como aquí no había, no tenía muchas salidas. Empecé enfermería para hacer Matrona. Yo siempre he dicho que yo trabajaría en algo relacionado con la gente, nunca me habría gustado estar en una oficina. Además, por lo versátil



que es enfermería, abarca tantos campos, que no te aburre, estas aquí, estás allí, trabajas en distintos sitios". (Ara 1979 Inf.9)

"Había facilidad laboral básicamente. Era una carrera corta y tenía trabajo. No fue un motivo vocacional, ni altruista ni nada de eso". (Ara. 1962 Inf.13)

"Porque me suspendieron en el acceso a la universidad y no era cuestión de estar todo un año haciendo el tonto. Mi hermana era enfermera ya, y en mi familia hay profesionales médicos, enfermeras. Me hubiese metido en medicina si me hubiesen aprobado el PREU. Luego ya estaba muy bien". (Ara 1951 Inf.16)

"Pues por una razón muy sencilla, primero era una carrera corta, me gustaba más que magisterio, o sea, sesgo de género totalmente, porque claro, eran las carreras típicas que las mujeres hacíamos. Querer hacer algo por los demás, ¿no?, esa responsabilidad social que tenemos ahí metidas las chicas y también podría tener dinero y ser autónoma, viajar, poder trabajar en cualquier sitio del mundo, sobre todo en África o Asia o América Latina; me apetecía mucho y eso fue lo que me hizo elegir enfermería" (M 1948 Inf.15)

"Yo quería estudiar medicina, mi padre se empeñó con que fuera química así que me dejé influenciar por él, y me matriculé pero no aprobé apenas. Una monja Hija de la Caridad era prima de mi padre, convenció a mi padre de que lo que yo tenía que hacer era enfermera". (M 1937 Inf.17)

"Mi tía trabajaba en Santa Madrona de enfermera en lo que eran los dispensarios. Para asegurar mi futuro, propuso que yo entrase a trabajar allí. Mi proyecto hubiera sido dedicarme por supuesto a la historia o a la música". (Cat 1924 Inf.19)

"Yo quería haber hecho medicina, pero por situaciones particulares de cosas de familia. Mi padre quería que siguiéramos con él, de los 9 hermanos nadie hemos querido seguir con él, y tenía un poco de esperanza conmigo, de que yo le ayudaría en su trabajo profesional, pero yo quería hacer lo de enfermería, me matriculé con dinero mío sin saberlo ellos, y estuve un mes entero en la escuela sin saberlo en mi casa". (Ara 1945 Inf.20)

Claramente vocacional, visto como una relación de ayuda a los demás, que se asocia con los roles de socialización femeninos e incluso a veces, se expresa con ciertos elementos idealizados

"La única cosa que yo hubiese estudiado. Estudié para ser enfermera, no tenía ninguna otra motivación. Mucho interés en aprender muchas cosas, pero orientadas única y exclusivamente a ello. Me parecía sumamente importante, imprescindible tan cercano a seres humanos, me parecía apasionante. Yo de pequeña soñaba con ser monja, misionera y enfermera; en aquella época me imagino que como muchas niñas de mi edad. Pero no me planteé nunca hacer una cosa cómoda como ser maestra y tener muchas vacaciones. Para mí era apasionante, era lo mío, no había otra cosa". (Ara 1952 Inf.4)

"Estudié enfermería porque era lo que me gustaba, como en el primer año no me llegó la nota de corte, me quedé a dos en la lista de espera y comencé químicas. Al año siguiente eche los papeles otra vez y esa vez sí que entré". (Ara 1979 Inf.10)

"Creo que con seis o siete añitos, yo pedí una muñeca enfermera en Reyes y era mi muñeca preferida. A lo mejor pudo influir también el hecho de que tengo un hermano que es diabético. Es más no lo confundía con otra profesión sanitaria, tenía muy claro que yo quería ser enfermera. Y además me han preguntado y ¿por qué no médico?. No, enfermera, sobre todo es la enfermera la que está con el paciente, el médico está con su trabajo, como más alejado, entonces a mí me gustaba el tema de los cuidados y de la cercanía con la gente". (Ara 1962 Inf.12)

"Tenía 14 años cuando lo decidí. Desde el primer momento fue como la idea de cuidar lo que me interesaba, y mi abuelo que era médico se molestó porque no quería, y me decía que estudiara medicina. Es que siempre lo he tenido claro, siempre me gusto enfermera y he querido ser enfermera". (And 1945 Inf.14)

“Tuve una enfermedad inmunológica, pensaban que era una leucemia, me pusieron catorce transfusiones pensé que me iba a morir, le di mi bicicleta a un misionero. Me dije: si no me muero, me voy a hacer enfermera, porque realmente, es lo que se necesita. Mi padre tenía muchísima ilusión que yo estudiara Derecho, para ayudarle en el despacho. Mi madre había leído que ahora había una carrera ATS, que es era algo más que enfermera y algo menos que médico. Fui con mi madre y ya me quedé sublimada. Me abrió Gloria Torres, monitora, toda uniformada, limpia, con esa sensación de paz que te da una enfermera limpia, con el pelo recogido. ¡Me dije: esto es lo que quiero!. Tuve que estar interna, viviendo mis padres en Madrid”. (M 1938 Inf.18)

“Yo quería ser enfermera, a mis padres les hubiera gustado que yo hubiera sido maestra, a ellos les parecía que tenía mas prestigio. Sin embargo, me empeciné en ser enfermera y me ayudaron a escoger escuela, en aquel momento Santa Madrona era la mejor escuela de Barcelona y mis padres dijeron *ya que vas a ser enfermera, cosa tan rara, cuando menos que vayas a la mejor escuela que hay*” (Cat 1941 Inf.21)

## 2.2. Las fuentes del saber: el aprendizaje académico y el profesional

En los setenta, las estudiantes de enfermería iniciaban las prácticas clínicas el primer día de curso, mientras que los estudiantes variaban de unas escuelas a otras. En Madrid, por ejemplo, no eran obligatorias para los chicos. En todo caso gozaban de libertad, mientras que las chicas estaban sometidas a una disciplina férrea. Esta disciplina se dio en las escuelas religiosas, en las de la sección femenina, en las públicas y en todas.

“Eran muy rígidas, yo no me eduque nunca con monjas. Para mi generación esto era muy raro, mi familia no era religiosa, era gente que había perdido la guerra, yo no había ido a escuela religiosa. Santa Madrona no era una escuela religiosa pero sí tenía unos valores tradicionales tanto en la forma de enseñar como en la disciplina. Me sorprendió encontrarme con gente de mi generación tan diferente a mí. Con la distancia veo que la diferente era yo”. (Cat. 1941 Inf.21)

Las prácticas ocupaban toda la mañana y en algunos servicios se debían dar la medicación y tomar los signos vitales por la tarde, ya que no había enfermeras profesionales. Las clases teóricas eran por la tarde, por lo que había tareas simultáneas<sup>21</sup>, asistir a clase o asistir a los enfermos y familiares. Un día típico está recogido en este relato:

“Por la mañana prácticas y por la tarde clase, nos pasábamos la vida en el hospital. Tras las clases nos volvíamos a la planta o al servicio donde estuvieras, para el aseo de los enfermos, para las constantes, la medicación, las curas, que las hacíamos siempre, o casi siempre, con los estudiantes de medicina”. (M 1938 Inf.17)

“Yo no recuerdo a ninguna enfermera profesional en mis tres años de prácticas, ni en San Carlos, ni en el Provincial, jamás. Estaban las monjas que alguna sí que era enfermera, pero nada más. Empezabas a las ocho de la mañana, y estabas desde las ocho de la mañana, hasta las dos de la

<sup>21</sup> Nota de la Autora (en adelante NA). En Zaragoza, se dio la paradoja de que un profesor pasaba lista de vez en cuando y era clave no faltar para la nota final. Aunque no era muy accesible trataron de explicarle la situación de simultaneidad de clase y de atender a los enfermos, pero no sirvió de nada. Por otro lado, era difícil pasar desapercibido ya que debían sentarse siempre en el mismo lugar por orden alfabético.

tarde en el hospital. Después de comer, no recuerdo bien si era a las cuatro o a las cuatro y media, empezaban las clases teóricas. Cuando te tocaban guardias de noche, te ibas de ocho de la noche a ocho de la mañana al hospital, a la guardia, y las guardias de noche en los hospitales las hacían las alumnas". (M 1938 Inf.18)

"Estábamos tres alumnas, una de tercero, una de segundo, una de primero, y una monitora que vigilaba, más las monjas. En las guardias pasábamos por todo: por niños, por quirúrgicas, por médicas, por prematuros, por psiquiatría; teníamos que pasar absolutamente por todo, te curtía bastante y te daba una visión de la profesión. También dependía bastante de la monitora que te tocaba y del concepto que tuviera y del clientelismo que tuviera o no con los catedráticos. Porque al fin y al cabo era tu monitora y tu responsable la que decidía si te quedabas o no te quedabas". (M 1938 Inf.18)

"Lo que más me gustaba era ir al hospital. Eso lo que me gustaba las prácticas era lo que más me gustaba. Después de lo del hospital, pues lo que más me gustaba era el ambiente que había en la escuela. Era un ambiente muy majo, muy de camaradería, sólo femenino, muy agradable. Yo tengo grandes amigas de la escuela, las he mantenido desde entonces. Lo que menos me gustaba de la escuela era toda la parte de excesiva carga religiosa que tenía la escuela. Era una escuela religiosa, como eran la mayoría, San Francisco, las de la Sección Femenina, las de la Almudena, la Cruz Roja, que pasaba lo mismo". (M 1938 Inf.18)

"Sí, había mucho profesor médico, pero la sensación que teníamos, es que la escuela éramos las enfermeras. Las prácticas, las clases eran muy rígidas, todo muy severo, los exámenes eran muy serios, la asistencia a clase tenías que firmar entrar y salir, no podías, te exponías a la expulsión por no asistir. No se si expulsaron a alguien, pero tu tenías la sensación de que allí había que hacer lo que tocaba porque si no, mal asunto". (Cat 1941 Inf21)

La doctrina impartida en la formación de las escuelas de ATS de los setenta era una formación de orientación biomédica, impartida por los profesores de la Facultad de Medicina. Rigidez, rutina, patología, disciplina que daba lugar a aburrimiento es lo que destacan nuestros informantes.

"Eran unos cánones muy rígidos, poca pedagogía y cuyos contenidos eran de una formación sanitaria como venida a menos. Reproducían muchos elementos de la carrera de Medicina, me decepcionó, me pareció fácil y me decepcionó. Me gustó mucho la Fisiología y dimos muy poca, me quedé con ganas. Me faltaban otros conocimientos de Psicología, lo que llamábamos entonces Ciencias de la Conducta, me pareció muy interesante". (And. 1954 Inf 2).

"Eran pseudo-clases de medicina, mucha patología, eran mortíferas, muy malas, pestiños". (Mad 1951 Inf.3).

"De alguna manera sentíamos que nos estaban engañando. Me decepcionó de forma terrible". (Ara 1952 Inf.4).

"Las clases nos las daban catedráticos de la Facultad de Medicina que casi todos eran mayores, el rollo que se sabían de toda la vida. Se nos hacía ver sólo las patologías del ser humano, una visión muy limitada". (Mad 1953 Inf 5).

"No me gustaba el estilo cuartelario de algún profesor que nos colocaba por orden alfabético. No me gustaba la displicencia que tenía algún profesor *total para lo que vas a ser con esto que sepas es suficiente*. Los que éramos de fuera trabajábamos los domingos para tener vacaciones. Yo salí encantado de la formación técnica, aprendí a manejar todo y con cierta precariedad que es lo que me iba a encontrar en los pueblos". (Ara 1952 Inf. 6).

"De la época de la escuela, no queda nada clave, no consigo pillar nada, sentados por orden alfabético y pasando lista. Hay algunas cosas que son muy negativas, por ejemplo, me enviaron de prácticas al Hospital Provincial y me asignaron a un sacamuelas para la práctica. Había un bote de leche con un infiernillo de estos de antes, allí estaban metidos todos los chismes; mi trabajo consistía

en sacárselo y dárselo. Protesté el primer día y logre una negociación. En la escuela jamás nadie me habló que yo recuerde de nada que tuviera que ver con la enfermería” (And 1956 Inf.7)

“Recuerdo que las clases eran bastante deplorables, no había enfermeras dando clases, todo eran médicos del hospital, como docentes eran un desastre, faltaban a clase porque les salía una intervención o cualquier otra cosa. No puedo narrar una experiencia como estudiante de enfermería porque lo tengo muy desdibujado. Salvo algunas gamberradas de prácticas, de clase nada”. (Ara 1952 Inf.8)

“Solo tuve una profesora enfermera, el resto todos médicos. La teoría estaba muy orientada hacia lo muy médico. Ya sabes que recibo a los estudiantes y se quejan de eso. Por ejemplo, me ha chocado que siempre que les hago hacer un proceso de atención de enfermería y con el tema de los diagnósticos pues siguen poniendo: *hipertensión*, entonces dices: *no, no va por allí*. Todavía hoy veo que domina la orientación biomédica” (Ara 1962 Inf.12)

“Médica, por ejemplo, me encantaba, además me acuerdo que teníamos un profesor que me gustaba cómo daba las clases, me gustaba el sentido del humor que desplegaba en las clases, era un hombre muy práctico y muy buen comunicador. Farma, era, un ladrillo, infumable. Cirugía también me gustaba bastante, Anatomía menos, creo también tiene que ver con mi capacidad ya que siempre he sido una mujer que para aprender, tengo que comprender las cosas, por lo que me va muy mal con las asignaturas que me exijan pura memoria, como puede ser Anatomía o Farma”. (Ara 1962 Inf.12)

“Las clases me aburrían muchísimo, salvo el de patología médica, que era un tío excepcional, nos lo explicaba muy bien, muy apasionante, las demás clases eran aburridísimas. Sor Minarejos y otra monja que nos daban las clases prácticas: la movilización del enfermo encamando, cómo traer y llevar los enfermos al quirófano, cómo preparar las camas, los extensores y los vendajes. Siendo alumna en prácticas, un cirujano, en lugar de pedir y esperar, cogió el bisturí por la hoja, y claro, se cortó. Era una gangrena gaseosa, por lo que tuvimos un buen susto. Entonces yo tuve una reacción de decir *ahora o nunca*, le dije: *es que usted se ha adelantado y ha cogido el bisturí antes de que yo se lo pusiera en la mano*. Flavia me defendió, no dijeron nada y comprendieron que hubo inexperiencia. Ella nos enseñaba y nos apoyaba mucho, hay que reconocerle muchas cosas” (M 1948 Inf.15)

“Me resultaron muy fáciles y, de hecho, a la vez que hacía enfermería hice graduado social” (Ara 1951 Inf.16)

“En teoría, teníamos que rotar por todo, o casi todo. Pero luego, ésa no era la realidad, la realidad era que los catedráticos tenían mucho poder, sobre todo en San Carlos, tenían muchísimo poder y no había enfermeras profesionales. Si un catedrático estaba contento con una alumna, la reclamaba y entonces estaba todo el año con él”. (M 1938 Inf. 18)

### El reflejo de la época se expresa a la vez que la biografía sobre el proceso de socialización profesional

“Había una estructura muy jerárquica y los catedráticos eran los que mandaban, los médicos más jóvenes cuando se iban *los catedros*, nos decían a las estudiantes enfermeras que pusiéramos otro tratamiento. Aguanté una huelga por las deficiencias del hospital, falta de material, varias compañeras fueron detenidas, Mercedes Mira entre ellas estuvo unos días en comisaría. Después que una enfermera hubiera trabajado en la UCI era muy difícil que pudiera trabajar con normalidad en otro servicio. Trabajé cuatro meses en planta, me quedó claro que, la UCI era la clínica Mayo y cualquier campamento del antiguo Congo eran las plantas. He llegado a abrir una cura de un paciente y llenarse todo el suelo de gusanos. No había ninguna cosa preparada para una emergencia. En la planta cuando sucedía algo intubaba yo. Los médicos que estaban de guardia no sabían. Claro que me sentía muy reconocida. Como yo era enfermera de UCI, lo que decía yo decía tenía un valor distinto, no en una ocasión ni en cinco, resolví problemas de paradas cardíacas”. (And 1951 Inf.1)

“Dramas tremendos, la gente era como muy pobre, muy inculta, muy temerosa; aquellas viejas que venían vestidas de negro, aquellos hombres con la boina, con fajos, muy pobres, eso era impresionante. Recuerdo mucho los cotilleos de las enfermeras que hablaban mucho de que la gente era muy sucia, que se lavaba poco y que a veces venían sin lavarse, y nosotras decíamos que tenían que tener más respeto con la gente. Creo que había mal trato hacia las personas que eran de pueblo,

eran agricultores y olían a leña y a cabra. Sabiendo el frío que hace en Castilla, y en casas que tenían nada más que una chimenea para calentarse. Eran unas condiciones de vida terribles. No se tenía en cuenta para nada la procedencia, ni el origen, ni las condiciones de vida. Los baños eran los almacenes de cajas. En aquellas épocas llegaban unos casos gravísimos, los bañabas in situ con las palanganas, pero llevarlos a bañar no había costumbre porque la gente no se bañaba en su casa” (M 1948 Inf.15)

“Yo recuerdo mucho una consulta que había, de ginecología, pasabas por sala y quirófano. La consulta era exclusiva para prostitutas. Iban con su carné verde periódicamente. Las venéreas las llevaban los dermatólogos. Y había unos médicos, que se llamaban los *yaproliptos*, que eran los médicos que se dedicaban exclusivamente a poner los mercuriales a las enfermas venéreas. Estaban también en un sitio aparte. Es que era todo tan diferente, tan diferente de un hospital de ahora. Ya no sólo el aspecto, el conjunto, ¡el lugar tan sobrecogedor!, les oías gritar. De la misma manera que, tranquilamente, en el carro de curas llevabas lo opiáceos, pero vamos, así... Ponías a *tutti plen* a quien lo recetaban. Estaban pautados, pero tenías total libertad para ponerlos en cualquier momento, a cualquiera que tuviera muchísimos dolores”. (M 1938 Inf.18)

“Claro, salía de los hospitales una cantidad importante de gente con problemas derivados de los opiáceos y gente que se tenía que quedar, por eso, en el hospital. Recuerdo a una enferma canaria, era una diabética y tenía amputación de las dos piernas, y esa mujer era una adicta que la habíamos hecho nosotros, y no se podía marchar, no podía estar sin su droga, su dosis y todo esto”. (M 1938 inf, 18)

En las jóvenes, el discurso cambia y se asemeja a cualquier estudiante universitario.

“Me acuerdo sobre todo de las prácticas, de los talleres de primero, de las clases de Etica y también de *Psicosociología de la Marginación*. Ahora trato con gitanos y me dicen: *y tú como sabes tanto de nuestras costumbres*. Durante la carrera, lo que mas me gustaba era Maternal e Infantil, lo que menos Fisiología y Homeostasis porque era duro, y Microbiología porque era aburrido”. (Ara 1979 Inf.9)

“El primer y el segundo año disfruté de la carrera, mientras que en tercero tenías la presión por acabar en junio y empezar a trabajar; tercero fue más agobiante. Yo venía de químicas, entonces hay asignaturas que a la gente no le han gustado y a mí sí que me gustó la Fisiología. En cambio sabes mucha Farma, pero no se con qué tengo que diluir un “holotil”. Me gustó mucho la Enfermería Medicoquirúrgica, las hormonas, y todo lo que era el sistema nervioso. La Comunitaria era bonita, se la veía un poco abstracta, la empiezas a ver ahora, a la hora de trabajar”. (Ara 1979 Inf.10)

“Me lo pasé muy bien haciendo suturas. Me llamó la atención la práctica de la toma de TA, costaba encontrar la arteria para oír el ruidito. (Ara 1979 Inf.11)

Sus recuerdos más fuertes están ligados a sus experiencias directas con los enfermos y familiares, una época en la que, con menos recursos materiales, había más tiempo para los cuidados intangibles y el acompañamiento.

“Lo que más me gustaba era continuamente aprender de las personas. Todo, la vida y la muerte que había en el hospital era para mí lo atractivo”. (M 1951 Inf.3)

“Teníamos enfermos moribundos y me interesaba por ellos fuera de las horas de prácticas, creo que daba más allá de lo que nos pedían. No recuerdo nada que me gustara poco. Tuve muchísima suerte. Pasé por grandes servicios y aprendí muchas cosas. Comencé a ser profesional con mucha seguridad en mi misma; en Pediatría, no tenía dificultad para coger vías, ni para tiendas de oxígeno, ni para extracciones. No veía grandes complejidades. Me tuve que enfrentar siempre a cosas nuevas, lógicamente como por ejemplo a manejar los monitores en una UCI de pediatría”. (Ara 1952 Inf. 4).

“El hospital era lo divertido, era el mundo, yo llegaba a casa y a la hora de comer contaba las cosas en mi familia”. (Mad. 1948 Inf.15)

“A mí lo que más me gustaba era estar con los enfermos, aquel mundo me gustaba mucho”.(Ara 1945 Inf.20)

Los estudiantes enfermeros no siempre tenían prácticas y tenían servicios diferentes a las chicas. El logro de cierta autonomía

“El contacto directo con el enfermo en el que tú tenías que solucionar las cosas, en un momento en que los médicos ya no eran los amos y los ATS los criados. Creo que fue la época más feliz de mi vida” (Ara 1952 Inf 6).

“Los chicos recibíamos una formación diferente, no teníamos prácticas”. (M 1953 Inf.5).

“Las chicas no teníais autopsias. Los chicos no teníamos las asignaturas de hogar y gimnasia” (Ara 1952 Inf 6).

“Puede que fuéramos unos treinta en total, con los chicos casi no nos relacionábamos salvo alguna excursión o algún viaje de estudio. Lo que pasa es que en la orla que ya te digo, estamos todos juntos: la ATSM y ATS, es verdad”. (M 1938 Inf.17)

“Al inicio de ATS hubo una convocatoria especial del último plan para los practicantes pero no la hubo para las escuelas femeninas. Con el plan este de ATS, me faltaba examinarme de dos cursos de bachillerato. Me examiné en junio de una cosa y en septiembre me saqué los otros cursos de bachillerato. (Cat 1924 Inf.19)

Podemos ver una dicotomía entre la enseñanza de patologías, fármacos y técnicas médicas y, el interés por el “otro”, por valorar la persona en su conjunto, su familia, sus anhelos. Parece que se les enseñaba lo técnico o tangible y se interesaban también por lo intangible, la parte invisible de la atención sanitaria. La eficacia simbólica de género se muestra aquí con claridad: lo “científico”, técnico, medible, lo objetivo, es enseñado por los profesores médicos, en clave masculina, ya que en aquella época todos eran profesores hombres; lo “vocacional”, humanitario, de difícil medición, intangible subjetivo, es femenino y no necesitaba enseñarse. La “vocación” a las enfermeras, como el valor en el ejército y la calidad a los médicos, se les supone.

Podemos decir que el aprendizaje práctico predomina sobre la enseñanza recibida en el recuerdo de las experiencias vividas de nuestros informantes. El aprendizaje experiencial involucra los sentidos y se graba en la memoria, es lo que Ausubel llama *el aprendizaje significativo*<sup>22</sup>. En la fase actual de la convergencia europea, donde una de las claves es el cambio metodológico nos debe hacer reflexionar en cuanto al papel de los profesores como facilitadores y organizadores

---

<sup>22</sup> Ausubel, Novak & Hanesian, 1983, p.48

de las experiencias de aprendizaje del curriculum. La *solución de problemas* se ha propuesto como forma de aprender natural y deseable para el aprendizaje académico.

La preocupación por aprender va ser una constante a lo largo de la vida profesional de las enfermeras y enfermeros, con grandes dosis de auto-aprendizaje. Las enseñanzas teóricas recibidas calificadas, como fáciles y decepcionantes, no dejan en buen lugar al profesorado.

### 2.3. Imagen de la enfermera y el enfermero

Lo que dicen los hombres enfermeros. Una imagen doméstica, muy bien preparadas profesionalmente y a la vez: obedientes, uniformadas y disciplinadas. Los enfermeros más autónomos, libres y con un trabajo técnico más sencillo que el de las enfermeras. En aquella época los enfermeros no estaban en las UVI ni en las unidades de hospitalización. Ellos estaban en los ambulatorios, en los pueblos y en los servicios centrales hospitalarios, generalmente laboratorio.

“Yo creo que reflejaban mucho la imagen de la mujer. Eran personas muy obedientes, muy bien disciplinadas y de hecho, esa imagen me la fui forjando los primeros años al ver a las alumnas del clínico muy uniformadas, disciplinadas y obedientes. Los enfermeros eran personas más autónomas, más libres, que tenían un trabajo más autónomo, muy fácil. Era solo de conocimiento para pasar un examen. Luego tenías la posibilidad de ir a las consultas, a las zonas de cupo, unas cosas pues fáciles, unas horitas, unos pinchazos. Bueno tu tenías tu autonomía te permitía hacer muchas cosas. En cambio la mujer no, tenía que ir al hospital, enfrentarse con los pacientes. Tenía que hacer un trabajo diferente, sometida a unas normas y unos horarios. Era el pensamiento de entonces”. (M 1958 Inf.5)

“Sería un poco como ahora una Auxiliar. Recuerdo que en el Hospital Provincial donde hicimos las prácticas, había muy pocas enfermeras y ellas preferían que se les llamara ATS. Había colegio de ATS y colegio de enfermeras. Era una imagen un tanto despreciada por el acceso al título: unas venían vía sección femenina, otras por Cruz Roja y la imagen era como una cuidadora doméstica. Estoy hablando de la visión de la gente, *criada especializada*. Aunque la enfermera estaba muy bien preparada. (Ara 1952 Inf.6)

La Seguridad social agraria entró en el 75 y mucha gente no tenía Seguridad Social. Nuestra promoción fue a pueblos. Yo hice guardias en reanimación en el Hospital Provincial, creo que es una profesión que hubo que inventarla o darle un talante moderno. Tratar de encontrar referencias, en otros países las encontrarás, aquí no. La Enfermera era una cosa y el Practicante otra cosa. Era aun lacayo cualificado del médico y tal es así que lo interpretaron así hasta la segunda mitad del siglo XX. La profesión horizontal como es hoy, se consigue a partir de la entrada en la Universidad”. (Ara 1952 Inf.6)

“Había dos imágenes muy diferentes, la que se tenía de los Practicantes y la que se tenía de las Enfermeras. El practicante era el segundo de a bordo del médico, tenía una gran consideración. Las enfermeras, dentro de la escala social, estaban las monjas que llevaban la labor de supervisión del hospital, eran las que mandaban. Debajo de las monjas estaban las enfermeras, que había muy pocas, bien consideradas, pero no tanto como los practicantes; debajo de las enfermeras estaban los

estudiantes, la mayor parte del volumen del trabajo lo llevábamos los estudiantes. Fui del penúltimo plan ATS. (Ara 1956 Inf.7)

"Yo siempre la tuve muy buena porque admiraba mucho a las enfermeras que conocí. Tienen dificultades para identificarme como tal, te llaman doctor o psicólogo, tienes que ser cualquier cosa. Eso lo he vivido intensamente mucho tiempo, cuanto mejor he tratado a la gente "¿Pero, tú eres practicante, entonces?" Agotador, ¡qué no!, que soy enfermero. "Pero vamos a ver, ¿entonces llevas camillas?, entonces ¿aquí haces de jefe? ¿O qué?", Agotador, a mi suegro que ha muerto hace unos días, le era difícil ver en qué trabajaba su yerno" (Ara 1952 Inf.8)

"Se me ha olvidado que estaban los Practicantes de pueblo que tenía buena consideración, aunque había pocos. Cuando empecé, creía que la enfermera era un ayudante del médico, para hacer el papeleo y poco más. No conocía yo todas las cosas, quizás por eso no se me pasó estudiarlo como primera opción. Si hubiera visto cómo trabajaba enfermería, quizás sí me hubiera motivado". (Ara 1979 Inf.11)

Lo que dicen las jóvenes enfermeras. Inicialmente domina la idea de la que ayuda al médico y administra medicación, cuyo trabajo está en el hospital. Luego descubren el valor de los cuidados y la Primaria. Siguen pensando que debe cambiar la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras y considerarlas más autónomas. No obstante, en un trabajo reciente acerca de las relaciones de socialización de las prácticas Alberto Gálvez concluía: "Los alumnos acceden a la información desde dentro sin saberlo y también de esta forma describen el mundo relacional del hospital desde una intensidad emocional y afectiva de profundidad compromiso e implicación continua. "me llaman..., me siento.... me tratan..." "nadie sabe mi nombre... mona, niña..." le tratan como si no existiera, no te miran a la cara, no responden a sus preguntas". Hay que seguir investigando la subordinación"<sup>23</sup>

"Cuando haces la carrera no sabes, enfermera se llama a todo, no hay diferenciación, la que administra la medicación ayuda al médico y poco más. La del centro de salud ni la conocía". (Ara 1979 Inf.9)

"Crean que estás a lo que manda el médico. En el caso de Primaria que es donde más lo domino, la gente ya lo va entendiendo, ya que tienes campos en los que actúas sola, la gente ya no pasa directamente al médico. Temas como las curas o el seguimiento de todos los protocolos de hipertensión, de obesidad, de todo esto, ya directamente vienen a preguntarte a tí, ya ni pasan por el médico. Pero hay veces que vienen a por una receta, *¿y si no, para qué estáis?*. En personas mayores, sí que lo asocian más a que estás a disposición del médico. (Ara 1979 Inf.10).

"Cuando estudiaba, la gente pensaba que una Enfermera era de hospital, y para de contar. El resto de la gente eran los Practicantes, que no tenían nada que ver con las enfermeras. Ahora la imagen sí que ha cambiado bastante, yo creo que la gente sabe lo que se puede esperar de una enfermera. También es verdad que no ha cambiado lo suficiente, ni mucho menos, pero bueno. (Ara 1962 Inf.12)

Lo que dicen las mujeres enfermeras, cómo se ven y cómo las ven. La denominación ATS no es muy señalada y jugó un papel ambiguo: por un lado mejoró la imagen al formalizar los estudios, por otro, des-identificó

---

<sup>23</sup> Gálvez, 2005, pp. 23-27



nominativamente. Son varios los casos en los que los padres no consideran una profesión adecuada para sus hijas, quizás por bajo estatus, quizás por un deseo de protegerles del trato con el dolor ajeno.

“En la época que yo estudiaba era una época bastante dura. Era el final del régimen franquista. Era una época precaria la sociedad nos veía como personas que ayudaban bastante a las personas que estaban enfermas. Una imagen que nos relacionaba con el hospital”. (And 1951 Inf.1)

“Prestigiosa, importante. En el servicio en concreto donde trabajé, UCI, era un personal muy específico, muy cualificado, tenía que estar muy formado y ese era el ambiente que se respiraba y yo creo que motivador” (And 1954 Inf.2)

“No tengo ni idea de cuál era la imagen que tenía la sociedad. Desde mi punto de vista, para mí, tenían todo. Tuve una parálisis facial a los trece años y en lugar de ingresar, mis padres, me llevaban a diario al hospital. Me parecían las más guapas de todas las mujeres, las más competentes, las que más ayudaban a cualquiera, yo veía que sabían de todo”. (Ara 1952 Inf.4)

“El ir por la calle de uniforme me gustaba, creo que daba una imagen de lo que eras. No me había parado a valorar si las enfermeras hacían esto o hacían lo otro”. (Ara 1952 Inf.16)

“Tenía la imagen de la enfermera que me daba mi abuelo pediatra, muy desvirtuada. Lo vivía como ayudante del médico y estaba encantada de ayudarle, yo cuidaba, yo lavaba, yo arreglaba todo. En cambio, mi abuelo las despreciaba, las consideraba de segunda categoría. Sí, como una chacha” (And 1945 Inf.14)

“Mi padre quería que estudiara farmacia ya que le parecía que era muy poca cosa ser enfermera, que las enfermeras tenían que ver los cuerpos y la porquería y las cacas y los pises y que le parecía a él que eso era horrible. Tenía que tener una carrera más universitaria. Le dije que a mí lo que interesaba era irme por ahí a ayudar a la gente pobre. Mi madre me apoyó. Como ella había sido enfermera de la guerra, no lo vio mal. La imagen en mi casa era la de mis tías, que habían sido durante la guerra las niñas bien que habían ido de enfermeras. Estaba muy asumido como que era muy femenino aquello, muy apropiado, pero no tenía una categoría social importante. Las chicas en aquel momento hacían derecho, latín y griego”. (M 1948 Inf.15)

“Estaba empezando a cambiar, porque estaban empezando las escuelas de ATS. La imagen que dábamos ya era más profesional. Recuerdo haber sido tratada con mucho respeto y mucho afecto por parte de los enfermos mayores, y por parte de los familiares. Cuando empezó Puerta de Hierro y La Paz, empezó la expansión hospitalaria, se supo que iba a haber más plazas y que la enfermería ya era otra cosa distinta”. (M 1948 Inf.17)

“Mi padre siempre decía: tres mil pesetas para esa carrerucha, que me ha costado muchísimo más que las dos carreras universitarias de tus hermanas. Tres mil pesetas, ¡claro, como estaba interna!”. (M 1938 Inf. 18)

“El uniforme era de rayitas azules y blancas con un gran delantal envolvente, que tenías que llevar absolutamente almidonado. Te lo traían las planchadoras, lavado y almidonado, y lo mismo la toca. Sigo pensando que es una de las profesiones más bonitas del mundo, y realmente fue genial haberla elegido”. (M 1938 Inf. 18)

“Había dos facetas: una de ayudante del médico y otra de monja de caridad. En fin, que allí desarrollaban todas aquellas virtudes que se nos atribuyen a las mujeres, de cariño, de dulzura, de todo esto. No creo que se viera a la enfermera como una profesión concreta, y con un bagaje profesional propio y con un campo propio, sino, muy supeditado al papel del médico”. (M 1938 Inf. 18)

“Cuando llegué a Ginebra con mi flamante titulito de ATS me dijeron: *Pues cómo lo sentimos, no necesitamos técnicos*. Les dije: *soy enfermera*. Entonces, *¿esto que pone técnica sanitaria?*”. (M 1938 Inf. 18)

Se toman modelos de referencia en el que las enfermeras son referentes de enfermeras y en un caso también son referentes de un enfermero. Los practicantes son referentes de varios enfermeros y los ven mejor considerados y diferentes que las enfermeras.

“Hubo una persona que yo admiraba mucho por lo que quería parecerme a ella, se llama *Ana Gastón*. Está jubilada, la he seguido viendo y es una persona a la que le tengo mucho cariño. Aprendí también de varias enfermeras, tuvimos mucha suerte con la supervisora ya que trabajaba igual que nosotros tenía y sigue teniendo una sensibilidad especial con los pacientes, con los familiares y con el personal” (And 1951 Inf.1).

“El grupo de compañeras enfermeras era muy bueno; fue un momento para comenzar trabajos nuevos y en general había un liderazgo bueno que me encandiló y me gustó. La supervisora supo catalizar la inquietud y el interés que había; era *Lola Posadillo* y como líderes naturales estaba *M. Carmen Gutiérrez* en la Unidad de Generales y luego empezaron a aparecer personas más nuevas, un par de años más tarde, tales como *Esperanza Ruiz, Carmen Román, Pepe*, empezaron a tirar del carro”. (And 1954 Inf. 2)

“Dos enfermeras mexicanas que vinieron a Povisa me impresionaron por su profesionalidad, su manera de abordar la higiene y lo amorosas que eran con los enfermos. Yo les copié frases que incorporé a mi repertorio personal. Mi abuelo materno era practicante, pero para mi eran dos cosas distintas ser enfermera que ser practicante. Luego me di cuenta de que no, que venían de la misma raíz, pero no hubo influencia suya en mi decisión”. (M 1951 Inf.3)

“Recuerdo la profesionalidad de *Mª Asun de Diego* que era enfermera del quirófano de Lozano, procedente de la Clínica Puerta de Hierro. Cuando los hospitales estaban funcionando con alumnas, ella demostraba ya una profesionalidad, una seguridad, un saber estar. Era una referencia que teníamos casi todas, aunque no aspirásemos al trabajo en quirófano”.(Ara 1952 Inf.4)

“Tenía dos tías enfermeras que trabajaban el clínico fueron las que me orientaron” (M 1958 Inf.5)

“Los practicantes del provincial eran de alto prestigio: *Manolo Royo* en Urología, *Oliva* en Trauma, eran buenísimos. *Marcos Avon* en Medicina Interna. En los pueblos, *José Portero*, eran gente muy prestigiada, pero no había cultura de hospital”. (Ara 1952 Inf.6)

“Algunos eran emblemáticos. *Antonio Fernández* era el practicante de D. Fermín que delegaba en él intervenciones pequeñas. Recuerdo ver a D. Fermín que se había roto un brazo y D. Antonio hacía las intervenciones y el otro le dirigía. D. Antonio, fue mi verdadero maestro, es el que me enseñó las técnicas de suturas. Era tremendamente didáctico, en esta época habría sido un excelente profesor. Tenía gran vocación de enseñar, un atractivo personal, era muy normal ver a D. Fermín pasando sala con su séquito de gente y cuando se iba, era normal ver a un grupo de estudiantes en la sala esperando a que llegara a D. Antonio para ir detrás de él para ver cómo hacía las curas porque era un hombre que le encantaba enseñar. Era un gran dibujante y los libros que publicaba D. Fermín eran hechos por D. Antonio. Tal como él había otros, eran personas muy respetadas, tanto como los médicos”. (An 1956 Inf.7)

“No recuerdo bien los nombres, en Alicante, *Mª Teresa*, en Africa la directora de la misión, me enseñó mucho, *Jeanne*, otra africana que había trabajado en América, me enseñó y me ayudó personalmente porque mi tendencia es a desvalorizarme, y ella siempre me ayudó en ese sentido”. (And. 1945 Inf.14)

“Había muchas enfermeras mayores que habían estado en la Segunda Guerra Mundial, que tenían un bagaje de experiencia, un poso. Yo que era jovencísima y las admiraba. Me pareció una época de mi vida profesional muy interesante”. (M 1938 Inf. 18)

Las enfermeras sirven de referente a un chico, no es muy frecuente pero es un ejemplo de cuando la profesionalidad sobresale por encima de otras características.

“Hice enfermería, por el respeto que les tenía a aquellas mujeres, *María Ramos, a Carmina*, aquellas enfermeras vestidas con falda azul y todo eso, enfermeras como la copa de un pino que hacían un trabajo extraordinario con los enfermos mentales; y la *Hermana Jacinta Martí*, que era la supervisora, una mujer extraordinaria, navarra, grande, que sabía jugar a la pelota vasca y que había estado despidiendo a los republicanos en Alicante siendo una novicia jovencísima. Me decía *estudia, estudia*. Era una mujer maravillosa, la queríamos”. (Ara 1952 Inf.8)

A finales de los setenta hubo enfermeras y enfermeros que lideraban movimientos sociales, profesionales y políticos

“Coincidió con una compañera que se había formado en Suiza, y era una persona fantástica, de esas enfermeras mayores que te cogen de alumna preferida. En Madrid, una Auxiliar me impactó mucho en la forma de tratar a los pacientes; era de las personas que trataba con sumo respeto a los pacientes, llamaba a la puerta y preguntaba con una voz determinada, con educación, con respeto y como si los pacientes fuesen los reyes de la creación; me llamó tantísimo la atención que un día le pregunté. Era de una familia adinerada y de prestigio, no tenía formación, ni titulación para hacer otra cosa y estaba de auxiliar de clínica pero consideraba que la persona tenía todo el derecho del mundo, que ella no era más que nadie. Las personas había que tratarlas con respeto por encima de todo y como si fuesen los protagonistas. Verla trabajar era una cosa increíble, ¡cómo se hacía pequeña frente a los demás!”. (Ara 1962 Inf. 12)

Durante 1978, con el título *La enfermería por el cambio* se realizaron cuatro congresos en: Sevilla, Madrid, Barcelona y Canarias, organizados por el renovado y unificado Consejo General. Se habló de cuidados, de necesidades, de proceso enfermero, funciones propias y funciones delegadas del médico.

“Paralelamente al trabajo fiel de los martes, parte del grupo trabajó en la unificación de los colegios y también en el congreso, íbamos a tope. Creo que fue en el 78 Ese congreso influyó muchísimo, no recuerdo ahora con exactitud los contenidos, sí que tenía unas pegatinas en granate con un muñequito en blanco, fue muy avanzado y una persona clave fue *Angelita Larrosa* con la que tuvimos mucha relación”. (And 1951 Inf.1).

Se produjo un proceso reflexivo y autoformativo que de forma lógica iba a buscar los orígenes de la enfermedad y se buscaron las fuentes de la Medicina Preventiva y la lectura de los libros de Hernán San Martín. Posteriormente se diferenciará entre Atención Primaria y Salud Pública. A principios de los setenta se inició la formación continuada.

“Trabajar en la UCI estaba muy bien, pero tenía que haber alguna manera de contribuir a que la situación de los pacientes que llegaban a la UCI se pudiera evitar. De manera totalmente libre, cambiamos los turnos y todos los martes empezamos a reunirnos en lo que se llamaba la Delegación de Sanidad, nos preparábamos cada uno un tema. Nos reunimos durante cuatro años, en los barrios dimos charlas de prevención, hablamos de vacunas, de alimentación sana y de medio ambiente” (And 1951 Inf.1).

#### 2.4. La promoción de salud y los cuidados invisibles

Ante la cuestión de qué entendían por Promoción de Salud y que relación guarda con los cuidados enfermeros, los informantes describen la promoción de salud combinando ámbitos personales y familiares, algunos tienen mayor sensibilidad comunitaria y son los entrevistados con más experiencia política los que introducen los factores sociales, económicos y políticos de la Promoción de Salud. Describen el *empowerment* o poder de la comunidad, estrategias de persuasión y proponen las redes de recursos sociales como formas de conseguirlo:

“Promoción de salud es el equilibrio, lo cotidiano, el intento de vivir en armonía con el cuerpo y con el medio ambiente, un proyecto de vida. Los cuidados enfermeros deben tratar de que coincidan con los intereses de las personas, sino hay que retirarse o hay que esperar. No siempre coinciden el proyecto de vida, con una alimentación o ejercicio más saludable. Hablar de cuidados enfermeros y Promoción de Salud es la misma cosa, con matices. Un 80% de los cuidados es tarea de los enfermeros y el 20% de profesiones o personal que trabaja en la AP”. (And 1951 Inf. 1).

“La promoción tiene que estar basada en las personas y en las comunidades, debe generar el deseo y la necesidad de, por ejemplo, vacunarse para protegerse, alimentarse mejor, hacer ejercicio, entre otras. Por mi experiencia, Promoción es evitar lo evitable, hacer por la salud. Manejar los factores de riesgo, es el equilibrio. Para nosotros es el núcleo clave, tiene que ver con mucho de lo cotidiano, trabajamos con factores de riesgo, minimizando y enseñando a evitarlos”. (And 1953 Inf.2)

“Son las estrategias desde el ámbito político, la administración, el ámbito comunitario, los técnicos, para que la salud de la población tenga el mayor gradiente posible. Es la implicación de todos los agentes políticos y ciudadanos. El poder de la ciudadanía”. (And 1951 Inf.3).

“Favorecer que el máximo de seres humanos tengan el máximo de bienestar, utilizando todos los medios a nuestro alcance”. (Ara 1952 Inf.4).

“Que la gente pueda tener una vida más saludable de muchas maneras: estrategias políticas basada en las personas y en las comunidades- También partir de ellos, ver qué necesidades tiene/en, generarles el deseo de que analicen, de que reflexionen y que decidan”. (M 1953 Inf.5)

“Es simplemente establecer un diálogo abierto, estrecho e íntimo con aquellos a los que yo sirvo; en ese diálogo llegar a un consenso de lo que es bueno para el otro, que también lo será para mí. Pero sin las estrecheces que nos proporcionan nuestras instituciones o nuestro *pensamiento único* que se nos ha inculcado desde las disciplinas sanitarias. Promoción de salud es, de entrada, asumir la idea que sobre la salud tiene el otro, y si no tiene idea porque se la hemos arrebatado, sería intentar enseñarle a descubrirla, que tome conciencia que es el responsable principal de su salud, quien mejor conoce su cuerpo y su contexto y quien más tendría que hacer por ello. Lo demás es que yo coopere, pero no desde la posición de lo que yo digo lo que es bueno, sino a partir de la dialéctica, consensuar aquello que podríamos considera bueno desde ambas partes”. (And 1956 Inf.7)

“Identificarse con buenas prácticas, en el marco de los límites de la propia existencia, en síntesis, es estar lo mejor consigo mismo posible”. (Ara 1952 Inf.8)

“Deberíamos potenciar que las personas se cuiden a si mismas, no solo a las personas que vienen sino también a todos los profesionales, que miren sus salud, que no solo es *me duele* y tengo que ir al médico, tengo esta patología y cómo he llegado a ello”. (Ara 1979 Inf.9)

Ahora lo veo mejor, como ayudar al paciente a cuidarse y no solo una interacción de fármacos, sino con la alimentación, calidad de vida, ejercicio”. (Ara 1979 Inf.10)

“Conseguir que el paciente sea autosuficiente, que sepa que estás ahí, pero que para las relaciones cotidianas sea autónomo. Eso es lo que considero yo PS”. (Ara 1979 Inf.11)

Promoción de salud son cuidados cotidianos realizados de forma autónoma, son los hábitos o estilos de vida saludables. A veces es la adaptación a nueva vida tras las secuelas de la enfermedad o el accidente invalidante. Cuidar es favorecer las capacidades de autocuidado de las personas en cada momento que necesitan realizar cambios para mejorar sus salud.

“Conseguir que estos hábitos estupendísimos que tenemos que tener en la alimentación, higiene, ejercicio, entre otras cosas, pues logremos que sean muy saludables a lo largo de toda tu vida. La prevención entraría más en el tema de la vacunas” (Ara 1961 Inf.12)

“Pues hacer saber a la gente que si quiere y se entera puede tener todo bien; que viene preparado para estar bien, que después estamos en un mundo y en una sociedad que es hostil. Aprender cómo tiene que estar bien cada uno dependerá o no dependerá, o tendrá que ir dándose cuenta de qué es lo que le falta, dónde puede buscarlo, cómo puede encontrarlo. Qué hábitos o qué costumbres tiene que no son buenas para él y puede cambiar”. (And 1945 Inf.14)

“Creo que es desarrollar al máximo las capacidades de los individuos para eso, para adaptarse a un tipo de vida, en cuanto a todo: al ejercicio, a la nutrición, a evitar riesgos, ese tipo de cosas, o sea el dar facilidades a los seres para que puedan ellos cuidarse. Por lo tanto, enseñarle, aconsejarle, guiarle”. (M 1937 Inf.17)

“En la promoción de la salud han influido muchísimos factores y no los sanitarios ni médicos. Ni tampoco nosotros, pues el que los niños ya no se mueran de colitis, ¿por qué ha sido? Pues, porque las madres han tenido un nivel cultural mucho más alto, que han sido capaces de darles una alimentación mucho más adecuada, que las aguas han estado en condiciones, un montón de cosas, que a lo mejor, tienen más que ver con el Ministerio de Agricultura o del de Trabajo o de Educación y no del de Sanidad. Yo la promoción de la salud, la veo enfocada sobre todo a la forma de vida, al medio ambiente, a todo aquello que rodea al ser humano, y que está, en la mayoría de los casos, muy alejado del mundo sanitario, Influye el nivel de vida, el nivel de formación, las condiciones de vida, el ambiente, las relaciones familiares, las relaciones en el trabajo,” (M 1938 Inf.18)

“Todo lo que se haga para obtener las mejores condiciones de vida y de salud del individuo, actividades, proyectos. Es como aquella definición de la Salud de la OMS. El completo Bienestar, Fomentar el bienestar (Cat 1924 Inf.19).

“Intentar que todo el mundo tenga un estilo de vida para conservar la salud, incluye vivienda y otros aspectos. Me preocupa un poco el mensaje que en este momento se está haciendo a los ciudadanos y no solo en temas de salud también en temas de seguridad vial y que parece como si tu fueras el malo. Era fumadora, he dejado de fumar pero me siento como si me están coartando la libertad, no haga esto, no haga lo otro, y esto a mi me molesta. Una vez que el ciudadano está informado, pues ese ciudadano tiene que decidir que le molesta que, por ejemplo, cada fin de semana cuando no hay muertos salgan los políticos diciendo *fantástico* hemos conseguido que no haya muertos, y cuando hay muertos pues resulta que los ciudadanos han bebido, conducen mal, o sea, toda la culpa es del ciudadano. Algunas en enfermería van por esta línea, y esto no me gusta nada; yo pienso que las enfermeras debemos informar, enseñar y luego la persona elige. Tengo un hermano que es muy gracioso, y un día se rompió un pie, era muy fumador, tenía sobrepeso, fue a traumatología y la traumatóloga dijo: *a ver usted es fumador... pues no tendría que fumar*. Mi hermano dijo: *usted mireme el pie y arrégleme el pie que es a lo que he venido; usted me ve cara de imbécil como para no saber a mi edad que fumar me produce efectos negativos? Pues, ala... ahora arrégleme el pie...*” (Cat 1941 Inf.21)

“Hay que trabajar con el paciente, que reflexione, que vea su entorno, que decida” (Mad. 1958 Inf. 5)

En cuanto a la relación de los cuidados con la Promoción de la Salud, la justificación fue variable. En muchos casos los informantes recurren a los supuestos teóricos establecidos y compartidos; en otros, recurren a sus experiencias de vida,

y en algún caso incluso aluden a su cultura histórica para justificar o explicarse porque es central la enfermería en la promoción de la salud, los cuidados o la información sobre autocuidados.

“La mayoría de los modelos enfermeros contemplan la promoción de salud”. (And 1951 Inf. 1).

“Cuidar es semejante a Promoción de Salud, mejorar la salud, mejorar la calidad de vida. Mi trabajo lo relaciono mucho con la promoción de salud, está el manejo de la vida y de los factores de riesgo” (Anda 1953 Inf. 2).

“En nuestra sociedad hay recursos que hay que coordinar” (Ara 1952 Inf. 4).

“No veo una separación entre Cuidados y Promoción, es lo mismo. Los cuidados de enfermería no son más que una reducción de un concepto mucho más global; son un constructo que no se entiende fuera del entono del otrotenemos que reflexionar como profesionales de qué manera podemos contribuir a ese *Cuidado*. Es lo mismo que la PS. Todo lo que tiene que ver con las salud en el reconocimiento de los significados del otro, y si no los tiene porque se los hemos erradicado tendremos que recuperarlos y desde esa posición de diálogo es como se puede construir todo: la idea de la promoción de la salud, la idea del cuidado, la idea de la curación, de todo, es muy utópica, pero bueno también el concepto de la OMS es muy utópico”. (And 1956 Inf.7)

La base de la promoción de la salud en todo caso sería una extensión de elaboraciones desde el cuidado. La disciplina es una construcción social. Lo nuclear de la salud, del cuidado, de la promoción de la salud, es un proceso”. (Ara 1952 Inf.8)

“Aportando esa primera información sobre cómo hay que actuar ante una situación estable, normal, dentro de su salud o su patología: cómo saber manejarse. Me imagino que la relación es saber estar, no que sea permanente como una pequeña supervisión, que sepa que estás”. (Ara 1979 Inf.11)

“La enfermería tiene que ver con las necesidades básicas y los hábitos dentro de estas necesidades, pues yo creo que está todo como muy unido”. (Ara 1962 Inf.12)

“La relación entre enfermería y promoción de salud es toda. La enfermería es el pilar de la promoción de salud. Estoy desencantada por la disociación entre la teoría y la realidad práctica. El autocuidado informado, educado en nuestros enfermos es difícil, son enfermos con ACV, demencia senil o Alzheimer, que no sé lo que me pueden entender de lo que les estoy diciendo. En cinco años ha subido la edad media de 65 a 75 años. Es una planta geriátrica. Lo puedo aplicar con la familia que tenga ganas, pero cada día hay menos. Es frecuente que los acompañantes también estén mal. A veces somos hostiles, están tranquilos y vamos y les incordiamos con nuestros pinchazos”. (Ara 1962. Inf.13)

“Pienso que la enfermera, si no hace los cuidados desde la promoción de salud, no tiene sentido, no puede invadir el terreno del otro, debe facilitarle la calidad de vida. No me imagino unos cuidados que no sean promoción de salud. Te lo puede estar pidiendo porque el no puede hacerlo en ese momento, entonces tu tienes claro que le estás ayudando en ese momento por qué él no puede, o puede estarte preguntando porque él tiene unas ciertas dudas pero todo va en la línea de su calidad de vida y su mejora en su salud”. (And 1945 Inf.14)

“En tanto en cuanto que los cuidados enfermeros responden a una serie de necesidades que tienen las personas de cuidados en un momento, el cuidado a la dependencia sigue estando en las familias y en las mujeres. Ni los servicios sanitarios, ni los servicios sociales están respondiendo a esa carga extraordinaria de sufrimiento. Hemos sido también innovadoras porque lo hemos escrito en las publicaciones que hemos hecho. Cómo la enfermería tendría que organizarse para dar apoyo a estas personas. Creo todavía eso lo hacemos poco, ahora mismo se está trabajando en la ley de dependencia, porque va a hacer falta una inversión de dinero muy importante, las enfermeras andaluzas han sacado libros, han montado los *centros de respiro*, centros de descanso para los cuidadores y trabajan con los enfermos y los cuidadores, con las cuidadoras. Yo creo que por ahí van las cosas”. (And 1948 Inf.15)

“Me parece que es fundamental, a veces simplemente es hablar con los demás, es estar próximos, compartir sus preocupaciones. Hay que estar con los ojos abiertos, intentando comunicarse. No es tan difícil estar próximos a los demás porque a poquito que les des, la gente cuando acude a ti busca algo, tú puedes ayudar a reconducir de alguna manera, y como muchas veces no puedes modificar la familia, la pareja, el nivel económico, pero su puedes estar con la gente ayudándole a sacar provecho de lo que tienen; tan fácil como que a veces simplemente es esperar a que se haga de día y ver como está saliendo el sol entre las nubes”. (Ara 1952 Inf.16)

“Simplemente copiando a Virginia Henderson. En realidad, considerar a la persona en todas sus Necesidades. La salud es un bien absoluto y el cuidado es el acto principal. No niego la importancia de otros profesionales, que investiguen los factores que contribuyen a esto; es un asunto interprofesional, pero el papel de la enfermera es básico”. (M 1938 Inf.17)

“La enfermera puede influir muchísimo en la promoción de la salud, no sólo en unas acciones directas, sino formando parte de todos esos aspectos de la vida, de lo que va a ser el desarrollo de la vida de las personas. Recuerdo el caso de nuestra portera. Era analfabeta, sifilítica con una nariz de sierra de montar, el marido alcohólico la pegaba, estaba destrozada y quería separarse, pero como era analfabeta, los matrimonialistas dijeron que no tenía solución. Entonces mi marido le ayudó; aprendió a leer perfectamente, sacó su graduado escolar, adquirió el Larousse abreviado, un paradigma del esfuerzo; sentí una gran admiración por ella y le ayudé a prepararse para auxiliar de enfermería y consiguió colocarse en Valdelatas. Entonces sí que los matrimonialistas llevaron adelante su caso, se quedó con los niños, le desaparecieron las jaquecas, adquirió un nivel de vida que estaba satisfecha consigo misma, crió a sus niños, leía”. (M 1938 Inf.18)

“La enfermera profesional es la promotora extra-familiar que la sociedad o la naturaleza ha puesto a la mujer puesto que la ha hecho madre y cuidadora natural de los mismos. Es la función que se ejerce en la familia o en el seno de las pequeñas comunidades familiares, como las alemanas que incluía a los siervos y la mujer era la que cuidaba el equilibrio del grupo. En el momento que nace el primer papel de enfermera/o, salieron las primeras comunidades monásticas, no sólo cristianas, en el momento que se creó una organización humana y hubo que confiar a alguien esta necesidad de la sociedad, creó este papel para quienes no podían cuidarse, ni atender su bienestar, se creó esta figura. El *infirmario* monástico, no quería decir infierno, sino el no estar firmes en su salud; en lo conventos antiguos a los viejos y a los demasiado jóvenes no les hacían cumplir con todas las reglas de la comunidad y como no podían pertenecer por completo, ni estar en el comedor, porque llevaban otro régimen, estaban a cargo del “infirmario”, que después derivó en enfermedad, pero no era exactamente enfermedad. Esto lo vi claro al estudiar las reglas monásticas, cuando una persona tenía un problema, incluso si quería hacer un día voluntario de ayuno, no podía comer en la mesa con los demás donde comían todos y todo, aquel día comía en la enfermería. Alguien que no siguiera los horarios de los demás, iba a la enfermería. Era el cuidador no exactamente de los enfermos, sino de los *no firmes*”. (Cat 1924 Inf.19)

“Es uno de los puntos clave de hoy, aprender cómo tienes que cuidarte tú, dentro de la escuela a enseñarles cómo se tiene que hacer ese cuidado, porque eso después va a ser beneficioso para ti, pero beneficioso también para la sociedad”. (Ara 1945 Inf.20)

“La promoción es consejo y no imposición, básicamente formación”. (Cat 1941 Inf.21)

La Promoción de Salud aborda la naturaleza social de los problemas de salud, las formas en que la sociedad tiende a organizarse para buscar soluciones, las experiencias de programas elaborados dentro y fuera del sistema sanitario y el trabajo interdisciplinar e intersectorial<sup>24</sup>. Es un concepto de salud positiva<sup>25</sup> que ha estado presente a lo largo de la humanidad y que hoy se trata de impulsar desde las instituciones. El informe Lalonde en 1974 puso de manifiesto que la salud depende de factores ambientales y conductuales más que del sistema sanitario y la

<sup>24</sup> Anderson, Mc Farlane, 1996, pp. 32-35

<sup>25</sup> Nájera, 1996, pp. 299-314.

biología humana. Las conferencias de Promoción de Salud desde Ottawa (1986) hasta México (2000) han tratado de incorporar los diversos factores sociales: las políticas de salud, las acciones comunitarias, las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Los modelos enfermeros comprenden conceptos tales como: capacitación para el autocuidado, ayuda, trabajo comunitario, apoyo familiar y es una constante las acciones educativas<sup>26</sup>. Son modelos centrados que parten de la salud<sup>27, 28</sup>, de la dolencia de las personas y el entorno y que respetan la cultura. Así Colliere en su libro "Promouvoir la vie" clasifica los cuidados en diversos tipos según están asociados a los cuidados de salud, a los cuidados en las crisis vitales, en las enfermedades y en el acompañamiento a la persona que va a morir y su familia.

Si los cuidados y la promoción de la salud son cosa sobre todo de mujeres, deberemos incorporar el concepto de *autoridad* en el sentido de la experiencia acumulada por las mujeres. Son estrategias de empoderamiento de las mujeres, creando circunstancias que favorezcan la confianza en una misma, la autonomía, la dignidad, la capacidad de afrontamiento de los colectivos<sup>29</sup>.

### 2.5. El reconocimiento y apoyo

El reconocimiento social es importante para la vida profesional y personal de las personas. Reconocer implica cuando menos dos aspectos en las relaciones interpersonales: conceder o atribuir la cualidad del otro como por ejemplo *el prestigio de la maestra, significaba autoridad y reconocimiento*<sup>30</sup>. Y en segundo lugar implica aceptar un nuevo estado de cosas, *mi padre fue Fisioterapeuta, su actividad profesional no fue reconocida por los médicos de la ciudad aunque si por sus pacientes*<sup>31</sup>. El ejemplo citado es histórico e indica un cambio, en este caso de una profesión nueva. La enfermería está en una situación de cambio de papel o rol orientado hacia el cuidado de la persona; y de estatus, en tanto en cuanto espera

---

<sup>26</sup> Hill & Smith, 1985, 92-106

<sup>27</sup> Beckmann & Proctor, 1985, pp. 19-35

<sup>28</sup> Ewles & Simnet, 1999, pp. 90-121

<sup>29</sup> Mazarrasa, 2001, pp. 89-91

<sup>30</sup> Miqueo, 2001, p.23.

<sup>31</sup> Migueo, 201, p. 301



una mayor autonomía profesional, un valor propio, que sea reconocido por la sociedad y por las instituciones. Por tanto muchas de sus acciones van encaminadas en un doble sentido: así el informe de alta es una herramienta de comunicación profesional entre la Primaria y la Especializa y también trata de visibilizar los cuidados y obtener reconocimiento social<sup>32</sup>. Doble objetivo pretenden los enfermeros psiquiátricos que tratan de apoyar la labor de las enfermeras comunitarias y que sean reconocidos como especialistas<sup>33</sup>.

El reconocimiento social y sobre todo su falta, condiciona la identificación como colectivo. Se ha observado que el discurso de los estudiantes de enfermería y de sus tutores, sobre las prácticas durante la diplomatura muestra la insatisfacción de ambos colectivos. La falta de reconocimiento social condiciona su falta de identificación como colectivo, y ambos que la angustia estén presentes. El reconocimiento de la licenciatura para sus estudios universitarios y el desarrollo de las especialidades contribuirían a su reconocimiento social y a su identificación como colectivo profesional<sup>34</sup>.

Con objeto de conocer si nuestros informantes se sentían reconocidos y apoyados profesionalmente, la entrevista incluyó una pregunta concreta: ¿Crees que la labor enfermera está suficientemente reconocida?. En términos generales, se puede decir que, hubo amplias respuestas de tipo histórico, respuestas con opiniones contrapuestas, unas optimistas que ven una gran evolución y en cambio otras no tan optimistas, siendo ambas de la misma generación y en las que aparece el género, la mayor parte de las veces de forma más implícita que explícita.

“Nooo, ni mucho menos. Se debe a esta tradición de género. En el origen de la profesión tienen mucho más peso los monasterios masculinos que los femeninos. Cuando se desplazaban los magnates no había hoteles, iban de Monasterio en monasterio y eran los obispos en los monasterios los que los atendían. Los grandes conventos femeninos no estaban aislados de las poblaciones y estaban controladas por los hombres. Cuando se aislaban como fue San Joan de las Abadesas, se refugiaban no por religiosas o así, estaban expuestas a todos los peligros de todo tipo, raptos”.(Cat 1924 Inf.19)

“Esa pregunta es muy amplia. Yo creo que eso tiene que ver con el reconocimiento y el respeto que tenga la propia enfermera de sí misma y de su profesión. Donde las enfermeras han trabajado las enfermeras están reconocidas y donde no, no. Habría que matizar mucho las cosas, pero no estoy dispuesta a decir que no estamos reconocidas”. (And 1951 Inf.1)

---

<sup>32</sup> González, 2001, pp. 33-40. <http://www.enfermeriacientifica.com>

<sup>33</sup> Megías, Martínez y Pacheco, 2003, [medwave\2003\Septiembre\3.act.htm](http://medwave.com/medwave/2003/Septiembre/3.act.htm)

<sup>34</sup> Pérez, Alameda y Albeniz, 2002, pp.517-530. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/>

“Clarísimamente no, por el puesto de trabajo que tengo ahora, veo dónde se hacen las negociaciones y quién negocia las cosas, y no veo a las enfermeras, o a los enfermeros, como grupos, sí, son potentes, hay muchos y hay que tenerlos en cuenta, pero a la hora de las decisiones. Sinceramente te digo no, quienes conseguimos meter algún balón de vez en cuando, es a base de que llevas muchos años y de mucha autoridad diciendo cosas y tal... pero personas muy concretitas”. (M. 1948 Inf.15)

“Fíjate, ni por las propias enfermeras, es muy difícil que una enfermera sea considerada una persona influyente, por ser enfermera. Yo creo que ni nosotras mismas nos creemos que tenemos tanta importancia. No sé por qué, por este complejo de inferioridad o porque como tantas veces hemos dicho que somos mayoritariamente mujeres”. (M. 1937 Inf.17)

“No, en absoluto, aún no hemos roto esa idea de nosotras, de lo que te decía al principio, de subordinación al médico, de personal muy subalterno, en la mayoría de la sociedad”. (M 1938 Inf.18)

“Ha cambiado, le falta mucho, veo la evolución desde entonces hasta ahora. Yo cuidé solo enfermos, hoy también cuidas de sanos; ha habido una evolución en la actitud y en las actividades de la enfermera con relación al trabajo muy distinto a la época nuestra..., nuevos conceptos, da más opción a las innovaciones y a que tu puedas participar y tu puedas decir “pues por aquí, o por allá, esto se puede hacer, esto no”. Reconozco que de la época aquella a ahora, ¡ya lo creo que la enfermería tiene más autonomía profesional!”. (Ara 1945 Inf.20)

“Si y no. Creo que hay dos aspectos, es decir, por la persona a la cual se le dan los cuidados absolutamente reconocida, pero socialmente no, ahora, la población, cada vez que se hacen encuestas, valora muchísimo la labor de las enfermeras, muchísimo, pero socialmente continúan siendo invisibles. *Diría, muy reconocida pero poco conocida*”. (Cat 1941 Inf.21)

“Falta un cambio mas cultural, por ejemplo: en el centro de salud, el enfermo pregunta no se qué y la enfermera dice: *no, esto yo no se lo puedo decir, eso se lo tiene que decir el medico*; o en el hospital decir *hasta que el medico no pase, yo no estoy autorizada para decirle nada*. Esto, a veces, es como una protección ante una presión de aquella persona, pero a mi me parece, por otro lado, que no se dan cuenta cuando hacen este tipo de afirmaciones, que, además no suelen ser ciertas, suelen ser excusas por lo que sea. Quiero decir que cuando hace esto una enfermera, creo que no es suficientemente consciente del mensaje que está dando”. (Cat 1941 Inf.21)

En el conjunto de las respuestas pueden agruparse en tres dimensiones de significación diferente según los discursos referidos a: los médicos, las instituciones y las personas del grupo de pertenencia: familia y amigos.

### *De los médicos y médicas*

La investigación sobre el efecto de las relaciones médico-enfermera sobre la salud de sus pacientes es escasa en nuestro medio. En un estudio<sup>35</sup> llevado a cabo en Unidades de Cuidados Intensivos en 13 hospitales de Estados Unidos se encontró que las diferencias en la mortalidad están más relacionadas con la coordinación y la interacción entre diferentes miembros de la unidad que otros factores como estructura, administrativos o tratamientos médicos.

Encontramos dos posiciones posiblemente antagónicas, contradictorias y lógicas. Un exceso de control y poder médico que se refleja en los grupos médicos

---

<sup>35</sup> Alvarez, 1991, p.17

hegemónicos que se resisten a la participación de las enfermeras en las labores de planificación y gestión. Esto tiene importantes consecuencias en la distribución del presupuesto, dimensionamiento de plantillas y la creación de ambientes de trabajo dignos y saludables. Cuatro componentes de una buena relación son: respeto y confianza mutua, comunicación franca y abierta, voluntad de cooperar y ayudarse mutuamente y competencia en la realización de las tareas propias.<sup>36,37,38</sup>

“Está rota totalmente la filosofía de los médicos de familia, en la actualidad hay más médicos que enfermeras, han aumentado 4 médicos y 0 enfermeras. Hay una organización para los médicos y otra para las enfermeras ya que hacen compatible la libre elección”. (Ara 1951 Inf. 1).

“Desde mi puesto de gestión me he tenido que poner de acuerdo con ellos. Siempre he transmitido mucha seguridad y no se han atrevido a mandarme a la mierda. Una minoría lo ha visto bien, ha habido de todo”. (Ara 1956 Inf.7)

“Médicos más jóvenes, la mayoría son mujeres, no hay tanta derivación de cosas tipo papeleo y cosa de subordinación, son más autónomas. Mas que te dejan a ti tus cosas, y ellas las suyas”. (Ara 1979 Inf.9)

“Sí que me he sentido valorada en el centro, se apoyan en tí en determinadas cosas. Nunca vas a ser a lo mejor igual que su enfermera de referencia, pero sí que buscan el apoyo, sí que te sientes incluida dentro del grupo del centro de salud. En pediatría, en concreto, me he sentido muy valorada, me han enseñado mucho y te dejan libre, confían totalmente en ti. Si no vas tú: “¿y quién va a venir?”, entonces sí que te sientes que valoran mi trabajo y piensan que lo hago bien. Sí que te gusta”. (Ara 1979 Inf.10)

“Con los médicos ha sido muy duro. También hay dos clases: los cirujanos y los internistas. Los cirujanos siempre van con la mano por delante. Ha habido relaciones malas pero educadas. Ahora está cambiando, quizás porque antes había más diferencia de clase. También era porque yo era la chica que no sabía y ellos eran mayores, que les pongas la bata, que les cortes las uñas, ¡cada cosa!. Ahora tengo buena relación, nos comunicamos, todos nos quejamos de que nos falta tiempo para pasar la visita juntos. A los 18 sabes todo, a los treinta te lo piensas y a los cuarenta quieres ser más asentada. Las enfermeras ahora nos estamos plantando y planteando cosas. Cada uno tiene su tiempo. Los médicos tienen la actitud menos jerárquica, aunque menos de lo que yo querría”. (Ara 1962 Inf.13)

“Me he ido haciendo espacios de reconocimiento, que te cuesta hacértelos, claro, te cuesta mucho, pero bueno, al final adquieres una cierta autoridad, y la tienes porque te la creas, no te lo da nadie, yo de esto estoy totalmente convencida”. (M 1948 Inf.15)

“Va a ser interesante ver qué diferencia hay en la organización de la planta en general, cuando la que haya al frente del servicio sea mujer. ¿Cómo va a considerar el papel de la supervisora?” (M 1937 Inf. 17)

“Reconocida por mis jefes directos sí. Lo que pasa es como el ambiente era tan terrible, estábamos tan perseguidas una serie de personas ¿sabes?, pero por mis jefes directos sí, porque yo tenía como grabado que tenía que ser la mejor de donde estuviera, es lo que me pedía mi alma, lo que necesitaba hacer en todos los aspectos”. (M 1938 Inf.18)

Una hipótesis que tiende a confirmarse es que en la medida en que la enfermería desarrolla técnicas biomédicas, adquiere más prestigio

<sup>36</sup> Corrales, Escobar y Palomo, 2000, pp.214-9.

<sup>37</sup> Brandi, 2000, pp.373-8.

<sup>38</sup> Prescott, 1985., p.23

“En los últimos 15-20 años he estado en simposios con compañeros de Francia, Italia, Holanda y Portugal y no les dejan actuar en el hospital, atienden las necesidades domésticas, ya que las necesidades técnicas las atienden otros profesionales o el médico”. (M 1953 Inf. 5).

“Me he sentido reconocida, bien tratada, reconocida por los jefes, por los compañeros médicos y por los familiares, por supuestísimo. En aquella época, por aquello de que en la UCI no se entraba, éramos las enfermeras las que poníamos un poquito de sentido común. Recuerdo perfectamente una lucha que no costó mucho lograrlo porque el jefe de servicio era una persona asequible y sensible a los temas. Recuerdo que fuimos las enfermeras las que planteamos la necesidad de que se informara en cada turno a los familiares. Independientemente de que los médicos informaran, salíamos las enfermeras a informar en cada turno a la familia”. (And 1951 Inf.1)

“Las enfermeras de UCI, con muchas técnicas, recursos y papel bien definido, se sienten más seguras y más reconocidas”. (M 1953 Inf.5).

Ahora bien, mayor reconocimiento no es necesariamente mayor autonomía, como algunos autores han expresado. En enfermería los procesos de especialización han conllevado fuertes tensiones entre médicos y enfermeras a la hora de definir nuevas identidades profesionales; las propuestas divergentes en relación a la formación, autonomía y adscripción de funciones se han saldado en una intensificación de la jerarquía profesional desfavorable a la enfermería. La medicalización de los cuidados pediátricos ofrece más formación a las enfermeras pediátricas, a la vez que limita su autonomía profesional. Esto ha sucedido en el ámbito anglosajón<sup>39</sup> y posiblemente en el español.

Hay diferentes explicaciones teóricas sobre la causa del conflicto entre médicos y enfermeras y qué hacer sobre el mismo<sup>40</sup>. Delgado, en un estudio reciente<sup>41</sup>, concluyó que la interacción entre mujeres profesionales rompe el esquema clásico de las relaciones de poder. Las enfermeras inglesas han señalado que la relación médico-enfermera ha respetado históricamente la misma asignación de roles de género que la prescrita socialmente para las relaciones hombre-mujer. Esta situación se ve alterada debido a la incorporación de las mujeres a la medicina, de los varones a la enfermería y de los deseos de autonomía de la segunda profesión. Parece que, a pesar de las diferencias de estatus profesional, las médicas comparten más las responsabilidades con las enfermeras y *rivalizan* menos con ellas<sup>42</sup>. Las enfermeras dicen que las médicas les solicitan menos ayuda que los médicos<sup>43,44</sup>. Al comparar las actitudes de médicos, médicas y enfermeras hacia la

---

<sup>39</sup> Freeman, 1999, pp. 353-378

<sup>40</sup> Skjorshammer, 2001, pp. 7-18

<sup>41</sup> Delgado, López y Luna, 2001, pp. 219-26.

<sup>42</sup> Sweet, 1995, pp. 165-170

<sup>43</sup> Sebrant, 1999, pp. 153-8.

colaboración médico-enfermera en dos grupos estadounidense y mexicano, encontraron que había mayor disposición a la colaboración en los profesionales estadounidenses que en los mexicanos. Los autores atribuyeron estos resultados a las diferencias culturales entre ambos países, siendo la cultura mexicana más jerárquica. Proponen que la formación se realice conjuntamente en las Facultades de Ciencias de la Salud<sup>45</sup>.

“Mi experiencia con los médicos siempre ha sido muy mala. Me estoy reconciliando con ellos en Atención Primaria porque, salvo dos, son mujeres, y me llevo muy bien” (M 1952 Inf. 3).

“Desde diciembre del 2000 estoy con dos pediatras, y más a gusto no he podido trabajar. Hay un respeto total muto, ellas me consultan, yo las consulto. La desventaja que tenemos es que no paramos, tengo ahora unos dos mil cuatrocientos niños. Las primeras que han protestado, para aumentar la plantilla de enfermería, te puedo asegurar que son ellas. Y de hecho, hay un refuerzo, no es porque lo haya pedido yo sola, sino porque ellas también han pedido que viniera y porque han valorado que efectivamente hace falta otra enfermera de pediatría”. (Ara 1962 Inf.12)

Puede dar lugar a solapamiento de competencias, o de pérdida de poder. A relaciones de solidaridad, amistad y apoyo mutuo, cuando se tiene conciencia de lo que sucede y ayuda a clarificar conflictos:

“No me siento nada, nada reconocido por los médicos de familia, que aunque nos vemos y saludamos se nota que salen chispas”. (And 1956 Inf.7)

“El patriarcado consiste en minar la autoridad de las mujeres, y cuando tienes otra mujer que tiene autoridad sobre ti no es fácil reconocerlo, porque precisamente ese es el pensamiento patriarcal. En mi caso era una mujer médica, cirujana, independientemente de cómo fuera ella, de irónica, de simpática, de antipática, de buena o mala profesional, que yo creo que era igual que los demás, a ella no se le perdonaba ningún error. Residente con 5 hijos. Vi lo que ocurría, el tema de la autoridad con ella, yo la defendía y la protegía siempre, aunque muchas veces no estaba de acuerdo con ella, simplemente porque veía las dificultades añadidas que tenía, que eran muchas”. (M 1948 Inf.15)

“Hace poco lo dije en un congreso médico: Las enfermeras entran en conflicto con vosotras las médicas, a veces, porque no reconocen la autoridad de una mujer médica, la reconocen en un hombre, eso es precisamente el sistema de pensamiento patriarcal que le echa torpedos a la autoridad femenina, venga de donde venga, y entonces lo tenemos tan asumido que no reconocemos la autoridad de la mujer, aunque sea médico. Los enfermeros van de lo que van, y entonces tampoco os reconocen porque sois mujeres, y os tenéis que poner en plan antipático y sois las más médicas biologicistas de todas y las más tecnócratas y las más de todo, para haceros un espacio dentro del mundo. Sólo desde la reflexión feminista se pueden entender y solventar estos problemas, tanto de las médicas como de las enfermeras, porque a ellos no les interesa hacer nada”. (M 1948 Inf.15)

“Como dice Celia Amorós muy bien, ellos son los pares, y nosotras las iguales. Es distinto, un concepto distinto, nosotras somos todas una semejante a otra, pero no tenemos identidad de autoridad individualizada y de pares”. (M 1948 Inf.15)

---

<sup>44</sup> Gjerberg y Kjolsrod, 2001, pp.189-202

<sup>45</sup> Hojat et al. 2001, pp.123-8.

En un número creciente de hospitales, las enfermeras veteranas se sienten libres para enfrentarse y desafiar a los médicos en temas concernientes al cuidado de los pacientes.

“Aunque no me hayan preguntado, he dado mi opinión aun cuando tenemos opiniones distintas, asumo mi responsabilidad, sobre todo cuando las circunstancias son muy difíciles, por ejemplo con enfermos de SIDA”. (Ara 1952 Inf. 4).

Ven como propios muchos aspectos de esos cuidados y toman decisiones sobre los mismos sin consultar previamente al médico.

“Independientemente de que los médicos informaran, salíamos las enfermeras a informar en cada turno a la familia. Cuando trabaja en la UCI jamás un médico *escribió aspirar cada dos horas*; siempre lo digo como una cosa positiva. Decían aspirar secreciones según criterio de la enfermera”. (And 1951 Inf. 1).

La postura hasta hace poco dominante de *devoción y obediencia* se ha ido transformando en muchos casos en una *tenaz rebeldía*. Y no debe resultar extraño; las enfermeras están luchando por su libertad y en pleno proceso de establecer la enfermería como una profesión autónoma<sup>46</sup>.

“Mi primer día de trabajo con un radiólogo, me dijo que tenía que hacer era subir al piso de arriba para darle el desayuno a su mujer. Le pregunté si es que estaba enferma, si yo venía a cuidar a su mujer. *No, no. No está enferma*. En resumidas cuentas, que cogí, y sin trabajar, me marché, con un ataque de estos de dignidad profesional tremenda, me marché. *No, no, pues está usted equivocado, usted ha pedido una enfermera*. Me quité una bata y me marché. Dijo entonces él: *ahora mismo voy a llamar a Salus y les voy a decir su comportamiento*. En la Escuela ¡Pasa, hija mía! Pero, bueno, lo que te han querido hacer. Muy bien, has hecho muy bien. Esa fue mi primera experiencia laboral”. (Mad. 1938 Inf.18)

Reconocimiento, subordinación y sumisión son conceptos estrechamente relacionados, como acabamos de ver en los relatos. El colectivo enfermero es diverso, mayoritariamente femenino (80%) y tradicional (26%) que supone actitud de de sumisión y dependencia de la autoridad médica. En el colectivo enfermero se pueden observar elementos de la subcultura femenina<sup>47</sup>. Representaciones simbólicas que infravaloran principios asociados a la tradicional labor femenina usando conceptos como complejo de amas de cría, trato delicado o la demanda de afecto y atribuyen la falta de reconocimiento de la sociedad al desconocimiento que tienen de la base científica y de los conocimientos técnicos de la enfermería.

---

<sup>46</sup> Alvarez, 1991,

<sup>47</sup> Juliano, 1998, pp. 17-20

Las enfermeras son un colectivo con poco uso del poder y por consiguiente con dificultad para emitir sus mensajes. Otras autoras como Lerch y Gastaldo<sup>48</sup> sostienen que no son conscientes de su poder, o lo subestiman, de tal forma que acaban careciendo realmente de él. Esto, puede explicar la dificultad para generar sus propias propuestas culturales y cambiar el punto de vista de la sociedad. Las mujeres estudiantes, siendo en conjunto más capaces y con mejores expedientes académicos, son consideradas por sus profesores de enseñanzas medias como más proclives a priorizar aspectos afectivos, emocionales ante el otro sexo, antes que centrarse en potenciar sus aptitudes intelectuales<sup>49</sup>. Una y otra vez se contraponen los valores afectivos y los técnicos-científicos, a pesar de que la psico-neurofisiología está demostrando los efectos positivos de la salud emocional en el aumento de la respuesta inmunitaria de las situaciones de bienestar.

#### *De las Instituciones*

La escasez de enfermeras se asocia con una mayor estancia hospitalaria y aumento de las complicaciones: infecciones hospitalarias, hemorragias, neumonías. En los hospitales que tienen un mayor número de enfermeras, las estancias de los pacientes son hasta un 5% más breves, y sus índices de complicación hasta un 9% más bajos que en los hospitales con una menor dotación de personal. Una proporción más elevada de horas diarias de cuidados prestados por enfermeras especialistas tiene como resultado un menor número de infecciones del tracto urinario y de incidencias de sangrado gastrointestinal, y menores índices de neumonías, shocks y paros cardiacos<sup>50</sup>. Pese a esta y otras evidencias, la crisis de plantillas de los hospitales de nuestro entorno lleva camino de hacerse crónica.

El reconocimiento se relaciona con: la confortabilidad, la higiene ambiental, la definición del puesto de trabajo, los ritmos, las jornadas, el salario, la identificación, la participación del trabajador en las decisiones de la organización del trabajo y la promoción profesional

“No se termina de hacer un análisis serio de la complementariedad y la diferencia, distinto de la coordinación y el trabajo conjunto con el servicio al público. Las competencias y las responsabilidades

---

<sup>48</sup> Lerch, 2003. n.p.

<sup>49</sup> Santamarina, 2000, pp. 41-60.

<sup>50</sup> Gálvez, 2005, evaluó el artículo de 29 de mayo de 2002 de la revista *New England Journal of Medicine*.

son distintas y diferentes y no por eso, una es superior a otra. Estamos en un sistema sanitario que el médico es el primero, grupo A, tiene una responsabilidad, unas competencias y unos derechos, pero el grupo B, no es menos importante, sin embargo ha estado muy abandonado, muy abandonado, yo así lo vivo como enfermera, el reconocimiento, tiene que ser desde dentro del colectivo, no nos lo va a regalar la administración". (And 1951 Inf.2)

"Hay estrategias como la tarjeta sanitaria que pone el nombre del médico y no de la enfermera". (Mad. 1952 Inf.3)

"No están bien definidas las responsabilidades, al igual que con los años nos están igualando los sueldos con los auxiliares. Nos confunden. Con frecuencia piden a la limpiadora que les cambie el suero, el enfermo y la familia no saben qué tiene que pedir a cada quién; con el tiempo conocen a las personas, pero no les facilitamos las cosas". (Ara 1952 Inf.4)

"Enseguida dejé la clínica y me pasé a la docencia con Lina. La dirección nos había dado permiso para que dos días a la semana en lugar de ir a planta organizáramos la formación continuada. No nos daban despacho, ni medios, con una mesa, sillas y estantería con ruedas rodábamos por todo el hospital para establecer docencia. Si nos echaban de una habitación nos íbamos a otra. El que se nos diera esta oportunidad fue una forma de reconocer nuestras inquietudes, que estaban dispuestos a seguir otro camino. Siempre tuve reconocimiento por mis compañeros, me sentía reconfortado. Estuve del 80 al 83-84 que lo simultané con colaboraciones en la Complutense. Luego al sacar la titularidad lo dejé". (M 1953 Inf.5)1958 Inf.5)

"No está suficientemente reconocida por las organizaciones, en el sentido de que el papel que la enfermera y la enfermería puede tener dentro de las organizaciones supera con creces el que se les permite, porque hablamos de organizaciones altamente medicalizadas y se basa en el poder de desempeño desde las disciplinas, en este caso de la medicina. El reconocimiento depende del escenario. En las organizaciones no existe, también es cierto que a veces me da por pensar, *para el tipo de enfermería que estamos desempeñando, demasiado reconocimiento tenemos, demasiado bien pagadas están para el desempeño que realizan, salvando excepciones*. Claro que del médico lo diría bastante más todavía. Las cosas no se pueden criticar aisladamente, sino en el contexto. Por eso tengo argumentos para que sí y para que no, que es como decir que no lo sé". (And 1956 Inf.7)

"Mi experiencia es diversa, firmé la apertura de la primera unidad de media estancia psiquiátrica de la historia de la Comunidad Autónoma, como responsable de la entonces Fundación El Cierzo; hay fotos, en la mesa con el profesor Seva, el profesor Lobo, el profesor Luís Gómez López, Mostacero que era el presidente del Colegio de Médicos y Ana María Cortés la consejera de la DGA del PAR. Nosotros no éramos precisamente de derechas, ni nada parecido, ni éramos bien afamados, bueno, salíamos en los periódicos". (Ara 1952 Inf.8)

"Mi experiencia más larga hospitalaria de reconocimiento, ha sido en la Quirón, y allí somos de lo último de la escala. Los médicos tienen un trato de superiores. De la dirección ninguna, por la noche estás sola, mucha responsabilidad. No hay relación entre la responsabilidad y el reconocimiento. Los pacientes si te agradecen, pero no la dirección". (Ara 1979 Inf.9)

"Según criterios de dirección, la enfermera es prescindible. En centros de salud no conciben el que haya dos enfermeras por cada médico, y sí que hay una enfermera para dos médicos, y dices: Y entonces ¿en qué reconocen mi labor?. Este verano ha habido lío con la matrona porque no le encontraban sustituta. Instauran un nuevo cupo con un médico, ¿y la enfermera?, ¿y quién se va a hacer cargo de esos pacientes?, porque luego ese médico sí que va ha demandar atención de enfermería. Les cuesta...". (Ara 1979 Inf.10)

"La sensación general es que estamos mal pagados y engañados; no me pagan el sueldo, sino que me pagan en complementos de aquí, complementos de allá, en función si hago un domingo, si hago una noche, si hago un no sé qué, si hago un no sé cuántos. Es reconocimiento, las condiciones laborales, tener una silla en condiciones, que cambien la cama porque me estoy jorobando la espalda y que se nos tenga en cuenta a la hora de hacer una serie de cosas". (Ara 1952 Inf.16)

Algunas informantes expresan la falta de sensibilidad y situación que califican de crisis tecnológica de nuestros hospitales. Han ocupado cargos de responsabilidad y tienen amplio bagaje profesional.



“Todos a todo no es un buen sistema. La gente va buscando algo y acaba preguntándonos a nosotras. Continuamente nos están interrumpiendo en nuestro trabajo, así no se puede trabajar. Lo único que ven es que la enfermera no me ha resuelto el problema. Me pueden interrumpir diez veces en una mañana, no me están pidiendo trabajo de enfermera, sino que resuelva cualquier otro problema que los usuarios demandan. Los chicos enfermeros, siguen siendo médicos y a ellos no les interrumpen”. (Ara 1952 Inf.4)

“¿Que la dirección sabe que jugamos un papel importante?, clarísimo, ¿qué lo dicen poco?, también es verdad. ¿Nuestras opiniones cuentan para algo cuando se hace una reorganización, una reestructuración, una modificación, un cambio de planteamiento en la forma de trabajar en los servicios?”, te diría: No. Normalmente no. Para mí, eso es el reconocimiento”. (Ara 1952 Inf.16)

Cuando el espacio es adecuado, que no siempre lo es, la enfermera podrá realizar los cuidados a un paciente moribundo adecuadamente, solo si el médico comparte el enfoque del cuidado enfermero.

“Hay médicos que no entienden la agonía, con un enfermo que está muriéndose, no tengo por qué tratarlo como enfermo agudo: oxígeno constante, constantes cada quince minutos, lo que hay que hacer es estar ahí con él ayudándole de otra manera. Podemos avisar al sacerdote si quieren, acompañamos a la familia y evitar que otros enfermos sufran varias agonías, el acompañante oye todo, me parece terrible”. (Ara 1952 Inf.4)

Además los familiares han cambiado, se quedan menos acompañando y exigen más calidad de la atención, lo cual implica mayor trabajo para las enfermeras y auxiliares de enfermería.

“A veces rozan los límites de mala educación. No entienden que les pidamos que no interfieran en la dieta, cada día se responsabilizan menos de los ancianos, prefieren enviarlos a San Juan de Dios y no vienen a acompañar a los abuelos en el traslado. Años atrás no se veía esto”. (Ara 1952 Inf.4)

Ejercer de enfermera en un hospital se está convirtiendo en una labor heroica. Una vez más vemos que se trasladan al trabajo de las enfermeras los patrones del ámbito doméstico, en el que las amas de casa realizan todas las actividades que no quiere realizar el resto de la familia<sup>51,52</sup>. Como en los estudios norteamericanos de los cincuenta, nuestras enfermeras hacen muchas más actividades que las propias de su profesión, incluso a costa de su salud personal.

“Hay ratos que hago cuatro cosas a la vez, me voy estresada, porque algo se me ha tenido que olvidar”. (Ara 1952 Inf.4)

En la apreciación de las enfermeras en general y también de las jóvenes, la situación es mejor en la Atención Primaria, donde la enfermera tiene más autonomía para organizar su trabajo, si bien todavía perciben los fenómenos de *inclusividad*<sup>53</sup> (como que el sexo femenino está incluido en el masculino) y

---

<sup>51</sup> Fernández, 1991, pp.23-47

<sup>52</sup> Oakley, 1994, pp.427-434.

<sup>53</sup> Poal, 1993, p. 135.

*secundariedad* (las mujeres son un complemento, un telón de fondo, un colectivo sin protagonismo; cuando hay solo dos papeles, ser segundón es ser el último).

“Sí, he mantenido el grupo de la universidad y las novias de muchos amigos somos enfermeras, sí que te lo valoran, en casa te lo valoran y se acuerdan de ti cuando están malos”. (Inf.10)

“La enfermera somos *la chica*, la que coge el teléfono, la que entra la comida, la que limpia, es todo. Así, ahora cuando digo que me voy a hacer domicilios, se extrañan y te preguntan ¿también hacéis domicilios?. Para el médico piden hora y para la enfermera no; somos los que tomamos la TA y hacemos recetas. Hay gente muy agradecida y desde luego en la Atención Primaria hay más reconocimiento que en el hospital”. (Ara 1979 Inf.10)

“Hay enfermeras muy felices y a la vez muy amargadas porque les faltan recursos, están agotadas, impotentes. En atención primaria cualquier novedad te produce estridencia porque es otra cosa más que ya no te cabe, es esa sensación de no llegar, se ampliarán las plantillas, como ha dicho la ministra, pero no van a ser para atención primaria por lo que yo veo, es decir, que todavía el tecnicismo pesa”. (And 1945 Inf.14)

“Seguramente hay reconocimiento en la asistencia primaria, es donde se pueden hacer más otro tipo de cosas”. (Ara 1952 Inf.16)

“Ahora he vivido yo lo que puede ser una enfermera de primaria que guste: cómo la quieren, cómo la adoran; las personas van a ella y el médico es majísimo también, pero ellas saben a quién necesitan, porque sale el médico y le dice a fulana: Viene usted conmigo. *No, no, hoy voy con Elena*. Saben que es Elena la que atiende. El grueso de la gente de edad, digamos activa, no está en contacto con las enfermeras de primaria. Me han dicho que van a salir muchas plazas de enfermeras de Primaria ahora. Espero que no estén las pobres enfermeras tan liadas de trabajo que no puedan hacer más que atender las necesidades más imperiosas”. (M 1937 Inf.17)

La experiencia más diferente la manifiesta un enfermero con experiencia de gestión en Atención Primaria; desde su posición de Coordinador de Enfermería de Distrito y con capacidad de maniobra para organizar los servicios y facilitar el cambio cultural de la Reforma Sanitaria que implica trabajo en equipo, con Ayuntamientos para facilitar la accesibilidad de los usuarios en el medio rural

“Me siento reconocido por parte de mis jefes mientras me mantuvieron, eran plazas de confianza, he tenido conflicto difíciles en algunos casos gracias al alcalde, *olvídate tu pídemme a mi lo que necesites*, me arregló el consultorio rural y tuve la suerte de contar con dos enfermeras excelentes, el ejemplo siguió, me he sentido muy reconocido por parte de mis compañeros, sobre todo en las primeras épocas; he tenido grandes amigos, también entre los jefes, el saldo final es que me siento reconocido por parte de mis jefes”. (And 1956 Inf.7)

“Con los protocolos: yo aquí estoy llevando todo el peso, y luego no ves que el paciente te lo reconozca a ti, sino que ves que se lo reconoce al médico; o a lo mejor en el Centro de Salud que hemos hecho cursos de diabetes. Los pacientes lo ven ahí al médico por encima de nosotras, aunque cada vez ya nos consideran más igual. Los criterios con los que se evalúan; a lo mejor ese año se ha puntuado el sintrón, pero como en pediatría no se hace sintrón, pues bueno. Hago una charla todas las semanas, con grupos de lactancia maternal, durante todo el año. Y el año pasado pues fui la que menos cobró del Centro, y soy la única que tiene un grupo de educación. La productividad, probablemente servirá para incentivar, pero ahora no incentiva. El grupo A siempre ha cobrado más que el B, el B más que el C y no me parece justo, se supone que tiene que ver con la consecución de objetivos: si se han obtenido o no; no con el nivel que se tiene. Pero bueno, eso es otra discusión”. (Ara 1962 Inf.12)

“La empresa te da algo de formación, pero poca, poca. Somos una profesión eminentemente femenina, con muchas cargas extra-laborales, que no ocurre en otras profesiones, con lo cual es difícil que la gente se anime mucho a ir por las tardes. Para la formación tienes que gastar tus dineros y tus festivos: vacaciones o moscosos. En primaria es difícil que te los denieguen, mientras que en el hospital sí que suelen tener dificultad. Asistir a congresos, por ejemplo, el de enfermería comunitaria de Madrid, entre la inscripción y el alojamiento me gasto la mitad del sueldo, en tres días. Claro, separada, con niña y casa”. (Ara 1962 Inf.12)

### *Reconocimiento y Apoyo de Usuarios, Familia y Amigos*

Los usuarios son los que más reconocen a las enfermeras según expresan las enfermeras y enfermeros más experimentados. Sin embargo en varias ocasiones los amigos y los usuarios cuando quieren destacar a la enfermera le dan otra categoría y no suelen asociar su trabajo con el propio de una buena enfermera. Esto tiene que ver con las expectativas y el modelo que se tiene de la profesión.

“Te reconocen el buen hacer, pero curiosamente, cuando se sienten orgullosos, se confunden y dicen que eres médico. Y tienes que repetir varias veces, muy bien gracias, pero soy enfermera, gracias por el reconocimiento pero soy enfermera (And 1953 Inf. 2).

“Mi relación de ayuda con los grupos, lo ven como algo extraordinario y que no lo hacen las enfermeras... me incomoda y digo esto son cuidados de enfermería... no, no, es que usted es una psicóloga, usted sabe más que los médicos” (M 1952 Inf.3).

“Te reconocen pero no entienden... ¡Hay que ver, llevas toda la vida estudiando!. Has hecho una licenciatura, ahora te has metido en el doctorado” (M 1953 Inf.5).

“Los que más reconocimiento tienen hacia nosotros son los pacientes, son los que reciben realmente la atención y saben muy bien cuando te dicen: *esa que no venga, si es posible que venga la otra*, son los que saben directamente, los pacientes y sus familias”. (Ara 1962 Inf. 12)

“Hay otras expresiones populares. En un hospital, a nivel de los usuarios, saben distinguir perfectamente lo que es una enfermera, cosa que les ha costado bastante tiempo con los galimatías de cambios legislativos. Los usuarios siempre han sabido lo que es una enfermera y tienen un discurso elaborado para las buenas y otro para las malas enfermeras. Y lo van a hacer emerger según les vaya. En nuestros grupos focales del hospital nos estamos dando cuenta que el usuario según le va bien o mal con las enfermeras saca uno u otro discurso. Lo que si tienen claro es lo que es una buena y una mala enfermera. La cuestión es si lo que el ciudadano entiende por lo que es bueno o malo en la enfermería está en consonancia con lo que las enfermeras piensan de lo que es una buena o mala enfermera. Y ahí hay diferencias profundas que hay que trabajar.(And 1956 Inf.7)

“Sí. En el microespacio, sí. Quien tiene la suerte de que le cuide una enfermera no se le va a olvidar en la vida, pero en el orden social no, falta”. (Ara 1952 Inf.8)

“No, creo que no. Se nos sigue considerando como las secretarias del médico. Solo la gente que ha estado ingresada o ha tenido una relación más estrecha sabe que no hacemos solo de secretarias, que no lo tendríamos que hacer y lo hacemos, y que no dependemos del médico y que hacemos muchas más cosas y a veces mejor”. (Ara 1979 Inf.11)

“Yo me siento muy valorada, estoy tan a gusto con lo que hago, que a lo mejor no me fijo en eso. Me siento muy orgullosa cuando digo que soy enfermera; no sé cómo lo valorarán ellos, la gente que no me conoce. Estoy encantada de decir que soy enfermera de pediatría y soy la cuidadora de la familia. Tengo un hermano diabético con trasplante de riñón, una madre con silla de ruedas, que tiene ya once intervenciones quirúrgicas”. (Ara 1962 Inf.12)

“Ahora mucho más que antes, en los centros de salud, la gente conoce mucho a su enfermera. No todo el mundo, pero te puedo asegurar que los padres de este barrio saben quién es y que eres la enfermera, o sea, que te tienen muy localizada. Eso lo que mejor lo demuestra es la demanda espontánea, que la gente acuda a ti. Yo creo que es el mejor reconocimiento de tu trabajo, el hecho de que la gente no van a preguntar a la pediatra, sino que vienen que a preguntarte a ti. Empiezan a tener bastante claro cuándo van a la pediatra y cuándo me vienen a mí. A veces, no. ¿Todo lo reconocida que debería? Yo creo que la gente no termina de saber todas las cosas que puede hacer una enfermera por ellos, de esto estoy convencida. Yo creo que es una labor que hay que ir haciendo, por ejemplo con temas como la deshabitación tabáquica. Hay cantidad de padres que vienen con el niño y una de las cosas que les pregunto es: ¿fuma o no fuma? ¿Tiene intención de dejar de fumar? Porque si no, mire usted, el tabaco y el niño y tal y tal. Es una educación que haces sobre todo de cara al bebe que en este caso es mi trabajo. ¿No? Para eso también, tu enfermera te puede echar una mano. Yo creo que eso no lo sabe casi nadie. Siguen a lo mejor viéndonos un poco, sobre todo lo que es el tema de técnicas, allí lo tienen muy claro, y en el tema de crónicos, más o menos también. Pero lo que todavía desconocen también es el hecho de que les puedes ayudar en lo que son temas de hábitos: nutrición, hábitos tóxicos, etcétera, etcétera”. (Ara 1962 Inf.12)

“La población reconoce, cada vez a la enfermera, y yo veo en el hospital también, con todos los problemas que hay, también”. (Ara 1945 Inf.14)

“Como mi trabajo de enfermera no es un trabajo típico de enfermería, no saben muy bien que es esto de la salud pública. Me muevo, voy a congresos, viajo mucho, estoy todos los días metida en alguna historia, pero no se considera trabajo de enfermería”. (M 1948 Inf.15).

“A veces cuando hablan algo de la enfermería, como saben que yo soy enfermera, hablan. Ahora que he tenido una amiga que ha estado en un hospital me decía que gracias a las enfermeras que le habían atendido muy bien, ha tomado más conciencia de lo que es la enfermería; *me han tratado muy bien, me han dado muchas explicaciones*”. (M 1948 Inf.15)

“Me considero reconocida por un grupo de personas que trabajan conmigo, es una tarea de conjunto: *si no estuviérais vosotros pues a lo mejor yo no estaría*, y ellas a la vez dicen *es que yo, nosotros, a lo mejor si no tuviéramos una supervisora como tú no estaríamos tampoco*”. (Ara. Inf.16)

“Yo creo que no, sinceramente. Bien es verdad que yo tampoco contaba así en casa, sencillamente porque no me escuchaban”. (M 1937, inf 17)

“Cuando tú haces una encuesta sobre el grado de satisfacción en los hospitales, el grado de satisfacción sobre las enfermeras suele ser altísimo, en ese momento. O sea la capacidad que ha tenido la enfermera de influir en su curación, en el grado de satisfacción, de confort que ha tenido, en cómo se ha sentido cuidado, en el consuelo que ha tenido, todo esto es importante”. (M 1938 Inf. 18)

“No lo sé. Siempre he tenido un poco la sensación, a ver, de que la sociedad cuando decías enfermera, siempre pensaba ¡ah, bueno, enfermera!. Es verdad que la gente me ha hecho más caso cuando he dicho que estaba estudiando Historia que como enfermera, esto sí”. (Cat 1924 Inf.19)

“Yo creo que sí, que tiene más reconocimiento; cuesta, no está en su sitio todavía, sobre todo a nivel de la sociedad, que eso lo tenemos que hacer un poco nosotras. Vamos a dedicarnos nosotras a fomentar lo nuestro y demostrar lo que somos nosotras, que entonces no les quedará más remedio que reconocernos”. (Ara 1945 Inf.20)

Respecto a los consortes, mientras que todos los enfermeros se han sentido apoyados por las parejas, para las enfermeras sus parejas han mostrado un apoyo desigual. Con apoyo o sin él, las enfermeras han desarrollado una doble jornada, cosa que no ha sucedido con los enfermeros. Ellos y ellas expresaron:

“He tenido comprensión por mi pareja que encontró el significado con el paciente desde el primer momento” ((M 1953 Inf.5)1958 Inf 5).

“Mi mujer era dócil, no boba, la clásica de pueblo, que se adaptó muy bien al pueblo. Siempre me apoyó en mi trabajo, para estudiar, para ir a Nueva York” (Ara 1952 Inf. 6).

“Nunca me he sentido comprendida, mi marido nunca ha sido compañero. Nada, de nada, nada, nada. No se puede pedir peras al olmo, da sombra, pero no peras. Él ha tenido libertad, yo una triple jornada. Me junté con dos niños pequeños, ganaba yo más que él, porque estaba de PNN, comprando una casa. Con la tesis doctoral se deprimió, la única liberación era mi trabajo. Ante un congreso era una pesadilla, no me dejaba sutilmente, lo que hace más difícil defenderse de la sofisticación que de la cosa burda. Aún así si yo consideraba que tenía que ir, iba. No ha habido igualdad, para nada. No he tenido apoyos familiares. Para mí ha sido muy duro hacer compatible lo personal con lo profesional, he tenido que pagar alto precio y mucho coste de energía”. (M 1952 Inf. 3)

“He tenido el apoyo de las abuelas y de mi marido que hablaba con los profesores, traía y llevaba a las niñas al colegio, preparaba la merienda. No es excepcional que esté sentada agotada, leyendo, contestando cartas en casa, o haciendo cosas de la asociación y mi marido fregando los platos de la cena”. (Ara 1952 Inf. 4)

“Mi compañero dice: *yo vivo con una enfermera que no es enfermera porque sois otra cosa, sois profesoras, sois docentes, hacéis investigaciones, pero enfermeras no sois, las enfermeras saben pinchar pero vosotras no hacéis esas cosas*”. (M 1948 Inf.15).

“Mi marido estaba muy influido por todas las ideas de democracia, de reparto de tareas y eso, el pobre siempre ha hecho lo que ha podido, un buen mandado sí: hay tareas que las ha asumido, por ejemplo, era el encargado de bajar la basura, limpiaba los alfeizares de zinc y se necesita mucha fuerza. Yo he tenido una vida complicada en el sentido de salir por las noches a reuniones, a asambleas, quedarse él con la niña encantado, irme él a buscar. Una vez me cogieron, me pasó una noche entera en la comisaría, me pescaron con un bolso lleno de propaganda para repartir, Y, buscó a un amigo suyo que era abogado, llegaron allí para sacarnos... ha hecho una militancia consorte, en ese sentido, allí sí, siempre me he sentido muy apoyada. Pero como veo a mi hija, cómo tienen repartidas las tareas, sin más, sin ningún problema, eso yo no lo he vivido”. (M 1938 Inf.18)

“Hice segundo ciclo con el apoyo de los de mi casa, porque fueron los que me dijeron: *hazlo, hazlo, hazlo*. He cambiado mucho hasta los conceptos, desde luego, ha sido una evolución dentro de mí. Para mí lo del segundo ciclo fue como si hubiera tenido un disparadero, ya no me ha dejado parar, y lo que me digo: *que pena no tener unos pocos años menos*, pero tampoco me arrepiento, porque a lo mejor de más joven no hubiera tenido esta ilusión”. (Ara. 1945 Inf.20)

“Tengo un marido que me ha dejado hacer, el ha respetado mi manera, me ha apoyado en momentos difíciles, incluso cuando los crios eran pequeños, yo no he dejado nunca de trabajar. No tengo madre, o sea, no he tenido un buen soporte familiar, pero he tenido el soporte de personas que me han ayudado, retribuidas, pagaba mas de lo que yo ganaba. Ahí sí que tienes riesgo, yo pensé que si tiene que empezar a poner lavadoras vamos a terminar mal, y entonces ahí yo decidí tener una buena ayuda doméstica. Me di cuenta de que el trabajo que se consideraba socialmente mío, por decirlo así, yo no lo podía cargar a mi marido”. (Cat 1941 Inf.21).

Se observa un cambio en la valoración de la vida familiar por parte de enfermeros que han dedicado mucho de su tiempo a la vida profesional a costa de la vida familiar

“He perdido la oportunidad de haber participado en la crianza de mis hijas”. (And 1956 Inf.7)

“Estaba entonces en el Ministerio. Una semana, en un hotelito de allí de al lado, del Ministerio, en el Paseo del Prado. No podía más, era bastante mayorcito solamente 10 años menos que ahora, y es que no podía estar allí, tenía que volver a casa porque estaba mi hija Ana recién nacida, vamos una cosa sorprendente, no podía estar allí, no sabía qué me pasaba, fortísimo. Ni novias, ni enamoramientos, ni nada tan fuerte como aquello. Me hubiera escapado”. (Ara 1952 Inf.8)

Las enfermeras trabajan mucho con las emociones junto al paciente. Miedo, fastidio, rabia o simpatía, son el punto de partida para construir la escucha, la

relación con la persona y para valorar y discutir las intervenciones que hacen. Como ayer, cuidar hoy requiere valores que se atribuyen a las características femeninas: dedicación, abnegación, servicio, sensibilidad<sup>54</sup>, la reciprocidad, la disponibilidad, la intuición. En suma, cuidados invisibles desde el punto de vista social. El colectivo enfermero, mayoritariamente reúne muchas de las características o valores que la sociedad del siglo XXI necesita.

“Cada día se está viendo más claro lo que decíamos hace quince años: la esperanza de vida aumenta, la incorporación de la mujer al trabajo y todo eso ya hoy día, requiere cuidados institucionales”. (And 1952 Inf. 1).

Hay coincidencia en subrayar que acompañar en el sufrimiento, ofreciendo la ayuda que requiere el cuerpo y las emociones, plantearse qué quiere decir la enfermedad o dolencia, qué cambios tendrá que hacer en su vida para ayudar a las personas a cuidar es un servicio absolutamente necesario a la sociedad. También los informantes han expresado autocrítica hacia la auto-consideración que perciben de las propias enfermeras y enfermeros,

“En la consideración de las propias enfermeras, dominan los complejos sobre la realidad. El de superioridad en aquellas que piensan que la enfermería es *lo mejor del mundo*, que las enfermeras están más relación con el paciente y casi como que la vida de los ciudadanos depende de las enfermeras. Frente al discurso que yo llamo lacrimógeno, que piensan que la enfermería es la profesión más desdichada de la Tierra y que aquí no se viene más que a sufrir y a padecer junto con los pacientes. Me parece que hay pocas aproximaciones a la realidad, poco interés por conocer la realidad objetiva que viven las propias enfermeras. Creo que a la mayoría de las enfermeras nos les interesa nada, disfrutan más cultivando los complejos de superioridad o de inferioridad, que por otra parte alternan según les interesa. Esa es mi apreciación”. (And 1956 Inf.7)

El informante es enfermero y se expresa con dureza y algo de razón, ya que hay ausencia de estudios en nuestro país. Podemos ver que la auto-imagen profesional coincide con los roles de género, en sus consecuencias más genuinas y que tienden a adoptar el de las mujeres socializadas en el rol tradicional o bien, el victimismo, el de las *subordinadas asistentes* o las salvadoras usando para este segundo caso el término simbólico de ángeles. Se da con frecuencia este término aplicado a las jóvenes, atentas y afectuosas enfermeras. Si bien se expresa como expresión positiva, genera reflexiones ambivalentes entre las enfermeras, ya que es como la licencia para pedir de todo y esperar que más que servicio se comporten como servidumbre. La enfermera italiana Riboli utiliza en su trabajo de relación el título “Más que ángeles”<sup>55</sup>, y la finlandesa Henriksson<sup>56</sup> cuando querían deslindar el

---

<sup>54</sup> Cristina Francisco, G<sup>a</sup> Suso, 2001.

<sup>55</sup> Riboli, 2004, pp. 85-98.

<sup>56</sup> Henriksson, 1999 pp. 305-327.

trabajo de las religiosas y las enfermeras seculares *no queremos ser ángeles sin manos o queremos un poco menos de gloria y un poco más pago*. Es desde la perspectiva de género desde la que se puede comprender bien este punto.

La responsabilidad asociada a proyectos creativos e innovadores genera reconocimiento, si bien hubo distintas consideraciones ambivalentes por los actores sociales, era un enfermero y eso, cuando menos extrañaba, no estaban acostumbrados a verlo. ¿Habría sido la misma reacción si hubiera sido una enfermera?.

“Hombre ya lo creo que me sentí reconocido, pero en esa etapa también estaba completamente inflado. Por ejemplo, yo pude firmar la apertura de la primera unidad de media estancia en Psiquiatría... pues resulta que está llevando la Comunidad Terapéutica un enfermero, ¡madre mía! es enfermero, 14 auxiliares, una cocinera, un pinche. Lo que es un enfermero, (que ellos decían un ATS); llegamos a gestionar un montón de pasta en el programa de cuatro años. En aquellos tiempos Cinco Villas valía 160 millones de pesetas.

¿Hasta qué punto influye la identidad de profesión femenina a los colegas masculinos?. Hay que pensar en un doble sentido: a ellos mismos y a los actores sociales. Esto indica que se van asumiendo mejor el concepto de cuidados pacientes con larga evolución, que han sido tratados siempre con la última de fármacos cuando llegan a programas de rehabilitación se sigue teniendo la fantasía de que hay que seguir con el tratamiento, cuando precisamente habría que empezar con el cuidado y, alterando los procesos tradicionales de socialización. En un trabajo noruego sobre la percepción de los enfermeros, tras diez años de ejercicio profesional consideraron que lo más positivo de la profesión es el contacto con los pacientes y que volverían a elegir la misma profesión<sup>57</sup>.

La mediación de un nuevo agente social, los medios de comunicación, confluye en otra de las consideraciones de nuestros informantes.

“Los medios de comunicación, en términos generales hablan de la enfermería en términos de problema. Cada vez que hay un problema fuerte de la enfermería ahí se refleja. En las series españolas la enfermera aparece en su peor versión asumible; en las series de hospitales se ve a las enfermeras pinchando y haciendo daño y recibiendo órdenes de uno y de otro. La visión negativa de la enfermería, se produce en medios efímeros que se nutren de un día para otros, un periódico se tira y se renueva cada 24 horas. O las series televisivas de las que no quedan memoria, o es muy efímera. En cambio, en la literatura y en el cine, permanece la idea idílica de que la sociedad se construye en torno a la enfermera. Si analizas, hay una constante. Las películas en las que aparece una enfermera, por ejemplo *El paciente inglés*, las películas de Almodóvar o la última de la Isabel Croixet en las que la figura de la enfermera es una figura central, cuando no protagonista en la trama de la película, vemos que emergen los valores que deberían sustentar a la enfermería. Así no aparecen relaciones de dependencia y si aparecen en relación con la medicina, aparecen en términos inaceptables como son

---

<sup>57</sup> Soerlie, Talseth, Norberg, 1997 pp.113-118

las películas de Almodóvar, o también esperpénticos. Se sacraliza en el lado positivo, los valores que la sociedad asocia al desempeño de la enfermería". (And 1956 Inf.7)

Los sistemas de evaluación de los puestos de trabajo están sesgados en cuanto al género ya que las evaluaciones han revelado ciertas capacidades relativas al trabajo no se trataron como capacidades sino como *calidades intrínsecas a la mujer*<sup>58</sup>. Podemos ver, hasta qué punto influyen los procesos de socialización y cuán arraigado está el mandato social de la *sociabilidad* que Poal define como *el ámbito privado* para las mujeres y que creemos que por extensión puede ser aplicado a la profesión que mas estrecha relación guarda con el cuidado, la profesión enfermera. La paradoja es, como afirma Carmen Magallón para las científicas que *la invisibilidad aumenta cuanto mejor se hace el cuidado y solo, su déficit es detectable*<sup>59</sup>. El valor social (o falta de valor) de los cuidados enfermeros invisibles tiene que superar el binomio conocimiento y naturaleza o cultura/natura<sup>60</sup>. Superar una visión reduccionista y tecnocrática que contempla la perpetua invisibilidad de los cuidados, considera el trabajo enfermero como un conjunto de pruebas, curas, estancias, inyectables y otros productos sin contemplar el tiempo y el desgaste emocional de los cuidados invisibles; lo cual supone, desde el punto de vista de la gestión de los recursos humanos, o bien un elevado coste para enfermeras cuando se dan, o bien, en su ausencia, una gran carencia para usuarios sanos, enfermos y familiares cuando no se dan los *cuidados emocionales*.

Nuestros informantes piensan que se han producido cambios, pero faltan muchos más. Diversos trabajos<sup>61</sup> y la propia experiencia nos muestran que hay varias razones para que se hayan producido algunos cambios y no otros. La primera realidad es que no han sido considerados por los gestores económicos. La segunda es que los hombres, la gran proporción de la fuerza de trabajo con algún poder, no desean que cambien las cosas. Y la tercera es que una parte de las propias enfermeras se muestran reacias o, al menos, ambivalentes, en cuanto a contribuir al cambio de asumir el componente emocional y no sólo técnico de los cuidados enfermeros.

"La actividad enfermera no debe estar subordinada a la médica, pero hay muchas enfermeras que les gusta que sea así" (And 1952 Inf. 2).

---

<sup>58</sup> OIT, 1992, pp. 29-33; Pay Equity Comisión, 1991.

<sup>59</sup> Magallón, 1998, p. 47.

<sup>60</sup> Vandana, 1997, p. 34

<sup>61</sup> Firth y West, 1993, pp. 37-41



¿Hasta qué punto las enfermeras gestoras incluyen los *cuidados intangibles* en el dimensionamiento de las plantillas?. “Las mujeres toman decisiones junto a los hombres... solo unas pocas son muy conscientes de cómo los efectos del orden de género de nuestra sociedad están entremezclados en esas decisiones, de modo que no siempre son fáciles de descubrir”.<sup>62</sup>

Es en las UCI y en las unidades de reanimación postquirúrgica donde las enfermeras, a partir de investigaciones propias<sup>63</sup>, han mostrado mayor decisión para manejar con eficacia problemas como el dolor, llegando a un consenso con los médicos. Según la observación enfermera continuada, ajustan la dosis de analgésicos y sedantes previamente pautada, a las necesidades de los enfermos. De acuerdo con Kirten Stallkecht, (en 1999, presidenta del CIE en la celebración de los 100 años): “El éxito de las enfermeras radica en su capacidad para combinar la alta tecnología con el trato humano, también en la formación e investigación, la solidaridad”.

En este sentido resultan significativas dos reflexiones finales de directores de la OMS sobre la profesión de Enfermería a las que ya hemos aludido con anterioridad (C.IV) En 1987 Mahler afirmaba que: “La enfermería tiene la responsabilidad de guiar el cambio de salud para todos, por lo que debe considerar los problemas que tiene delante, y debe identificar las estrategias y acciones que harían falta para ejercitar su pleno potencial profesional”. Y en 1999 la doctora Brundtland en el centenario del CIE estimuló a la investigación enfermera con estas palabras: “Nigthingale echó por tierra dogmas anteriores, se dio cuenta de que la falta de higiene producía más muertes que las balas. Fue la primera en emplear el “gráfico de sectores”. Las enfermeras actúan sobre la base de pruebas, influyen de manera especial en los cuidados a enfermos de VIH/SIDA y a sus familias, la maternidad segura, programas de inmunización, aconsejando a la personas en situaciones penosas, en las escuelas y en los programas del CINDI (no transmisibles)”.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Wilkinson y Kitzinger, 1996, p. 39

<sup>63</sup> Mayordomo, 1999, p.16; Pallarés y Cónsola, 2000, p.99; Calvete, García, Uriel, Fernández y Medín, 2000, pp.10-16; Matheu et al. 1997, pp. 63-68; Chaboyer, Patterson, 2001, pp. 73-79; Peinado y Ortega Trigo, 1999, pp.17-20

<sup>64</sup> Brundtland, 1999, pp.26-7

## 2.6. Género explícito

Los entrevistados y entrevistadas fueron cuestionados acerca de su experiencia desde el punto de vista de la diferencia sexual y del porqué del género en la construcción de su profesión. Concretamente se les preguntó si creían que las relaciones profesionales dentro del equipo sanitario estaban influidas por el género. Las palabras de Mazarrasa, una de la informantes, recogen muy bien el marco de análisis de este punto: “En la enfermería se reflejan muy bien las desigualdades entre hombres y mujeres, es un campo de experimentación magnífico, se da como en un libro abierto. Ese análisis te da la fuerza de saber dónde estás situada y de manejar las relaciones de poder, y si no haces ese análisis, te quemas”<sup>65</sup>. Y también las de Creus, cuando responde a la pregunta de si las relaciones entre profesionales están influidas por el género: “clarísimamente, mas claro que el agua, esta claro, el médico es hombre, siendo en este momento ya una falsedad pues me parece que mas o menos están al 50% en muchos casos, pero la imagen social es *el hombre es médico y la mujer enfermera*, eso esta clarísimo, clarísimo”<sup>66</sup>.

¿Cómo lo explicaron los enfermeros?. De forma ambivalente, en tiempo pasado y en presente

“He sentido la discriminación de la mujer, “¿Cómo tu hombre vas a hablar de estos temas, si ni lo sientes, ni lo comprendes?. Para ser enfermera hay que ser mujer”. Yo he tenido el insulto por ambas partes por los hombres y por las mujeres enfermeras, por llamarme enfermero. *Ni contigo ni sin ti tienen mis penas remedio*. Si te digo que soy enfermero me atacas y si no, también. Te producen crisis. Es peyorativo llamarte enfermero, ese es el camillero. El hombre no puede llamarse enfermero, es más que enfermero, es practicante o ATS. La enfermera era otra cosa. Esos mundos encontrados los he vivido”. (M 1953 Inf.5)

“Ha influido positivamente reproduce el esquema de mujer y de enfermera. El cambio social ha sido importante para todos, tanto para mujeres como para hombres. El hombre ha ido influyendo positivamente en algunos aspectos; en otros ha ido reproduciendo roles de hombre y de sometimiento de las propias compañeras. En mesas redondas nos hemos sentado todos hombres entre enfermeras. ¿Es que no hay enfermeras que sepan hablar entre directivos, todos hombres?, ¿Qué explicación le damos a esto?. ¿Porque tenemos más disponibilidad? ¿Porque nos gusta más jugar este rol? ¿Por qué tenemos más acceso?. Lo cierto es que reproducimos el esquema clásico del hombre y la mujer a lo largo de la historia, vamos viendo enfermeras directivas con capacidad de transmitir”. (M 1953 Inf.5)

“El género influye en las relaciones humanas, en la enfermería, fuera de la enfermería y en todos los lados, no se da la misma relación enfermera-enfermero, enfermera-médico, enfermero-médica, todas las posibles combinaciones, hace quince años como en la actualidad, no se puede hablar de un único modelo. Por supuesto que las relaciones de género en los antiguos determinaban la oferta de servicios, pero no me parece que en la actualidad eso esté ocurriendo. Los roles ya no están tan perfectamente delimitados, porque las distribuciones de profesión y sexo han variado, todo eso lleva a una variedad de matices. Ahora lo que domina es la crisis, las relaciones de género de tipo tradicional aunque dominen, están en crisis. ¿Qué va a ocurrir cuando todos estos residentes que incumplen los

<sup>65</sup> Mazarrasa. Relato de vida. Septiembre de 2005

<sup>66</sup> Creus. Relato de vida. Noviembre de 2005

patrones tradicionales lleguen a la toma de decisiones y tengan la estructura de poder? Estoy convencido que no será lo mismo; para mí lo que domina es el momento de crisis". (And 1956 Inf.7)

"Eso está muy revolucionado, casi todas las mujeres que crean conflictos son mujeres doctoras. No sé si patriarcal, yo creo que es un cuestión del poder, de mando, de la subordinación, si tu lo lees como patriarcal seguramente será, hay muchas mujeres médicas que están creando problemas con las enfermeras, y con la autoridad". (Ara 1952 Inf.8)

"Depende de las generaciones. He visto que los jóvenes, en el PAC (Punto de Atención Continuada) hay médicas y médicos de 30 y tantos y la relación es muy buena, se trabaja bien, no estas de secretario, cada uno hace lo suyo y sacas adelante las cosas. Con generaciones más mayores lo veo todavía muy jerarquizado, todavía tienen el concepto de que la enfermera no solo no es independiente sino que además es inferior y por lo tanto, le puede mandar y hacer lo que quiera con ella. Por mi experiencia es igual para chicas y chicos. Lo que sucede es que los chicos enfermeros acaban estando en medicina laboral, empresas, en trabajos más independientes, menos vigilados. En el hospital he coincidido con pocos enfermeros. A mi me tratan igual que a mis compañeras". (Ara 1979 Inf. 11)

Con diez años de diferencia 1984 y 1994, diez enfermeros noruegos fueron entrevistados para explorar las motivaciones por las que habían elegido estudiar enfermería. Asociaron la profesión al deseo de ayuda y a la expresión de valores feministas. Las madres aprobaron la elección mientras que los padres la desaprobaron. Encontraron dificultades de integración por parte de sus colegas enfermeras que les presionaban para adoptar roles masculinos como Administración de Servicios, profesores. Tras diez años de profesión todos manifestaron que volverían a elegirla<sup>67</sup>. Deberíamos estudiar las actitudes en los jóvenes enfermeros españoles, en nuestro breve estudio no podemos extraer conclusiones, si bien, las actitudes de nuestro informante joven apuntan en este sentido.

¿Cómo lo explican las enfermeras? Los cargos directivos son ocupados mayoritariamente por hombres debido a las responsabilidades familiares. Los médicos hombres siguen siendo "Dios" en el ámbito hospitalario.

"Habría que matizar, ya que la mayoría de los puestos de responsabilidad de gestión de la Atención Primaria, no es casual que o son hombres o, son mujeres que no son madres de familia. Parece que el rol familiar influye en el rol profesional. También ocurre en parte con hombres que tienen a cargo sus hijos. Es decir, que hacen de padres y madres". (And 1951 Inf.1)

"Por supuestísimo que sí, lo he escrito y analizado. Está cambiando porque la sociedad ha cambiado, la medicina se ha feminizado. Las enfermeras éramos las amas de casa. Era clarísimo lo del marido y la mujer, llevábamos los mismos roles de casa al trabajo (M 1951 Inf.3).

"En el hospital está el médico que es Dios, luego estás tú, luego la auxiliar más abajo y celador ni aparece en el mapa. En el quirófano es abismal, solo estuve en prácticas, pero con lo que ví, ya tuve bastante, no me gustaría trabajar allí, por la jerarquía, médico, enfermera, auxiliar. Hay pacientes que al enfermero le tratan como si fuera un grado más, como si fuera un médico, porque está estipulado que la mujer tiene que estar un poco por debajo. Las médicas también se quejan. Solo estuve de tu a

<sup>67</sup> Soerlie, Talseth & Norberg, 1997, pp.113-118

tu en Maternidad en el Servet, cada uno tiene su labor en coordinación y también en Atención Primaria". (Ara 1979 Inf.9)

Las diferencias de género claro que existen como en cualquier otro sitio, aquí cuando entramos y nos ponemos la bata blanca, no nos quitamos de la cabeza todo el lastre de educación, de prejuicios siguen dentro. El hecho de que sea mujer a que hubiera sido hombre, seguramente habría cambiado mi vida profesional, seguro". (Ara 1962 Inf.12)

"Sí, si. No me considero un estereotipo de mujer pero las mujeres somos algo obsesivas. La única médica siempre tiene tiempo para escucharnos, es menos dinámica, te saca más tarde los tratamientos, porque anda más ocupada". (Ara 1962 Inf.13)

El discurso expresa la ambivalencia vivida desde la posición de las mujeres médicas, que a su vez tiende a ser ambivalente con el poder según adopten el modelo patriarcal jerárquico de poder, o el modelo horizontal y femenino de autoridad. Colocarse en uno u otro modelo requiere no solo una elección personal, sino un contexto favorable.

"Probablemente el señor doctor, es más señor doctor, aunque la señora doctora a veces también es muy señora doctora. Si tienes más afinidad con un compañero, me da igual que seas del mismo estamento que no. A lo mejor si la compañera es médica, puedes tener más afinidad y luego esto se traslada a lo que es nuestra relación profesional. No lo sé. No he tenido nunca ningún problema ni con las pediatras titulares, ni con las sustitutas. *¿Hay relación de subordinación?* No, en absoluto. A mí jamás me dicen: oye ¡tráeme las gasas! Ni loca, ni loca. Es más, dicen: Oye *¿tienes unas gasas?* *¿Dónde las tienes?* *¿Allí en la vitrina?* No vas a coger las gasas, no sé". (Ara 1962 Inf.12)

"Sí, puede existir entre médico - enfermera mas que entre médica - enfermera. Quizás más que el género influye la edad, con los jóvenes es una relación de coordinación: tú eres enfermera y yo soy médico pero al mismo nivel". (Ara 1979 Inf.9)

"¿Puede estar bien, que las médicas tengan ideas de cómo hacer cosas? Sí, siempre que tengan ideas, que no den órdenes, les ha costado mucho trabajo; mucho más trabajo que a un chico de su misma promoción; luego con la enfermera y no sé si llega un poco crispada, también me voy a tener que poner mi papel en juego delante de esta señora que es una enfermera y vice-versa. Las enfermeras también las miramos a ellas con un recelo con el que no miramos a los médicos, porque a lo mejor a los médicos los podemos camelar con otras artes como, no sé, con simpatía, no sé cómo decirte". (M 1937 Inf.17)

"Para mí que las médicas han tenido que sufrir mucho para ganarse también su papel. Todavía queda mucho camino por recorrer a la médica, frente al médico, creo que sí, que hay cierta competitividad, hasta en el orden de los armarios en el control. He visto allí muchas cosas que con los chicos no se veían, de meterse mucho más en el manejo doméstico de una planta *¿sabes?* desde que hay este aumento. También he visto muy buenas". (M 1937 Inf.17)

### Aparece el modelo de socialización femenino y profesional

"Los chicos siempre han tenido una visión de su trabajo diferente a la de las chicas. Su concepción nunca ha sido tan "servil" como ha podido ser la de la enfermera mujer. Y probablemente, incluso a ellos, los han tratado de forma diferente. De hecho, no oírás de un enfermero decir: "el chico". Incluso en el lenguaje, eso podría ser diferente. (Ara 1962 Inf.12)

### Y en el uso del lenguaje expresan diferencias según lo usen mujeres u hombres

Cuando las pediatras se refieren a mí, le dicen a un paciente: espere un momento, que la enfermera le atenderá cuando pueda. (Ara 1962 Inf.12)

Las enfermeras expresan el condicionante del tiempo asignado a las labores domésticas, asociado al rol tradicional de género y constituyente del trabajo cuidador de enfermería.

“Igual, sí también influye y se nota a nivel de trabajar; yo por ejemplo, actualmente, soltera no tengo ninguna responsabilidad por así decirlo de niños ni de nada, pero en el centro de salud, en cuanto empiezan a entrar los niños en acción, lo estamos viendo ahora con las médicas sustitutas: *hoy no puedo, mañana no puedo, es que hay que dejar los niños en el colegio, es que ahora como me voy a hacer cargo de los dos*. En la pareja la que se hace cargo sigue siendo la mujer, pura y duramente de la base principal de la casa, aunque puede ayudar el marido”. (Ara 1979 Inf.10)

“Como lo que hacían las mujeres no tenía valor económico de mercado, valor económico enorme, porque si lo tenían que pagar costaba mucho. La mujer contribuía al presupuesto familiar para evitar el gasto, pero no contribuía con dinero, no se hacía visible. En la historia, los matrimonios son muy expresivos de esto: cuando la mujer tenía dinero se buscaba protección de autoridades para que el marido no pudiera actuar contra (o influir en) la voluntad de la mujer, debía de tener grandes bienes económicos”. (Cat 1924 Inf.19)

El discurso de los enfermeros y enfermeras explicita también otros componentes negativos relacionados con la interiorización del rol que se ha internalizado como mandato de género como la auto-imposición, el miedo o las renunciaciones.

“La que te impones el cuidado, eres tú la que empiezas a renunciar a cosas, ahora una media jornada, un tercio, ahora me quito tal, ahora me quito cual;,, empiezas a renunciar a muchas cosas, entonces yo creo que hay cosas que nos da miedo abarcar”. (Ara 1979 Inf.10)

La percepción de género por parte de los hombres directivos infravalora el trabajo de las mujeres enfermeras

“Había hecho un informe de plantillas, de gestión, se lo presenté bien impreso, bien visto, un trabajo tremendo que llevaba y al gerente se le ocurrió decir: *qué quieres que te diga si eres tan guapa* era un señor mayor, no era un problema de echarme los tejos, era mas una relación padre, hija, paternal en este sentido. Yo me sentí, claro, frustradísima y luego los comentarios típicos, *parece mentira que siendo mujer pues hayas conseguido esto*”. (Cat 1941 Inf.21)

“No confiaron nunca en nosotras y eso que les habíamos dado toda la información y todo el conocimiento, porque no sabían nada. Se lucieron con nosotras. Lo que pasa es que éramos *más ingenuas que un cubo* y todavía no sabíamos bien negociar esas cosas. El Primer libro de objetivos docentes en la universidad, que tenía los objetivos, los contenidos, la bibliografía y el sistema de evaluación. Ellos nos apoyaban, pero bien que se lucían a partir de eso, se daban medallas”. (M 1948 Inf.15)

En los siguientes párrafos puede observarse el discurso que muestra la percepción y reflexión de los profesionales de enfermería sobre cómo está influyendo el cambio cultural y social de roles profesionales construidos por el género. Por ejemplo la conciencia de crisis en cuanto a cambios sin formación profesional adecuada. Una crisis que parece afrontarse con los recursos de la intuición personal y de *actitudes* determinadas atravesadas por los valores de relaciones de género, más o menos tradicionales.

“Cuando se creó la Consejería de Sanidad se discutió que el Jefe de Enfermería debía ser un gestor capacitado, no queríamos perder la raíz, no permitimos que otras personas ajenas ocupasen este puesto. Cuando se trata de definir unos puestos con un cierto poder, siempre sale el problema”. (Cat 1924 Inf.19)”

“En la última etapa de mi actividad profesional, he vivido un aumento considerable del número de médicas en el hospital, también he vivido del aumento de enfermeros, pero ha sido menos notorio. Se ha empezado a notar las diferencias en la relación; a las supervisoras, los jefes de servicio las consideraban muchísimo y las saludaban y las tenían como los pilares. Ahora que ya hay más médicas ocupando posiciones de jefes de servicio, o de gerentes, hay más conflictos ¿sabes?. Al médico masculino, parece que no le importara; era como el ama de casa, era como jugar a las casitas: el que llevara bien la planta, el que las camas estuvieran hechas a la hora de la visita o el que se pusieran de acuerdo para ver a qué hora se hacen las visitas, para que les de tiempo a tener a los pacientes aseados y todo eso, que también se ha hecho así, que sea la supervisora la que consiga que el jefe de servicio diga: *Bueno, pues de acuerdo, tendremos primero la reunión de no sé qué y luego, vamos a pasar*”. (M 1937 Inf.17)

“Cuando llegaban los MIREs los acogíamos como *mis niños*; es un comportamiento que las supervisoras han llevado muchos años. Y sin embargo, las médicas cuando llegan a lo mejor no las recibimos como a ellos, o queremos que sean nuestras niñas pero ellas no están dispuestas a serlo. No lo sé muy bien”. (M 1937 Inf.17)

“¿Hay roles maternos?, a partir del momento en que mueves el rol tradicional, pues pierdes los referentes. Y esto está complicando o enriqueciendo, según cómo lo mires, claro. ¿Y con los enfermeros? Hay dos clases de enfermeros y yo creo que depende de la escuela de la que procedan: hay enfermeros que son tan enfermeras como cualquiera y que encajan de maravilla desde un principio y esto va aumentando. Y luego hay otros que todavía no que no se identifican, lo he visto más en los directores, subdirectores, supervisores. En mi experiencia, salvo excepciones, he visto a más enfermeros que llega a una posición a las comisiones de dirección, puede que sea el género, claro, porque lo mismo que pasa en la planta al nivel médico-enfermera o médica-enfermera, pasa en las comisiones a nivel director-supervisora y directivo: director-subdirector, que está también el género allí influyendo y entonces, quieren hacerse más”. (M 1937 Inf.17)

Finalmente los estereotipos están presentes en toda la sociedad y no solo en el ámbito laboral.

“Me casé y estuve dos años sin trabajar, durante los que hice el curso de empresa; luego me puse a trabajar en una mancomunidad de empresas, con gran oposición familiar, sobre todo por parte de la familia de mi marido, que lo encontraba tremendamente insultante, como si mi marido no me pudiera mantener o algo de este estilo. Mi marido estaba encantado, le parecía fantástico”. (M 1938 Inf. 18)

## 2.7. Poder explícito

El poder y la enfermería es una asociación conceptual que se ha explorado recientemente por las enfermeras. Gastaldo acuñó la expresión de “Anorexia de poder” asociada a las enfermeras y ha tenido éxito, al menos en el contexto español, de forma que ha pasado a ser un tema tenido en cuenta por las y los investigadores. En el capítulo segundo diferenciamos poder y autoridad. Autoridad tomada desde la epistemología del feminismo en la que se reconoce a la otra persona su capacidad específica. Es el darnos autoridad mutuamente, basada en la

experiencia que tenemos acumulada, así como apoyar las decisiones basadas en el consenso<sup>68</sup>.

La autoridad de la diferencia sexual que Riboli ha expresado como el valor positivo de las enfermeras en cuanto a la sabiduría para la relación: “la autoridad-autonomía que las enfermeras se reconocen a sí mismas y ponen en juego”. Cuando la enfermera toma conciencia de su papel “Inevitablemente los conflictos se abren, son tristes las pacificaciones que cuajan alrededor de la imagen más cómoda y tranquilizadora de la enfermera buena madre, el ángel del servicio...”<sup>69</sup>. Clara Valverde, con larga experiencia profesional en Canadá reflexiona sobre el valor terapéutico de la escucha activa: “La narrativa del paciente da información sobre la complejidad y la individualidad del que estamos tratando”. “Cuando el profesional es testigo del caos en la narrativa del paciente, está ante el material más útil”<sup>70</sup>

Esta ambivalencia entre reconocer la autoridad y autonomía enfermeras, en contraste con la subordinación y dependencia asociadas al sistema sanitario altamente medicalizado está presente en los testimonios de nuestros informantes. No aparecen en cambio, las actitudes acomodaticias, la subalternidad que, paradójicamente, continúan siendo bien consideradas por parte ciertos sectores profesionales, como el estudio ya comentado de Krief en el que una cuarta parte del colectivo profesional se identifica con la visión tradicional de enfermera auxiliar y con espíritu de sacrificio<sup>71</sup>.

Continuamente va a aparecer esa dicotomía entre la falta de interés por el poder y la capacidad de la relación y la ética de la responsabilidad

“Hay diferencias significativas en cómo abordamos las cosas mujeres y hombres. La mujer se relaciona con los otros de forma diferente. Está más que en la ética del derecho, en la ética de la responsabilidad”. (M 1953 Inf.5)

“A muchas de nosotras, lo que nos gusta también es el contacto directo con las personas a las que atendemos. Yo creo que es muy cómodo, como el feed-back lo recibes de inmediato, pues es que es un trabajo muy bonito, muy satisfactorio”. (M 1937 Inf.17)

---

<sup>68</sup> Mazarrasa, 2001, p. 92

<sup>69</sup> Riboli, 2004, pp. 85-98

<sup>70</sup> Valverde, 2005, pp. 1-3. Interesante es su experiencia con los indios cri del norte de Québec *En tránsito de sueño en sueño*. Barcelona: El Cobre, 2005. (2ª ed.)

<sup>71</sup> Krief, 1998, pp. 201

“Lo ven como algo ajeno. No resulta atractivo. El poder es algo que pertenece a otros no a nosotros es la frase con la que me quedaría”. (And 1956 Inf.7)

La falta de interés por el poder aprendida asociada a los procesos de socialización profesional estrechamente asociados al género, en el que el poder conceptual es de la medicina y lo ejercen los médicos; mientras que la enfermería no es reconocida como disciplina y las enfermeras son las eternas subordinadas en la realidad o en el simbólico colectivo.

“Iba a una consulta y me decían: “lo primero que tienes que hacer tener la boquica cerrada poco menos que el cigarro y el café y, la bata para cuando entre”. Esta fue una de las cosas que me sorprendió mucho, me dejó sorprendida. No me enseñaban qué tenía que hacer, pero sí me enseñaban la subordinación, aprender la subordinación. Luego tenías que enfrentarte individualmente a eso. Esto me ha pasado a mí y a mucha más gente”. (Ara 1962 Inf.13)

“Mi experiencia en puestos de Cruz Roja, institución muy jerárquica, fue que tenía a mi cargo 17 médicos, me presentaban y se me cuadraban, cuando decía que era enfermera se me des-cuadraban. Me llegaron a respetar porque les demostré que sabía, imagínate que no hacían historias clínicas de casos importantes por su gravedad”. (M 1938 Inf.18)

“No! Yo creo que generalmente, no. Creo que no tenemos muchas ambiciones como grupo. El poder, lo vemos mal, nos da vergüenza. *¿Y la autoridad?* También nos da vergüenza y apuro.”. (Ara 1962 Inf.12)

“A las enfermeras no le interesa mucho el poder, en general simplemente por la condición femenina que decíamos antes, o sea, tu ves que las enfermeras están muy orgullosas de su profesión, pocas abandonan la profesión, se sienten reconocidas, por encima de todo les interesa poco o, yo creo, demasiado poco. (Cat 1941 Inf.21)

Existe una realidad operativa, condicionada por el género cual es la organización del trabajo productivo y reproductivo, ocho horas de trabajo, hacer todas las demás cosas de casa.

“Además el hecho de ponerte a defender tus presupuestos en una plaza pública cuesta; se nos ha dicho que no, que eso no vale la pena, que total, mejor que dediques tus esfuerzos a otra cosa, a hacer la comida, a hacer la compra y, claro, la gente está cansada”. (M 1948 Inf.15)

Solo les interesa ejercer su profesión, les interesa su ámbito privado, familiar, que pueden ser los hijos, los padres, pueden ser otros intereses, hay muchísimas enfermeras vinculadas a nivel social, asociacionismo y ONGs.”. (Cat 1941 Inf.21)

Oponerse el poder médico desde estos contextos autoritarios era impensable para quienes lo ostentaban e ingenuo para quienes pretendían cuestionarlo, más aún cuando lo que se pretendía y pretende es un modo de pensamiento enfermero.

“A pesar de que ya teníamos un buen recorrido político, que lo del Colegio de Enfermería fue un recorrido de saber cómo son las cosas del poder y tal, pero en la Complutense dimos con el núcleo gordo, el núcleo central del poder médico, en lo que es la simbología del poder médico que es el conocimiento. La enfermería como grupo profesional todavía tiene poco poder, porque las ciencias médicas tienen el poder del pensamiento y de todo, tiene que hacerse un hueco y todavía le queda mucho”. (M 1948 Inf.15)



Varias experiencias narrativas ilustran luchas de poder entre profesionales médicos y enfermeras.

### Información a las madres sobre Cuidados. (Inf.3)

“Con los médicos no me reconciliado, he tenido muy malas experiencias profesionales. Uno de mis objetivos cuando estaba en la dirección era llevarse bien con los médicos, lo planteaba como objetivo de agenda interna, recuerdo decírselo a las supervisoras: hay que llevarse bien, pactar con ellos. Hay miles de anécdotas y situaciones:

JE: (Jefa enfermera). En el nuevo modelo de gestión se explicitaba que se debe flexibilizar la hora de visitas de las madres y que las enfermeras debían dar información a los pacientes sobre los cuidados que aplicaban. Recuerdo que cuando estábamos en pleno proceso de puesta en marcha, con toda la ilusión, voy a las tres de la tarde a una sala y me encuentro a las enfermeras encerradas en una sala, los bebés llorando y las madres allí. ¿Qué pasa, cómo es que estáis encerradas y las madres ahí?. Me contestan que el jefe les ha prohibido que hablen con las madres. ¿Qué?, digo yo. Me ratifican que el jefe les ha dicho que: “no deben hablar con las madres, ni darles información”.

JE: Al día siguiente me voy a hablar con el jefe de servicio de la UVI. Mire usted, porque yo era muy diplomática, por dentro iba que me comía, pero por fuera muy diplomática. Buenos días, estoy muy interesada en hablar con usted.

JM: (Jefe médico): ¿Qué pasa? Con tono muy seco.

JE: ¿No le importa que pasemos a su despacho?, Porque hasta entonces era en el pasillo, era una forma de despreciarte. Yo siempre he sabido muy bien estas estrategias porque para algo me ha servido la Salud Mental. Tengo bastante interés en hablar con usted y prefiero que sea en el despacho, si no le importa. Mire, ayer me sorprendió esto. No se si usted sabrá que es un acuerdo de las enfermeras.

JM: No, no ya doy yo información a las madres.

JE: ¿De que da usted información?. Yo ya sabía de qué daba información: de las cacas, de los pisces, de lo que había comido; pues es que eso, doctor tal, son cuidados de enfermería. Para usted dar esa información ha tenido que recogerla o bien de las enfermeras, o de lo que escriben las enfermeras. Así que si no le importa, esa información, la van a dar las enfermeras. Porque no sé si usted sabrá que no es una cuestión nuestra, sino que es el INSALUD el que nos obliga. Está escrito en el nuevo modelo de gestión. Ya le pasaré una copia. Se quedó...

JM: ¿Entonces yo de que voy a informar?

JE: Tendrá que informar del diagnóstico, del proceso, de la enfermedad y de los tratamientos. De eso no vamos a informar las enfermeras. Vamos a informar de los cuidados.

JM: Bueno, bueno, bueno, esto es lo que espero (en tono alto)

JE: ¡Con una desfachatez, cuando se quedaba sin argumentos!.

Con la entrada de las madres, continuamente estábamos realizando reuniones con las enfermeras, ya que se creaban conflictos de rechazo. Ahora cuando oyes a los médicos hablar de lo maravilloso que es que las madres estén, ¡es que se me abren las carnes!. ¡Con lo que yo tuve que oír!.

Bueno pues en una de las reuniones con las enfermeras, se acuerda hacer un decálogo en uno póster. Así las madres los podrán seguir: lávense las manos, no traiga comidas... pero todo esto escrito en plan de colaboración. *Estimadas madres, estamos para los cuidados y la mejor atención de su hijo, rogamos que colaboren con nosotros porque los cuidados...* muy afectivo y cariñoso. Pusimos en la firma inferior, las enfermeras. Me entero por la supervisora que el jefe había roto todos los

poster, había escrito él en una cuartilla blanca en plan prohibitivo: “no se permite traer juguetes, no se permite....”. me bajé a hablar con él, que fumaba yo en pipa.

JE: Ya veo que ha hecho usted otro decálogo, pero no se si sabrá lo importante que es cuando se usa una estrategia de marketing, cuando nos dirigimos para solicitar la colaboración de la gente que no se pongan prohibiciones. Ya que sino, se crean resistencias y bueno, ya no sabía que argumentar. Tenía una cara de mala hostia.

JM: No, no porque este decálogo es el que yo voy a poner, porque...

JE: Al final, lo que estábamos discutiendo era la firma, porque ponía “las enfermeras”. Yo no quería entrar por ahí. Sabía que estábamos discutiendo el poder, pero nunca les daba esos argumentos. Siempre los argumentos eran el bienestar de los niños y las madres. Aunque clarísimamente siempre por medio estaba “vosotras no vais a poder más que nosotros” y era lo que se estaba discutiendo continuamente. Nunca entraba al trapo. Veía que cuando miraba la firma de las enfermeras se le revolvió hasta el alma. Veía que con el dedo apuntaba a la firma. Yo, que, si el INSALUD y los psicólogos.

JM: Es que yo en eso de la psicología no creo.

JE: Yo seguía argumentando, la psicología no es un acto de fe, es una investigación, no es problema de creencias, es un asunto que es así porque está estudiado, está investigado.

JM: Bueno, bueno, bueno, ella siempre con sus cosas.

Otro suceso fue con el gerente, un tío muy listo puesto por el PSOE, que sale ahora por la tele. Mi hospital estaba de capa caída, no había ingresos, por tanto no había niños, ni nada. Tuvo muy claro que había que relanzar el hospital. Da unos golpes de efecto con los médicos: relanza las especialidades, manda un médico a Barcelona y en dos meses se hace especialista de adolescentes, otros en otras cosas, contrata gente y pone al hospital, desde el punto de vista médico, en órbita. Y también le interesa el tema de las enfermeras, en tanto en cuanto podemos dar brillo y esplendor a su gestión. Le interesa el proceso, que tenemos que hacer historia de enfermería. Un día voy a su despacho le explico todo. “Mire Dr. esto es el método científico”. Noto que le importa poco, pero si que le puede dar brillo.

Me manda a dos congresos médicos para que explique lo que estaban haciendo las enfermeras porque contribuye a su rollo. Yo me doy cuenta de esto y pienso: igual que tú nos utilizas, nosotras también vamos a utilizar la situación. Le digo que hay que poner en marcha el Proceso de Enfermería ya que además el INSALUD lo manda y que hay que hacer una hoja de Valoración. En una reunión de jefes de servicios hay que aprobarlo. Unos cuantos que hay del empiezan a decir que, quién somos nosotras para decir esto. Menos mal que una de las mujeres médico de la reunión se los come: que sí hombre sí, que las mujeres ya estamos haciendo planificación familiar. El caso es que en esta reunión de jefes de servicio, en la que yo les había dado un documento, les explico: bueno ahora vamos a pasar a los diagnósticos de enfermería, estoy hablando del año 83. Total que el apartado éste no lo había fotocopiado, dicen que esa parte no la tienen. Acabada la reunión, voy a ver qué ha pasado y el gerente me dice que eso no le parecía oportuno. Le digo, oiga pero, eso me lo dice Vd. a mí, antes.

Otro suceso muy gordo fue con el catedrático nombrado. Cada médico había campado a sus anchas y envían a un catedrático para meterlos en vereda. Están todos de uñas en contra del catedrático. El hace un proyecto que está muy de acuerdo con nuestra línea: hospitalizar a los niños por edades y no por patologías. Cosa que nosotros defendemos por muchas razones; primero por los niños, segundo por los niveles de dependencia y tercero porque se rompe el rollo de las patologías, de los chiringuitos médicos. Nosotras vemos ahí una oportunidad para reforzar la identidad de los cuidados enfermeros. Lo lanza, se ponen en contra porque es quitarles poder “el chiringuito de endocrinología” y nosotras entramos a saco a defenderlo. Todos los jefes han hecho un escrito en contra del proyecto. En una de las reuniones, el jefe está a favor del tema. En la reunión con el catedrático, los jefes de servicio están callados. ¿Vds. están de acuerdo?. Si, Si (con voz baja). Yo, ingenuamente hombre, pues me congratula saberlo, porque la información que tengo es que Vds están en contra y que habían dicho que iba a ser un desastre para las enfermeras, bla, bla..., perdí todos los papeles, bueno, bueno la que lié.

La experiencia con los médicos siempre ha sido muy mala. No se si los médicos de mi hospital han tenido una historia muy peculiar. En Atención Primaria me llevo muy bien. Me ha pillado en otra época de mi vida, me derivan pacientes, discuto con ellos, a veces sé más que ellos. Tengo un absoluto respeto, admiración, cariño. Con mi médico que es muy médico, bueno porque yo no entro a nada ni a la competitividad. Muy médico es el estatus, lo tiene interiorizado, pero conmigo no puede "ser superior" es muy sutil, debajo de todo está lo que está: su formación y mi formación".

Falta por tanto esa cultura de participación en las estructuras de poder, una suma de circunstancias que explican que la enfermería a pesar de ser una profesión universitaria con todos sus flecos, reconocida y remunerada, a pesar de todo, no es que no ocupe cuotas de poder, sino que no le resulte interesante participar en el poder, sino que es cosa de otros. Es el aprendizaje de la subordinación en un contexto autoritario donde el patriarcado se ha desarrollado durante siglos marcando los límites.

"En lo que me ido encontrando en mi trayectoria profesional, la enfermería como colectivo se comporta como si el poder fuera inherente a otros pero nunca a la propia enfermería. Una enfermera que llega a un hospital lo contempla como algo ajeno, una dependencia administrativa en la que puede trabajar y desempeñar su trabajo. La enorme medicalización que tiene nuestro sistema de salud hace que las enfermeras tampoco hayan tenido oportunidades". (And 1956 Inf.7)

"El médico avanza, llega a un tope y de ahí no pasa, pues claro, dar el paso, pasar de ahí, es perder poder, cede, cede, cede, hasta un punto, es lo mismo que pasa en el hombre y la mujer *hasta aquí sí, pero de aquí para adelante ya no.*" (And 1945 Inf.14)

"Reproducen el rol del ama de casa, el patrón se repite por las enfermeras. Creo que el poder lo entendemos más para el uso de los recursos, pero no para que cambie la práctica (tiempo, espacio). Necesitamos imponernos para la gestión no para el usuario. Interesa para salir de la opresión". (M 1953 Inf.5)

Las generaciones marcan diferencias siendo mas favorable para lo más jóvenes que muestran menor tensión porque existe una menor subordinación de la profesión, aunque sigue presente la diferencia de género. Y también una menor anorexia de poder que las generaciones anteriores.

"Entre las personas que yo he tenido mas cerca, no percibí que tuvieran una ambición de ser parlamentarias o algo así, sino realmente que les dejasen hacer llegar su voz a los puestos de poder. Cada generación tiene sus objetivos yo soy de la generación que ya nos costaba mucho llegar al primer escalón, mi generación se quedó en que el nivel máximo de poder era el Consejo General de Enfermería. No estaba de moda expresar tanto las opiniones, después, nunca supe lo que votaban unas y otras". (Cat 1924 Inf.19)

"Estamos a la expectativa, esperando que alguien haga algo. No sé si es por dejadez, no sé si porque no nos creemos el poder que podemos llegar a tener, o la influencia que puedes llegar a tener tanto en Hospital como en Primaria. Las enfermeras no entienden el poder, creo que están como pasmarotes, no tienen decisión ni voto, ni les interesa. Los médicos sí, aquí está lo del género". (Ara 1979 Inf.9)

"Yo creo que hay veces que incluso nos lo tendríamos que empezar a creer nosotras mismas del poder que podríamos llegar a tener, y de la influencia que puedes llegar a manifestar. En Primaria el médico puede solucionar momentos puntuales y pueden tener mucha relación con él, pero la que vas a estar viendo cada dos meses de manera puntual, para el control y la que te va a contar más a lo mejor, va a ser a ti. En Primaria tienes más mano, pero a nivel del hospital está clarísimo que el funcionamiento lo llevas tú". (Ara 1979 Inf.10)

“¿Como capacidad de transformar las cosas?. En ese sentido sí, no digo que el poder no sea útil. Lo que no termino de ver del todo bien es la utilización de poder. Me encantaría que no hubiera tanta manipulación desde los poderes, que cada uno fuera más libre en el trabajo”. (Ara 1979 Inf.11)

“Somos un colectivo que en general nos creemos el papel de la sumisión; menos, mucho menos y cada vez menos, pero seguimos sin terminar de creernos que somos capaces de demostrar que para muchas cosas somos fundamentales. Nos cuesta pensar que tenemos autonomía y que tenemos ese poder que da la profesión y el que la gente te valore. Esto de tener autonomía y poder, también exige más trabajo y más responsabilidad”. (Ara 1962 Inf.12)

Cuidar gratifica, pero dinero, valor y poder son conculcados a las cuidadoras<sup>72</sup>. El tema del poder es objeto de estudio de numerosas autoras, ya que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder<sup>73</sup>. Una de las enfermeras que más ha escrito sobre este tema es Rosa M<sup>a</sup> Alberdi que describe la tendencia que los otros tienen sobre las enfermeras utilizando estrategias de poder al considerar que tienden a ser “manipuladoras”, “estar fuera de lugar” o las acciones que realizan son “escasamente importantes”<sup>74</sup>. A ello, Alberdi añade como limitaciones para ejercer el poder por parte de las enfermeras, la restricción de la comunicación como no disponer de espacios ni tiempos para comunicación profesional. Otro aspecto que señala Alberdi es lo que llama “el juego de la madre y Salomón” al convencer a las enfermeras de que “da igual quien se atribuya la idea, lo que importa es que salga”, lo que hace que su trabajo se convierta en invisible y poco valorado. Es el espíritu de entrega, el olvidarse de si, es el “descuidarse” para cuidar a otros de Lagarde<sup>75</sup>.

Lucía Mazarrasa propone un análisis de género para abordar los cambios organizacionales que permitan promocionar la salud de mujeres y hombres. Se basa en el Grupo de Trabajo Mujeres y Salud de Glasglow cuyos puntos son: A) Analizar los puntos fuertes, los débiles, las oportunidades y amenazas de las instituciones. B) Analizar los intereses, alianzas internas y resistencias de los grupos de la organización, al igual que los apoyos externos. C) Identificación de las fuentes de poder: Posición y autoridad de individuos o grupos; quienes tienen el control de los recursos como la financiación, personal, tecnología u otros; Cuáles son las redes sociales para obtener información, movilizar recursos y brindar soporte el soporte necesario; contar con personas con experiencia gestora; quienes controlar las redes de información entre otras; tener buena reputación, experiencia,

---

<sup>72</sup> Lagarde, 2003, pp. 37-40

<sup>73</sup> Verde y Monroy, 2001, pp. 120-123

<sup>74</sup> Alberdi, 1998, pp. 20-26.

<sup>75</sup> Lagarde, 2003, pp.37-40

inteligencia, autoconfianza y autoestima. C) Identificar la sensibilidad de género de la institución: indica que se aceptan las diferencias de género y se promueve activamente la igualdad de oportunidades y se tienen en cuenta los diferentes puntos de vista de mujeres y hombres. Indica evita la invisibilidad, la insensibilidad y los estereotipos de género<sup>76</sup>.

Es muy clara la asociación entre el modelo de enfermera cuidadora “doméstica” y la cuota de poder correspondiente, es decir, dentro de las tareas domésticas de la unidad como, por ejemplo, la organización de armarios o la acogida a los médicos jóvenes como “sus hijos”. Las generaciones jóvenes, más profesionalizadas esperan una relación más igualitaria, lo cual nos indica que está cambiando el modelo. No obstante nuestros jóvenes informantes no tienen ambiciones de poder, aunque se preguntan, si quizás deberían tener más conciencia de su capacidad de influencia.

### *2.8. Innovación*

Las enfermeras y enfermeros de nuestro estudio, han propiciado numerosas innovaciones en el sistema sanitario y en el sistema educativo. Inventaron los servicios de higiene hospitalaria, la creación de alojamientos y visitas para los familiares de enfermos de UCI y de unidades pediátricas como es la hospitalización madre/padre hijo/a y gestionaron servicios comunitarios pioneros en salud mental. Han sido determinantes en la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria desde las innovaciones de la gestión intermedia, dirigiendo equipos y favoreciendo el necesario cambio cultural del sistema sanitario orientándolo hacia los cuidados de salud; para ello, han propiciado la Promoción de Salud y la Educación para la Salud y grupal en todas las edades y en todos los ámbitos. Han desarrollado la enfermería científica en el sistema público y en el siempre difícil escenario de la clínica privada. Desde la clásica organización piramidal médica, han propiciado el trabajo en equipo desde una concepción matricial, es decir, más horizontal y democrática. Para racionalizar el tiempo y servicios en Atención Primaria debaten lo que se ha dado en llamar la “prescripción enfermera”, en pleno debate en España y que en

---

<sup>76</sup> Mazarrasa, 2001, pp.88-91

Inglaterra ha comenzado a funcionar como explicó la doctora Goodman recientemente en Granada<sup>77</sup>.

Se trata de que determinadas prestaciones y algún medicamento que los enfermos pueden comprar sin receta médica, se puedan prescribir por las enfermeras en el Sistema Público Sanitario. Por ejemplo, pañales, grúas para movilidad de encamados, sillas, realización de talleres de apoyo a los cuidadores familiares y otros servicios de apoyo a los dependientes, una de las poblaciones de mayor atención enfermera. Las evaluaciones de las primeras experiencias de prescripción, realizadas por las enfermeras de enlace, han sido muy positivas<sup>78</sup>.

Desde el punto de vista del progreso del saber científico y/o académico de estos profesionales de la enfermería observamos que han conocido y experimentado los sistemas sanitarios europeos y americanos del norte, trabajando en diversos países. Dirigen Organizaciones no Gubernamentales Humanitarias y han creado Fundaciones con los objetivos de la Investigación y Divulgación de Cuidado de Salud. Han estado y de nuevo están implicadas e implicados en la política profesional dirigiendo colegios profesionales. Han sido pioneras en la metodología docente basada en el aprendizaje y fueron coautoras de las primeras publicaciones que se realizaron en la Universidad Española (“Programas y Objetivos Docentes de Enfermería en la Universidad Complutense de Madrid, 1982”). Entre nuestra informantes tenemos doctores y doctorandos, licenciadas y especialistas, investigadoras “sin sexenios” y, sobre todo, personas comprometidas profesional y socialmente. Han obtenido premios y menciones en diversas ocasiones. Algunas innovaciones han ido apareciendo en los discursos anteriores, veamos a continuación algunos relatos breves de las mismas.

### *2.8.1. Innovaciones en el ámbito hospitalario*

Crear o acondicionar espacio físicos para los familiares hasta favorecer la relación entre familiares y enfermos hospitalizados:

“Las enfermeras solicitamos una sala cerca de la UCI con unos sillones cómodos para los familiares. Que la sala de espera tuviera una ducha, fue innovador entonces. Hoy cuando voy al

---

<sup>77</sup> Goodman, 2006, [www.faecap.com/archivo](http://www.faecap.com/archivo)

<sup>78</sup> Jódar, Cadena, Parellada y Martínez, 2005, pp. 558-62.

hospital y la sala de los familiares está fuera del hospital lo encuentro raro. Ciertamente que los familiares no hacían nada, pero en cualquier momento podían estar cerca, si tenían un impacto muy fuerte por un accidente de un hijo o hija, se acercaban por allí para ver las noticias, el hecho de tener un sitio era reconocido". (And 1951 Inf.1)

"A pacientes que estaban un poco despiertos pedimos que pudiera entrar un familiar. En aquella época que no se entraba para nada. Esto fue cosa de las enfermeras, generalmente si era un hijo o una hija, la madre". (And 1951 Inf.1)

"Recuerdo que fuimos las enfermeras las que planteamos la necesidad de que se informara en cada turno a los familiares de los cuidados básicos. También pedimos la entrada de las madres y los carteles para facilitar la convivencia en el hospital". (M 1952 Inf.3)

La preocupación por la disminución del dolor de los enfermos como una expresión del concepto de cuidado de la nueva enfermería.

"En la analgesia teníamos cierto papel porque se pautaba *si dolor*, caso del nolotil e incluso la morfina. Teníamos nuestras sesiones, que entonces no se llamaban así, pero nos reuníamos entre todos y comentábamos las cosas de los pacientes. Siempre dejaban apuntado este tema, en el mismo sentido comentado de las secreciones, *si precisa*". (And 1951 Inf.1)

"En la UCI y en aquella época comenzamos a trabajar con el concepto de Cuidados. Me río mucho ahora cuando hoy escucho, que está muy de moda por aquí, que se va a hacer una cosa nueva y que se va a empezar a aplicar el método científico y que se va a empezar a hacer valoraciones. Nosotros ya nos planteábamos estas cosas. Recuerdo y conservo la documentación de aquellos cursos". (And 1951 Inf.1)

También se han constatado innovaciones en la organización del trabajo, que afecta a todo el sistema sanitario:

"En la comisión de residuos se planteaba la culpabilidad de la enfermera cuando no se podía usar una cama de inmediato. Se les demostraba que desde la hora que se iba el enfermo hasta la hora que se ha limpiado y se ha puesto la cama disponible han pasado seis horas. Se les demostró que no hay que cargar tanto el turno de limpiadoras por la mañana y dejar media jornada de tarde. Pero eso choca con otros intereses que son salariales, económicos, de turnicidad, que llevan los sindicatos. Al final depende mucho de las personas. Hay que hablar y demostrar las cosas aunque nos les guste oírlos". (Ara 1952 Inf.4)

"La generalización de las unidades de Medicina Preventiva, se debe a las enfermeras. Parece una presunción por parte nuestra, enfermeras, decirlo. Teníamos una supervisora de higiene que se preocupaba de velar por que no hubiera cosas caducadas; luego el INSALUD creó la figura de la supervisora de higiene, porque no existía. Yo creo que esos fueron aspectos muy importantes que hicieron las enfermeras en los hospitales". (M 1937 Inf.17).

Se realizaron estudios de cargas de trabajo, uso de escalas, registros y relaciones con los enfermos y los familiares, en un contexto de sobrecarga laboral que se había heredado de los setenta. Fueron aplicaciones del desarrollo profesional de la nueva enfermería que concebía el cuidado como atención integral.

"Empezamos a ver las cargas de trabajo y los tiempos, ya que queríamos ver cuál era nuestro cometido porque empezábamos con el proceso de enfermería, el famoso PAE. Había un liderazgo por parte de la supervisora y un par de líderes naturales". (And 1953 Inf.2)

"Hicimos un estudio de cargas de trabajo ya que hay cosas de las que no llegas a enterarte porque no te da tiempo. Si no llaman o tienes alguna medicación que ponerle, puede que no entres a ver al paciente, porque no nos da tiempo. Los pacientes te lo dicen: *Ahora que no llevo goteros no me vienes a ver*, esta frase resume muy bien a lo que está llegando la enfermería. Ir corriendo todo el día por el pasillo, cambiando sueros, y resolviendo cosas urgentes". (Ara 1962 Inf.13)

“Cambiamos el libro de la medicación por la hoja de tratamiento. Costó un tiempo elaborar una hoja de tratamiento para la medicación en la que el médico firmara y cada paciente tuviera individualizadamente los cambios en la medicación. Esto nos agilizaba el trabajo”. (M 1953 Inf.5)

“Estando en la clínica introdujimos un registro con escalas para valorar los pacientes y el alta de enfermería, de pacientes encamados; salieron de las enfermeras y finalmente fueron apoyadas por la dirección. Permiten una atención integral”. (Ara 1979 Inf.9)

“Pusimos en marcha protocolos de actuación y de registro de lo que las enfermeras hacían. Yo creo que eso fue el gran avance. Empezamos a trabajar sobre la Historia de la Enfermería, sobre la derivación y coordinación de servicios en el hospital”. (M 1938 Inf.18)

“Las innovaciones que sobre todo recuerdo son innovaciones ligadas a las tecnologías, me he peleado por tener cepillos quirúrgicos estériles y desechables. Por el cambio de uniforme para la enfermería, las faldas y el delantal eran incomodísimo para trabajar. Por la introducción de la informática en la gestión”. (Ara 1952 Inf.16)

“En mi primera época como enfermera pediátrica hicimos cambios en la forma de atender, en la forma de escribir, en la forma de resumir y en la forma de darnos las guardias”. (And 1945 Inf. 14)

Se introdujo la formación continuada para la personas de nueva incorporación y, posteriormente y de forma paulatina, para la actualización de los profesionales.

“Se introdujo la formación continuada del personal como una parte esencial del departamento y los programas de orientación fueron un éxito total, en toda España. Esos tres días de programas de orientación, les contabas lo más importante de las cosas, con el plano del hospital les enseñabas servicios y les presentabas. La gente se incorporaba encantada”. (M 1937 Inf.17).

“En el Ramón y Cajal desde la formación continuada, me busqué a un grupo de supervisoras y supervisores de los diferentes servicios y montamos el proceso de atención de enfermería. Establecí como criterio que fueran enfermeras las que dieran las clases. Si no había dinero para pagarlas, pactábamos tiempo libre. Fue la primera vez que se hizo una memoria por escrito anual, con toda la gente que había participado, todos los cursos todos los programas y el dinero invertido. Posteriormente aceptamos alumnas y alumnos de enfermería de las escuelas con programas por objetivos”. (M 1948 Inf.15)

### *2.8.2. Innovaciones en el ámbito de la Atención Primaria de Salud*

Dos características se dan en los servicios sanitarios a finales de los setenta: por un lado, la necesidad del cambio hacia una atención más preventiva que nace desde la propia experiencia profesional de las enfermeras de UCI, servicios de mayor gravedad de los enfermos; y por otro, las tendencias internacionales y las propuestas de Almagro de 1978 de reorientación de los servicios sanitarios hacia una Atención Primaria.

“Trabajar en la UCI estaba muy bien, pero tenía que haber alguna manera de contribuir a que la situación de los pacientes que llegaban a la UCI se pudieran evitar”. (And 1951 Inf.1)

“Con ocasión de las elecciones del 82, nombraron Consejero de Salud a Pablo Recio y se comenzó a hablar de Atención Primaria. Fui la cuarta persona que empecé a trabajar en los servicios centrales, en Atención Primaria y Promoción de la Salud”. (And 1951 Inf.1)



“La reforma de la Atención Primaria tuvo muchas innovaciones con el inconveniente de que no teníamos ningún referente y tuvimos que inventárnosla. También es cierto que hubo mucha gente que nos creímos las utopías. Me siento satisfecho de haber vivido esa etapa, porque me parece un privilegio pero, lógicamente, no me siento del todo satisfecho, a la vez que si fueron así es porque lo pensamos así, se hizo lo mejor que se supo y pudo”. (And 1956 Inf.7)

Esto dio lugar a un rico proceso de formación continuada y al surgimiento de las Unidades Docentes.

“Todos los martes empezamos a reunirnos en la Delegación de Sanidad y nos preparábamos unos temas de vacunas, de alimentación sana y de medio ambiente. Posteriormente se incorporaron médicos de familia, algunos trabajadores sociales y algunos psicólogos y psicólogas. En el ochenta y dos llevábamos cuatro años reuniéndonos. Un médico del ambulatorio de San Jerónimo cedió 1300 cartillas para que los médicos y algunos de nuestro grupo pudieran hacer las prácticas. Eso fue el inicio de las Unidades Docentes. Allí iban los 4 médicos que hacían la especialidad en el Clínico y pensaron que tenía que ir una enfermera. Estuve casi dos años trabajando en la UCI y yendo a la UD dos días a la semana para el programa de vacunaciones. De hecho todas las enfermeras de la UCI que estábamos allí, estamos ahora trabajando en Atención Primaria”. (And 1951 Inf.1)

“Quisimos formar a las enfermeras y a partir de ver las que publicaban me recorrí Madrid y Barcelona. Entre ellas estaban: Carmen de la Cuesta, Sagrario Almazán, Rosa M<sup>a</sup> Alberdi y otras. Queríamos que no fuera una formación estándar, ya que nosotras teníamos detectados los problemas y un proyecto concreto para el que formarlas. A esto, todas, salvo vosotras, dijeron que no. Vosotras dijisteis: *queremos aprender*”. (And 1951 Inf.1)

Una “Reforma Sanitaria” que supuso un cambio cultural y organizacional para los profesionales y para la población:

“Al médico del pueblo tenías que explicarle: *de ahora en adelante olvídate de las iguales, vas a tener un sueldo; lo que estas ganando, es más de lo que te corresponde y el exceso lo vamos a convertir en un complemento transitorio. Vamos a contratar más médicos y vas a tener menos población pero el mismo sueldo. Vas a trabajar siete horas y encima vas a tener guardias. Y ese señor que era con frecuencia el cacique del pueblo, imagínate cómo respondía. Fue una época conflictiva. Había médicos que habían entrado en el pueblo sin nada, y pronto eran grandes propietarios y habían amasado grandes fortunas y a pesar de todo se hizo*”. (And 1956 Inf.7)

“Los practicantes y las enfermeras de ambulatorio, salían ganando, había pocos que pudieran perder. Los sueldos eran algo mejor, y sobre todo, un tipo de adscripción de población mejor; en general salían ganando. Había muy poco personal de enfermería y tuvimos que contratar el 90%, les hicimos entrevista y gracias a esto, la parte de enfermería fue exitosa. Esa fue la parte mejor que me tocó”. (And 1956 Inf.7)

“El primer programa que se hizo fue el programa de lactante y surgió de la iniciativa de pediatras y de enfermeras de Pediatría que pensaron que era buena idea que todo Zaragoza atendiera a la gente de una forma parecida; se juntaron e hicieron el programa del Lactante. Diferenciaban el trabajo del pediatra y de la enfermera de pediatría; marcaban un poco los objetivos que tenía cada uno, las visitas y qué hacer en cada visita”. (Ara 1962 Inf.12)

“La población reaccionó mal al principio pero se ha logrado un cambio, si no ideal, lo mejor que se pudo. (And 1956 Inf.7)

A medida que surgen en la sociedad los problemas de ansiedad, depresión, maltrato, aislamiento social, inmigración, nuevos enfoques en la crianza y otros, se van adaptando los servicios sanitarios:

“Estoy convencida de que en lo social la gente tiene la continuidad de la atención. Y que lo social siempre está, aunque sea escaso. Hay una gran oferta por parte de las asociaciones y la administración. Desde la APS podemos ser una estrategia de información. Como además tenemos mucha capacidad de persuasión, vendo todo esto como un tratamiento. Como he luchado mucho en lo macro, y es muy importante, ahora estoy en lo micro”. (M 1952 Inf.3)

“Hago grupos de autoayuda a mujeres mayores y jóvenes. Ansiedad, crisis depresivas, malos tratos, duelo, es gente trabajadora. Propicio el contacto de las mujeres maltratadas con asociaciones que trabajan este tema, muy despacio. Con las mujeres viudas, cuyas actividades son casi siempre lúdicas ayudo a evitar el aislamiento También tengo hombres que hacen marchas y lo ofrezco a los que están muy aislados”. (M 1952 Inf.3)

“Hay grupos de lactancia materna en los que sólo estamos la matrona y la enfermera de pediatría. En la formación de protocolos como el del asma participaron muchas enfermeras. He estado en dos proyectos de investigación, en uno hemos sido un grupo control, el otro lo he acabado a principios de septiembre”. (Ara 1979 Inf.10)

“Ahora además de asistencia, hago investigación y trabajo con inmigrantes”. (Ara 1962 Inf.12)

### 2.8.3. *Innovaciones Profesionales*

“Paralelamente a nuestro reciclaje en Atención Primaria, tuvimos la lucha por la unificación de los colegios y la carrera universitaria; en el año 78, hubo un congreso en Sevilla sobre *la enfermería por el cambio*. Ese congreso influyó muchísimo, Angelita Larrosa hablaba de la enfermería humanística y científica. Nos metimos en la unificación de los colegios. El presidente era Manuel García, que fue un presidente consensuado, él provenía de cristianos por el socialismo, creo que murió hace poco. Paralelamente continuamos el trabajo de los martes de la Atención Primaria”. (And 1951 Inf.1)

### 2.8.4. *Innovaciones para investigación. La Fundación Index*

(Inf.7)

“Nació con la Reforma Sanitaria, surgió como una necesidad de informarnos de lo que había en otros lugares sobre enfermería y a partir de ahí recopilamos documentación e hicimos un boletín en el que comentábamos los artículos. En esa primera etapa le llamamos “Index Comentado de Enfermería”. Su elaboración fue muy casera, a base de fotocopias. Cual es nuestra sorpresa cuando comenzamos a recibir solicitudes de toda España, lo cual significaba que sentían la misma necesidad que nosotros. Desde sus inicios es una Fundación que se dedica a gestionar el conocimiento de cuidados de salud.

Index cumple ahora 18 años, su mayoría de edad. Desde el principio contamos con el apoyo del Servicio Andaluz de Salud, que nos cedió un espacio para colocar los archivos y documentos. Nació en el distrito de Villacarrillo en el que yo estaba de Coordinador de Enfermería; posteriormente estuvo en las dependencias de San Rafael y en San Juan de Dios, ambos hospitales también concertados con el SAS de la Orden de San. Juan de Dios, compartiendo espacio con la Asociación de Enfermería Andaluza. A partir del año 1994, logramos una cierta independencia y tuvimos nuestros propios locales, independiente de los servicios sanitarios. Cuando la Asociación de enfermería Andaluza (ADEA) se disolvió nos hicieron depositarios de todo su legado en términos físicos y creo que también, intelectuales.

Aprovechamos gente joven con ideas renovadoras: Rafael del Pino, Ana Mari Romero, Sebastián López, M<sup>a</sup> Angeles Prieto, Antonio Frías, Isabel Fernández, Concha Germán, Cristina Hederle, Jesús Calle y otros. Ha habido una relación muy estrecha entre enfermeras y Trabajadoras Sociales.

La Fundación ha tenido siempre dos productos: la revista INDEX y la base de datos CUIDEN, que tiene su mayor impacto cuando a finales de los noventa la ponemos en Internet. Si hasta entonces había sido más visible la revista, luego será la base de datos más que la propia revista. Index es un reflejo fiel de la evolución de la propia fundación. El primer número fue simplemente una pura

estrategia comercial, lo dedicamos *al Diabético*. El segundo fue sobre *Visita Domiciliaria*, modalidad que se regulo en el 86. Luego, sobre diagnósticos de enfermería, metodología, modalidades de atención, metodología de investigación, cuidados familiares, investigación cualitativa y evidencia científica. Creo que hemos sido muy pioneros a la hora de ver los movimientos emergentes, de intereses disciplinares y en la construcción del pensamiento enfermero.

Nos han copiado. Detrás de la coca-cola va la pepsi-cola, tristemente los seres humanos somos así. Creo que nunca va a ser de otra manera. Esa utopía de que vamos a cambiar ya no la tengo muy clara, pero está claro que tenemos que ir soportando que cada vez que proponemos algo a la comunidad científica hay sectores que llegan uno o dos años y después proponen lo mismo desde posturas mas hegemónicas. A fin de cuentas Index no es más que un grupo de personas que se pusieron de acuerdo para gestionar un patrimonio intelectual, intangible, el conocimiento enfermero, no tan tangible como otras fundaciones. Nadie nos copia en su conjunto, sino cada uno de sus productos.

No tenemos conocimiento de ninguna fundación enfermera antes que la nuestra, con posterioridad sí. Imitar el proyecto en su conjunto es muy difícil. Tendrá que pasar mucho tiempo. A nivel internacional semejante es la Sigma Theta Tau, es influyente y parecida, no llega a traducirse en cosas muy concretas. También el Instituto John Abril y Alberta, se acercan al mundo latino para situar sus productos, pero no para compartir conocimiento”.

### 2.8.5. *Innovaciones Docentes*

En el capítulo anterior se ha revisado todo el proceso de cambio de los años 79: carrera universitaria, unificación colegial, revisión salarial y el comienzo de la nueva especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. A continuación se han recogido únicamente los primeros Intentos de Reforma Enfermera, la crisis de falta de enfermeras y la reforma del 76 (Cat. 1924 Inf.19)

“En el año 1952, se hizo un grupo para reorientar los estudios de enfermería que desembocaron después en el ATS. Allí había enfermeras que habían sido enfermeras de la guerra en el bando nacional porque a las otras las borraron del mapa; enfermeras que ocupaban sitios claves como la Cruz Roja, alguna marquesa.

En el año 70 se promulgó la ley de educación de Villar Palasí y todo el mundo aspiró a que fuesen escuelas universitarias. En noviembre de 1971 finalizamos el anteproyecto de reforma de los estudios de enfermería. Fui en persona a llevarlo al MEC el 31 de diciembre porque era el día que cerraba el plazo de unas alegaciones y cosas que había que presentarlas. Tengo la copia. Esto lo elaboramos, con el consenso de mucha gente; en Noviembre del 71, habíamos tomamos contacto con Milagros Herrera y Milagros Segura, en Barcelona se celebró una jornada de enfermería en domingo, porque si no, las enfermeras no podían asistir. Se llenó el palacio de congresos, se hicieron tres ponencias, una de ellas, explicó este proyecto de enfermería universitaria. Desde entonces trabajamos con las de Madrid.

El proyecto quedó muerto. El problema era que en el Consejo estaba el practicante representante de la Marina, del Ejército, de los Cuerpos de Sanidad y todo bicho viviente masculino. Riudavets quería llevar una política de una carrera independiente. Las enfermeras presentaban su proyecto. Todas estas personas eran significativas del régimen, que -si no querían conservar el puesto por lo menos querían conservar el prestigio- En el Ministerio les decían que presentasen un proyecto.

En Barcelona, la Cruz Roja y San Pablo tuvieron que cerrar pabellones cuando los alumnos se negaron a hacer prácticas de noche por falta de enfermeras.

Al ponerse en marcha la Ley de Educación, cada vez se equiparaba el ATS un poco más abajo, con el decreto del 76, el ATS quedaba en Formación Profesional ya que podían entrar por el título de

FP1. Fui asesora de Teresa Loring como representante de nuestro grupo, me tocó ir en coche oficial de la Falange con chofer y Teresa Loring al lado. ¡Quién me lo había de decir!”.

En plena Reforma Universitaria, el proceso de la Escuela de la Universidad Complutense ilustra las características y dificultades del cambio. Hubo enfermeras dispuestas a asumir responsabilidades y se lograron cambios en la formación prácticas de los estudiantes en los Centros de Promoción de Salud, pero faltó voluntad política. El Convenio entre la Universidad Complutense y el Ayuntamiento de Madrid.

“Durante el curso 1982-83 el Rector Francisco Bustelo y el Alcalde de Madrid Enrique Tierno Galván firmaron el convenio mediante el cual los estudiantes de enfermería pudieron realizar prácticas en los Centros de Promoción de la Salud. Nosotras nos encargamos de ponerlo en práctica. Los coordinadores de los Centros de Promoción de la Salud, eran médicos, obviamente, el hecho de que vinieras de la universidad te daba un bagaje y un poderío conceptual, parecía que la universidad era el no va más, y eso facilitó mucho las cosas.

Hicimos los programas de enfermería comunitaria porque era una de las partes más innovadoras, que había existido pero se había roto en el franquismo, no existía nada en el país; llevábamos planteamientos muy claros y muy buenos. Yo creía en ese programa, todo lo que yo sabía y conocía lo pude plasmar en el programa de formación, con todas las limitaciones que teníamos ya que había muchos alumnos (mas de 100).

Eran “progres” de izquierda estaba: Alberto Infante que me decía: “y qué hace una enfermera en un Centro de Promoción de la Salud”, y yo le contesté: “lo que no me explico es qué hace un médico”, le contesté yo, “porque yo soy enfermera Instructora de Sanidad y sé lo que es la enfermería comunitaria, ahora, médicos en promoción de la salud, no sé yo muy bien lo que podéis hacer, porque no tenéis formación para eso”. Entonces ya se achantó, luego fue de los más colaboradores y marcó la pauta a los demás. Estaban también Nieves Botella, Toño

A la hora de especificar que van a hacer los alumnos nos dijeron: “como no tenemos enfermeras”. Les dijimos nosotras lo que tenían que aprender y lo que tenían que hacer las enfermeras, es decir que fue a partir de los alumnos cuando ya dimos contenido a la enfermería de los centros de promoción de salud”. (M, 1948 Inf. 15)

Sin embargo, transferir la responsabilidad a las enfermeras en la dirección de las escuelas, no se hizo, bien por cuestiones atávicas o por luchas de poder. El resultado fue que se continuaba con la histórica colonización médica del profesorado de las escuelas.

“No se atrevieron, les dije que, la que tenía que ser directora de la escuela era Concha Germán o yo, o la misma Teresa Álvarez. No se atrevieron a confiar en una enfermera como directora de una escuela. En cambio bien que asumieron todo lo que les dijimos, lo que había que hacer lo hicieron, porque no tenían ni idea. En cambio no se atrevieron a darnos la autoridad y pusieron a Fernando Torriente, que era una excelentísima persona, buena voluntad pero, ni idea. No se atrevieron porque estábamos contestando a la autoridad médica.

En sus inicios fue una etapa muy buena, íbamos con altruismo, “vamos a cambiar los planes docentes y tal”, y no nos dimos cuenta de que allí la gente lo que quería era un puesto de trabajo fijo y tener las titularidades lo antes posible. La prioridad fueron ellos, los que venían de medicina, en dársela, no fuimos las enfermeras ni los enfermeros”. (M, 1948 Inf. 15)

Entre 1981 y 1982 se hizo la primera Guía Pedagógica bajo la dirección de María Ángeles Guerrero, médica y pedagoga mexicana, contratada por la Facultad de Medicina. Fue para las profesoras enfermeras de la escuela una gran ayuda. Contiene los objetivos docentes, los contenidos, la bibliografía y el sistema de evaluación. Puede decirse que fue un antecedente metodológico en la línea de aprendizaje que propone la Convergencia Europea.

“Ellos nos apoyaban, pero bien que se lucían a partir de esto, se daban medallas. Los objetivos docentes y la guía, con la experta, la profesora y la secretaria, lo hicimos todo las mujeres. La segunda fase de la Complutense fue un desastre”. (M, 1948 Inf. 15)

El proceso fue madurando y la incorporación de los profesores asociados enfermeros introdujo racionalidad en el aprendizaje práctico:

“Cuando los estudiantes tienen a su tutora, rotan y establecen una relación mucho más profesionalizada y personalizada. No es como en el hospital donde aprendías sobre la marcha. Creo que son unas prácticas de lujo, aunque ocho semanas, no dan para mucho”. (Ara 1962 Inf.12)

#### *2.8.6. Experiencias en el extranjero*

Las inquietudes profesionales de las enfermeras se manifiestan en las experiencias de trabajo en el extranjero. Fueron por aprender otras culturas, otros sistemas sanitarios y otras formas de ejercer la profesión. Fueron experiencias buscadas y con apoyo de las Instituciones Internacionales como la Organización Mundial de la Salud que las financiaba, y el Sistema Sanitario Español facilitaba dando permisos y guardando el puesto de trabajo. Se llevaron a cabo entre finales de los sesenta y los setenta. Las profesionales, a la vuelta, tuvieron oportunidad de aplicarlas en diferentes niveles de responsabilidad hospitalaria, Primaria, en la docencia y en la época democrática desde los cargos ministeriales.

“Estuve diez meses por Europa: Inglaterra, Dinamarca, Suecia, Noruega y Finlandia. Era una mezcla de cursos de formación de gestores de escuelas y de hospitales. Había una persona para explicarte, pasearte y presentarte. En Finlandia es donde vi más atención extra-hospitalaria y el hospital era parecido a lo de aquí, ahora. El mismo hospital cubría un área de formación, entonces las propias enfermeras, las directivas del hospital, visitaban esas áreas, incluso fui con ellas a centros de salud de pueblos. Me sentí cómoda con la gente finlandesa, con la noruega y menos con los suecos. La OMS pedía evaluaciones para ver cómo habías podido aplicar los conocimientos que habías adquirido. Me gustó mucho. Llegué a dormir en cuarenta camas distintas durante ese período. El intercambio, es lo mejor del mundo”. (M 1937 Inf.17)

“Me enteré de que Milagros Segura había estado un año en Estados Unidos, en un hospital de Nueva York, la llamé y me dijo cómo era el sistema. Lo solicité y me lo concedieron. Era un programa de intercambio internacional, reclutaban a gente de enfermería extranjera, pagándole un 25 por ciento menos, porque no había enfermeras. Lo pasé fenomenal y además me impliqué mucho y conocí otros sistemas distintos”. (M 1948 Inf.15)

“En la República del Zaire trabajé 5 años. Primero en Pediatría en la facultad en Kinshasa y luego en el barco hospital. En el barco, estuve en quirófano, pediatría y en la unidad de neonatos. Me nombraron jefa de prematuros y después jefa de pediatría. Trabajé con belgas y norteamericanos”. (And 1945 Inf.14).

Estuve en Estados Unidos, en 1968 y 1969. En la residencia estábamos catorce enfermeras, una de mi grupo de trabajo era una figura muy destacada en la enfermería en Sri-Lanka. Solo estábamos dos europeas, una de Austria y yo. Allí coincidí con la muerte de Robert Kennedy”. (M 1938 Inf. 17)

Los espacios y la organización de trabajo enfermero se van a repetir en los diversos países y contrastaba mucho con las penurias españolas. Lo que se pone de manifiesto no es tanto los aspectos económicos sino la actitud y respeto hacia el trabajo enfermero. Así, nuestras informantes relatan los grandes ventanales, la organización de los armarios y la disposición de los espacios enfermeros. Estos criterios no se estaban teniendo en cuenta en los nuevos hospitales de la Seguridad Social de los setenta y ochenta. También expresan la participación de las enfermeras en la toma de decisiones en los temas que les afectaban.

“La cafetería del hospital tenía un servicio muy bueno, estaba en el piso de arriba del todo y había una terraza maravillosa, con lo cual aunque fuera invierno hacía sol. Tenías un espacio bueno para poder descansar en el momento que te podías ir a comer o a tomar un café”. (M 1948 Inf. 15)

“Me parece importante recalcar, cómo se cuida al personal, y se le facilitan las cosas. Por ejemplo, aquí, cada vez que te tenías que cambiar la bata, dos veces a la semana, no estaban nunca, era la pobreza. Allí valoraban tener a la gente limpia, te cambiabas la bata porque se te había manchado y no te miraban mal. Creo que aquí, además de la pobreza, era que no se invertía en las cosas que no se les daba importancia”. (M 1948 Inf. 15)

“Trabajé en el Hospital Cantonal de Ginebra en un pabellón nuevo, fantástico y precioso. La habitación de enfermería era un despacho maravilloso con unas ventanas inmensas, y no como aquí en España, en mitad del pasillo a disposición de ser guardianes de la circulación. Era un cuarto con unos grandes ventanales donde teníamos toda la organización de las historias clínicas que eran tanto de las enfermeras como de los médicos”. (M 1948 Inf. 15)

“Los armarios con la medicación, llenos de todos los instrumentales habidos y por haber, los gestionaban directamente los servicios auxiliares. Por ejemplo, la lavandería, la farmacia, esterilización, todos esos servicios funcionaban y las enfermeras y las supervisoras no se tenían que preocupar de nada de eso. Tu sólo tenías que abrir el armario y coger lo que necesitabas, no estar todo el día como aquí, “que me falta esto”, lucha eterna de que la supervisora o la enfermera se tenía que ocupar de ser ama de llaves”. (M 1948 Inf. 15)

“En África, coincidí con belgas, americanos y canadienses, la relación con ellos no tenía nada que ver con la nuestra, era de tú a tú. *Di donde quieres que vayan los lavabos, todo lo de enfermería dime tú*; para mí fue una sorpresa porque nunca antes me había preguntado donde debían ir las cosas de uso enfermero. Después, durante la reforma sanitaria de la Atención Primaria pude hacer innovaciones” (And 1945 Inf.14)

### La combinación de lo tradicional y lo nuevo.

“En la modernidad del Cantonal usaban sanguijuelas, nunca lo había visto, no sé si en España se utilizaba. El profesor que dirigía el departamento hacía unos en términos castellanos “emplastos” como en la Edad Media; teníamos muchas mujeres, con venas varicosas y con problemas de circulación. Me trajeron una sanguijuela, un gusanito pequeño, y la puse sobre la variz de la señora.

Era una manera de absorber muy natural, quitarles esa sangre que tenían ahí, además como hacen vacío y la mucosidad que suelta es hemostática, no sangran, finalmente se cae el bicho repleto". (M 1948 Inf. 15)

### La autoridad de las supervisoras de unidad.

"En suiza aluciné de la organización de la enfermería, del poder y de la capacidad organizativa que tenía la supervisora del pabellón de Dermatología y Neurología. Llamó a capítulo al jefe de Neurocirugía, que era un cirujano muy famoso y le dijo que esa cama estaba indebidamente ocupada, que no tenía ninguna necesidad de quedarse y que le tenía que dar el alta ya que había más pacientes esperando. Delante de mí le contestó con mucha educación que pensaba que la señora más de 24 horas no podía seguir allí". (M 1948 Inf. 15)

"En Columbia, la supervisora nos reunía por la mañana con el turno de la noche y nos dábamos el parte famoso, pero bien dado, explicando todo de cada paciente, los niveles de dependencia, los controles, las temperaturas, las diuresis y nos asignaba por grado de dependencia los pacientes. Había una persona encargada de llevar los opiáceos". (M 1948 Inf. 15)

Las enfermeras tenían amplias responsabilidades y a la vez contaban con el apoyo de los servicios mas especializados.

"Me tocó montar una UCI. Si no sabías algo, pues leías lo que tenías que hacer y lo montabas, sin ningún problema. El servicio de urgencias, cuando tenías algún problema dentro del hospital, te daba apoyo en todo; si no sabías algo, llamabas y de urgencias subía alguien y te daba un apoyo técnico impresionante. Eras muy autónoma y tenías un apoyo de logística importante, incluso si no sabías algo te lo resolvía alguien en seguida". (M 1948 Inf. 15)

"Estuve en la UVI de coronaria, a la que iban sólo las super enfermeras, yo lo pedí y me lo dieron. Para un agudo recién llegado éramos dos para atenderle en cada turno y luego había otra enfermera que estaba permanentemente en una sala de monitores. Si tenían problemas de angustia o estrés, llamabas a las enfermeras del servicio de salud mental y venían a trabajar esos temas". (M 1948 Inf.15)

"En Columbia, a una joven de 22 ó 23 años tuvieron que ponerle un marcapasos. Era muy deportista y preguntó acerca de si podría hacer deporte y también sobre su actividad sexual. Vino la enfermera especialista en sexualidad a explicarle sobre su vida sexual y tuvo varias sesiones de cómo manejar su vida con el marcapasos y solventarle todas las dudas que tuviera; Alucinaba, ni en España, ni en Suiza contábamos con espacios para resolver las dudas de los enfermos para su autocuidado". (M 1948 Inf.15)

Toda una cultura diferente en la que la enfermería española tenía sus ventajas y sus inconvenientes. En España había mas capacidad de realizar técnicas y mas tolerancia al dolor; menos cultura de registro y menor tiempo para acompañar a los enfermos que en Estados Unidos, donde el enfermo era y es el centro de la atención.

"En el Cantonal, un día, mientras sondaba a un hombre, entró el cirujano y se quedó asombradísimo, "pero es que esto usted no lo tiene que hacer", y yo: "¿por qué no?, en España lo hacemos con frecuencia. "No es necesario que se ponga a hacer esto, llame a un urólogo, usted no tiene por qué meterse en estas historias"; no me lo dijo en mal plan, sino asombrado de que supiéramos hacer ese tipo de cosas. Esto también me ocurrió en Estados Unidos, que se asombraban de todas las cosas que hacíamos las enfermeras. Eras tan autónoma para montar una UVI y de repente no eras autónoma para hacer un sondaje vesical". (M 1948 Inf. 15)

"Trabajé el Hospital de la Universidad de Columbia, el Presbiterian Hospital en cirugía general, en la UVI de coronaria y en formación continuada durante un año. Estaba con chilenas, argentinas, una noruega, asiáticas, africanas e inglesas. Nos daban clases de historia americana y de la estructura

sanitaria norteamericana; visitamos algunos centros de drogadictos, centros innovadores que, en España no había ya que, en aquella época, no teníamos esos problemas. (M 1948 Inf. 15)

“Me chocó la independencia entre los médicos y las enfermeras, que llegaba al paroxismo, porque ni se hablaban prácticamente, y a todas las europeas nos pareció aquello ridículo. Nos pasábamos el día escribiendo, en los kardex famosos. Todo lo dejabas por escrito, los médicos pasaban y miraban los registros”. (M 1948 Inf. 15)

“Me llamó mucho la atención en Estado Unidos la información que tenían los pacientes de sus procesos, estaban muy obsesionados con la dieta; en coronarias sabían de alimentación y nutrición de manera que cuando me hacían algunas preguntas de las que yo no tenía ni idea contestaba: *Ahora vendrá la asesora*. Los pacientes tenían muy buen nivel de información, y eso que era el hospital de referencia de Harlem. Les daban muchísimas explicaciones, se dedicaba mucho tiempo a hablar y a explicar a la gente lo que les sucedía”. (M 1948 Inf. 15)

“El dolor se controlaba mucho, no como aquí en España, aguántate, espérate que venga el médico y tal; no, esa cultura nada. Allí el que tenía dolor en seguida se le daba medicación. Nos daba tiempo para todo, eso sí, los médicos internos no paraban, iban con la lengua fuera todo el día porque entre que tenían que hacer todo lo que hacíamos nosotras aquí de curas, de inyectables, de drenajes, eso lo hacían todo ellos, más luego se tenían que preparar los casos clínicos, y todos los días ahí con los jefes de servicio a exponer los casos clínicos y a defenderlos”. (M 1948 Inf. 15)

### 2.8.7. *Alianzas cuidadoras*

Con frecuencia el paciente siente la necesidad de comunicarse pero no puede hacerlo de una manera ordenada y tranquila como desearían los profesionales sanitarios. No solo los momentos de intensidad, sino toda la experiencia necesitan ser contados por el paciente y ser escuchados por otros con empatía<sup>79</sup>. El proceso de cuidado necesita tiempo de acompañamiento y esto lo han comprendido siempre las enfermeras. Por ello han hecho teatro, han paseado a los niños en los parques, han compartido tiempo y los han escuchado cuando lo necesitaban. No siempre pueden hacerlo en los hospitales actuales ya que están saturadas de trabajo, les es más fácil llevarlo a cabo en la Atención Primaria.

“Recuerdo como importante que hacíamos teatro de guiñol para los niños de Pediatría y para atender a la familia. Mi afición al fútbol me viene de aquella época, ya que con los pacientes y familiares que estaban días y días, cuando había partido les gustaba oírlo por la radio y yo lo escuchaba con ellos”. (And 1951 Inf.1)

“Me identificaba con el dolor del otro y además era capaz de organizar una gorda contra la injusticia. Siempre me ha gustado trabajar en los frentes, donde se juegan grandes cosas, llamémosle rehabilitación que es una jerga más actual: en la ducha del sujeto, al despertar por la mañana, en cómo come y cómo goza de comer y de relacionarse con los demás en un comedor; o sea, puntos clave, los puntos en los que normalmente estamos nosotros. Era de los enfermeros que se enrollaban allí, en la comida, en sentarse, en servir, y no había ningún problema que si era mi función o la del otro”. (Ara 1952 Inf.8)

“Era curioso cómo eran aquellas plantas tan amplias (Hospital Provincial) con todas las camas alrededor, las salas tan grandes, donde era interesante la relación que había entre los propios

---

<sup>79</sup> Valverde, 2005, pp.1-3



pacientes que estaban ingresados en aquellas plantas. No recuerdo tanto el contacto con los médicos, si que te sentabas a su lado y charrabas de lo que sea”. (Ara 1952 Inf.16)

“En el Reino Unido trabajé como auxiliar y una de las tareas era retirar las flores, por la tarde a última hora y por la mañana tempranito las devolvías. Eran señores mayores, y les gustaba ver que las cuidabas, o les cortabas el rabito, que les pedías permiso para cortárselos, eso les agradaba muchísimo”. (M 1937 Inf.17)

“Era muy distinto que ahora, la sala la llevabas tú sola, y entonces entrabas de verdad en la vida de los enfermos, eran como más tuyos, te daba tiempo para conversar mucho con ellos”. (Ara 1962 Inf,13)

“En el Hospital Francisco Franco una compañera de promoción me enseñó la humanización; íbamos con los niños al Retiro, con respirador, los poníamos en las barcas y estábamos toda la tarde en las barcas del Retiro. También les llevábamos a ver las cabalgatas de los Reyes Magos”. (M 1945 Inf.14)

“Tuve que atender a un muchacho de accidente de tráfico bastante grave, y como fui pasando por los distintos servicios, me lo iba encontrando en la UCI, en quirófano en la sala de despertar después de una reintervención. Lo ví desde cuando no daban nada por su vida, o se iba a quedar parapléjico, fue remontando con gran esfuerzo. Había compañeras que me decían que no me implicara tanto, para mi es imposible dejarlo a un lado”. (Ara 1979 Inf.10)

#### Involucrarse hasta saltarse las normas del hospital:

“Una chica de unos 30 años, con psoriasis con bastante dinero tenía una buena casa en una de las colinas, en los barrios más caros de Ginebra Le daban ataques en los que no podía soportar la disciplina del hospital, se aburría muchísimo; entonces, un día me propuso que nos escapáramos del hospital. Lo consideré y la fui a buscar a las 7 de la tarde y nos fuimos por ahí a dar una vuelta por Ginebra, volvimos a las 12 de la noche, después de cenar. No hubo ningún problema, tampoco es que estuviera impedida, ni nada, sino era una cuestión de que estaba saturada de hospital. Esto de saltarse la norma lo hicimos alguna vez más, yo no era tan victoriana”. (M 1948 Inf.15)

#### El trabajo en la Atención Primaria permite y obliga a involucrase más:

“Te involucras más en la primaria que en la especializada, porque los ves más y con más tiempo. En el hospital tratas la enfermedad puntual y no conoces tanto de la familia. Tengo un paciente terminal que veía como crónico al que ahora cuido a diario en su domicilio; Supone un esfuerzo emocional, te cogen cariño, la mujer está casi todo el día sola y siempre cuidándole ya que el marido ha estado gran parte de su vida en silla de ruedas. El hijo trabaja. No salen de casa, me dice *tu eres como una hija más*, a veces pienso que me he involucrado demasiado con ellos”. (Ara 1979 Inf.9)

### 2.9. El futuro, real y soñado

Se piensa en futuro desde una idea central cual es la del cambio en varios sentidos. Cambio conceptual que supone valorar los cuidados en tanto que procesos de relación de ayuda y de autocuidado para potenciar la autonomía y bienestar de las personas en cada etapa de su vida y tratando de superar los problemas que ocasionan dolencias y enfermedades. Para ello la formación que reciben los estudiantes es mucho más elevada. Cambio en cuanto a que las enfermeras se impliquen en los procesos de cambio social, cultural y político, propiciando investigaciones y políticas de salud centradas en la persona. Cambio

en cuanto a concebir y lograr que la sociedad valore cada día más los cuidados enfermeros y por tanto aumente el reconocimiento y su salario. Cambio en cuanto a que las mujeres logren una mayor influencia social desde el pensamiento de la diferencia y la complementariedad de mujeres y hombres.

Los mayores ven positivo el aumento de la formación y participación en las instituciones, si bien, matizan que hay que seguir trabajando desde la independencia organizativa para llevar a cabo las metas científico-profesionales:

“Como optimista que soy lo veo bien, siempre va a ir a mejor. Primero, porque las jóvenes generaciones tienen mejor formación de base, cosa importante. Las hace ser más listas. Hay una diferencia abismal: ahora se entiende lo emocional dentro de una dinámica normal. Lo que sucede es que el sistema en el que domina lo biológico sigue pesando muchísimo y las absorbe. La política la están haciendo los médicos políticos, cuando hay enfermeras hay algún cambio, pero no las hay. Los médicos ahora que les escucho de igual a igual, tienen los mismos rollos que nosotros”. (M 1952 Inf.3)

“¿El futuro soñado?, pues sí lo tengo muy claro: una enfermería que se apropie de las instituciones y sea capaz de instaurar un modo de pensamiento enfermero que esté en consonancia con las expectativas de los ciudadanos”. (And 1953 Inf.7)

“Crecerá como todo el mundo. Tendrá su licenciatura, sus especialidades, ganará más dinero. A pesar de todo habrás más conocimiento, más investigación, pero todo eso habrá que construirlo al margen de las organizaciones. Éstas van a perder mucho poder. Desde fuera va a haber una élite que va a poder construir pensamientos enfermeros, fondos para la investigación. El punto de vista científico me parece más esperanzador, habrá muchas más enfermeras que opten por el conocimiento como forma de expresión, de desfogarse, como para nosotros. Index nos ha permitido hacer lo que dentro de las organizaciones era impensable, normalizar unas expectativas que en la organización son impensables. Creo que eso se va a fomentar mucho en el futuro”. (And 1953 Inf.7)

“Habrá crisis del Estado de Bienestar. Laboralmente, como la enfermería no sea capaz de dirigir su destino, estará totalmente a merced de las organizaciones”. (And 1953 Inf.7)

### Se responde a las necesidades de la sociedad

“Me parece que cada día se está viendo más claro lo que decíamos hace quince años: la esperanza de vida aumenta, la incorporación de la mujer al trabajo, todo eso ya hoy día requiere cuidados. Dar respuesta a ese tipo de necesidades pasa, entre otros, porque haya enfermeras que contribuyan a esos trabajos. Quizás todavía no se está viendo con la suficiente claridad que el tema tiene que ser ése, ya que se siguen contratando a médicos y a otros profesionales. Cuando se plantean proyectos que no cuentan con los cuidados enfermeros, son completamente inviables, absolutamente inviables. Por ejemplo en los “procesos clínicos” no han contado con las enfermeras y a la hora de ponerlos en práctica han llamado a las enfermeras. Claro, estamos en lo de siempre: mientras los otros han tenido dos años para prepararlo, las enfermeras lo tienen que trabajar en diez días”. (And 1951 Inf.1)

“El futuro bien. Lo tengo clarísimo, primero porque yo creo que las enfermeras lo hacen bien, son profesionales muy buenas en general; colectivamente es una profesión que funciona, que en los últimos 25 años se ha avanzado muchísimo, que nos estamos ganando el respeto de los ciudadanos y de nuestros colegas; y por otra parte, lo que esta haciendo la enfermera en la sociedad es, cada vez mas, lo que demanda la sociedad, por tanto no podemos perder la oportunidad de aumentar el reconocimiento social deseado”. (Cat 1941 Inf.21)

La democratización de las relaciones entre mujeres y hombres afectará positivamente a la enfermería

“A medida que las relaciones entre hombres y mujeres sean más igualitarias, tendrá más oportunidades la enfermería de tener más presencia científica, política, organizativa. Va a venir de esa mano, de ahí, de esa corriente más democratizadora de las relaciones”. (M 1948 Inf.15)

**Futuro difícil, atractivo, claro, bien porque hay trazado un camino e instrumentos para mejorarlo.**

“El futuro lo veo difícil y atractivo para lograr una posición y un reconocimiento social de los cuidados enfermeros. Tenemos muchos instrumentos de trabajo, de evaluación, o los retomamos o los aplicamos y lo convertimos en trabajo evaluable o si no, pues nos quedamos atrás. Hay muchos más instrumentos que en otros momentos, pero la generación que viene nos tiene que ayudar. El futuro no lo veo mal; como siempre, trabajoso, teniéndolo que currar desde el propio colectivo”. (And 1953 Inf.2)

Los jóvenes, a pesar de que viven situaciones de precariedad laboral como nunca antes había sucedido, son optimistas. Ven positiva la formación superior, el desarrollo de las especialidades, el incorporarse a la investigación y profundizar en la ciencia enfermera.

“El futuro lo veo con muchos cambios, lo veo bien, y veo que vamos evolucionando poco a poco, pero sí que vas evolucionando y sí que vas metiéndote en cosas. Están por desarrollar el Master y las Especialidades. Si hace dos años en la carrera me dicen que iba a estar metida en investigación, digo *imposible*”. (Ara 1979 Inf.10)

“Se va aclarando, sobre todo tenemos un montón de campo para mejorar: Hacer de la enfermería una ciencia con sus conocimientos propios y no depender tanto de conocimientos de otros ámbitos (aunque son útiles), tener nuestro propio campo de conocimientos, es lo que define a una ciencia y a una profesión. Poder decir: esto lo sabemos nosotros y cuando lo vayamos a enseñar a los demás, esto lo aprendemos nosotros, decimos cómo se debe utilizar. Soy optimista”. (Ara 1979 Inf.11)

“Vamos a tener un campo de conocimientos propio. Me sorprende que las nuevas generaciones no tengan el empuje que me gustaría ver. Mi juventud la recuerdo como muy combativa, muy de querer cambiar las cosas, muy de hacer. Claro, es que a mí me pilló justo con el final del franquismo y el inicio de la democracia, con todo lo que eso suponía de cambio ideológico y de costumbres. Luego me tocó empezar en la enfermería y fue otro cambio también ideológico de trabajo, de costumbres, de todo. Pues claro, yo creo que esa labor tendría que seguir, porque me da la impresión de que no está ni muchísimo menos todo terminado. Salimos muchísimo mejor preparadas para enfrentarnos a las frustraciones de la vida”. (Ara 1962 Inf.12)

### Superar la precariedad

“Un poco crudo, ahora estoy muy bien, hace un año estaba desilusionada por el tipo de contratación, no puedes estar hasta los 40 años de contratada de acá para allá, no saber turno ni donde vas a estar dentro de un mes. Ahora porque se como está la persona con la baja. Te llaman con media hora de tiempo. Tiene que cambiar la precariedad y la concepción de lo que es enfermera a nivel social”. (Ara 1979 Inf.9)

### Aumentar el reconocimiento en general

“Más reconocimiento de los pacientes y sobre todo de los médicos. Es mucho más gratificante la primaria que el hospital, te agradecen mucho si les explicas las cosas. Muchos vienen a preguntarme que es lo que les ha mandado el especialista, que tengo esto y no se lo que me van a hacer. Una simple ecografía y no saben que es. Están angustiados y piensan que por lo que le ha dicho tienen algo malo. Me hacen muchas preguntas en este sentido”. (Ara 1979 Inf.9)

### Aumentar la autonomía

“Tener más autónoma, aquí parece que tienes que pedir siempre permiso para hacer las cosas. A veces le digo al médico, podemos dar, p.e para los EPOC unas hojas explicativas sobre espirometrías –en el curso confeccionamos unas hojas útiles- les dice que no tienen que fumar, ni comer, antes de hacerle la espirometría., ¿que te parece si le damos esta hojas?. Si él quiere se les da, sino se las puedes dar tu, pero ya se ha acabado todo. Más autonomía para distribuirte los pacientes. A veces te mandan pacientes que no son de domicilio, que podrían venir al centro, pero la familia le da la vara, y por quitárselos de encima, ala que vaya la enfermera. Parece que no es importante, que tenga 40 o 10 domicilios ¡qué mas da!. Los médicos la atención domiciliaria no la valoran nada, los enfermos si”. (Ara 1979 Inf.9)

El testimonio de una de las enfermeras veteranas resulta muy elocuente del valor axial, del eje ético y político de los cambios deseados que expresaron la mayoría de los y las informantes, sobre la discutida autonomía profesional de la enfermería: “Yo lo veo bien. Yo creo que cada vez van a ser más reconocidas las enfermeras que trabajan dentro de las distintas unidades y también creo que las mujeres en nuestro país están cada vez más despabiladas”.

## 6. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA COMUNITARIA: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA (1980-2004)

“Suelo decir que cuando puedes medir aquello de lo que estás hablando, y expresarlo con números, es porque sabes algo acerca de ello; cuando no puedes expresarlo con números, por el contrario, tu conocimiento es de naturaleza débil e insatisfactoria; puede que sea el principio del conocimiento, pero habrás avanzado escasamente en tus pensamientos hacia la etapa de la ciencia, cualquiera que sea el tema de que se trate”. (Rothman, 1987)

## 6. IDENTIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA COMUNITARIA: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA (1980-2004)

### 6.1. Introducción: Material y Resultados Cuantitativos.....383

### 6.2. Etapa inicial: 1977-1984.....391

### Etapa de reformas sanitarias radicales: 1985-1999.....395

1. <i>Publicaciones extranjeras y españolas</i> .....	396
2. <i>Primeros manuales de salud pública y enfermería comunitaria</i> .....	398
3. <i>La Consulta Enfermera</i> .....	398
4. <i>Educación y Promoción de Salud</i> .....	404
5. <i>Atención Domiciliaria</i> .....	406
6. <i>Técnicas Enfermeras</i> .....	409
7. <i>El Diagnóstico Enfermero</i> .....	412
8. <i>Trabajo en Equipo. Relaciones Enfermeras y Médicos</i> .....	415
9. <i>Enseñanza, Formación</i> .....	418
10. <i>Investigación</i> .....	425
11. <i>Satisfacción Profesional</i> .....	431

### 6.4. Etapa de la consolidación profesional: 2000-2004.....433

1. <i>Obras colectivas de referencia y manuales</i> .....	434
2. <i>La enfermería de salud familiar y comunitaria</i> .....	435
3. <i>Registros y diagnósticos enfermeros informatizados</i> .....	443
4. <i>Atención a población inmigrante</i> .....	446
5. <i>La Formación Académica</i> .....	447
6. <i>Investigar ahora</i> .....	451
7. <i>Satisfacción profesional y demanda de la Especialidad</i> .....	458

### 6.6. Legislación y Reformas del Modelo de Atención Primaria .....460

<i>Reflexiones enfermeras sobre la APS</i> .....	461
<i>Más innovaciones y retos</i> .....	468

### 6.1. Introducción: Material y Resultados Cuantitativos

Analizar la producción científica desde 1977 hasta finales del 2004 nos permite conocer el desarrollo evolutivo de la enfermería comunitaria y su proceso de profesionalización. Este proceso implica adquirir el rol, el estatus y el reconocimiento de profesión con autonomía e identidad propia. Esta profesionalización se contempla, a la vez que en el desarrollo profesional, en la relevancia social de los cuidados enfermeros a la sociedad y en el sistema sanitario.

Hemos seleccionado aquellos ámbitos de trabajo más comunes y significativos de las actividades del trabajo enfermero, como son los cuidados de salud, dolencias y crisis en las diferentes etapas de la vida; la atención a las personas y sus familias con patologías crónicas, que han sido y siguen siendo un referente de la nueva enfermería comunitaria, o lo que algunos autores han dado en llamar función ampliada de la enfermería; los diagnósticos enfermeros que delimitan el campo propio de la disciplina, usando para ello la clasificación internacional de la NANDA (Nursing Diagnosis Nursing American Association); y, finalmente las modalidades de atención, con énfasis especial en la consulta de enfermería y sobre todo en la atención domiciliaria. Comentaremos una modalidad emergente e innovadora, “la enfermera de enlace”, que se perfila como el profesional coordinador de todos los servicios de apoyo a la dependencia, uno de los problemas sociales y sanitarios más relevantes de la población española actual.

A comienzos de curso 1977-78, con el plan de estudios universitario de Diplomado en Enfermería, se inició una nueva etapa en la formación enfermera con la asignatura de *Enfermería de Salud Pública*. Veinte años después, en 1989 se realizó, la reforma del plan de estudios y se cambió a la denominación de *Enfermería Comunitaria* que es la que se mantiene en la actualidad en los programas de diplomatura y así se recoge en el proyecto de reforma de la convergencia europea en el grado.

A nivel laboral, a finales de los setenta y principios de los noventa se produjeron grandes innovaciones en salud. Los primeros Ayuntamientos democráticos, entre ellos el de Madrid, crearon los Centros de Promoción de la Salud –CPS- en el que trabajaron las primeras enfermeras de los primeros planes de la diplomatura universitaria que ya tenían formación en salud pública. En 1984 se creó la figura de

la Enfermera de Atención Primaria dentro del Estatuto del Personal Sanitario de la Seguridad Social. En 1985 con la apertura Centros de Salud con el inicio de la reforma sanitaria se puso en marcha la Enfermería Comunitaria.

En año 2003, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (en adelante FAECAP), propuso la denominación de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria para la especialidad, la cual fue aprobada en 2005. Esta enfermera especialista es la que deberá realizar el trabajo de atención directa a la comunidad, no obstante también podrá realizar las clásicas funciones de la enfermera de salud pública en servicios de gestión, epidemiología e investigación en Salud Pública.

El proceso de desarrollo de la enfermería comunitaria transcurrió en paralelo con la reforma de la Atención Primaria de salud que se inició en 1984, de modo que ambos procesos están relacionados y son mutuamente influyentes. Ambos procesos, están a su vez interrelacionados con la Transición Política Española que se inició con la aprobación de la Constitución en 1978 y el ingreso de la Enfermería en la Universidad en 1977. También en paralelo a este proceso de reforma de la atención primaria de salud y de la enfermería comunitaria ha transcurrido la institución de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que ha contribuido al desarrollo de la misma y ha interactuado con la propia enfermería de diversas maneras. Tanto la Administración Sanitaria, como la profesión médica, en su doble vertiente de parte de un equipo de salud y en su posición dominante en la política sanitaria y gestión de los servicios sanitarios, son influyentes en la imagen social y en el valor de los cuidados de la enfermería comunitaria.

Se ha identificado la enfermería como una profesión aplicada, en la que la calidad de sus acciones con el ciudadano ha sido primordial. En la etapa de la convergencia europea, lo que se ha dado en llamar el Espacio Europeo de Educación Superior, el aprendizaje, la docencia y la investigación se convierten en objetivos profesionales de las enfermeras comunitarias, y, por tanto una experiencia que debe verse reflejada en sus publicaciones. Todo este proceso debe recoger también las demandas laborales y la satisfacción profesional, así como la opinión de la población en torno a la asistencia brindada: imagen, satisfacción y demandas desde el punto de vista de los ciudadanos.



Objetivar y cuantificar la actividad netamente científica, creativa o investigadora, significa aportar pruebas o evidencias de la real transformación de una ocupación u oficio en una profesión en el sentido sociológico citado. Pero en el caso de la especialidad de enfermería comunitaria, significa ampliar sobremanera el campo de búsqueda de información por sus continuas, relevantes y naturales interacciones entre lo social, político, cultural y científico

Para este trabajo hemos tenido acceso a la información de la base de datos *Cuiden* en formato Pro-cite. El programa *Pro-Cite* es una base de datos especialmente diseñada para la gestión bibliográfica de información importada de bases de datos como *Science Citation Index (SCI)* o *Medline-Pubmed* o la biblioteca universitarias norteamericanas<sup>1</sup>.

*Cuiden* es la base de datos española enfermera más completa y hemos podido acceder a la base de datos *Cuiden plus*, caracterizada por la actualización diaria, cuya versión no está disponible “on line”. La fecha de consulta fue el 8/11/2004. Número total de documentos indexados: 38.004. Número total de artículos indexados: 29.957. Según<sup>2</sup> María Sobrido en *Cuiden* están indexadas 102 de las 116 revistas localizadas, más del doble que en la base de datos enfermera *Cuidatge*.

### *Perfil de Búsqueda*

De acuerdo con las características de este campo profesional el perfil de búsqueda utilizado ha sido el siguiente: “todos los campos” and “español<sup>3</sup> [artículo] and “atención primaria”

Esta búsqueda ha contenido 768 documentos con las siguientes características: son artículos que, están en español, contienen las palabras “atención primaria” y “enfermería” en alguno de sus campos.

---

<sup>1</sup> En la fase del Diploma de Estudios Avanzados se experimentó esta base de datos para la elaboración de los trabajos del mismo. “Riesgos microbiológicos y químicos en las aguas de consumo humano. Análisis bibliográfico (1997-2003)”, dirigido por Consuelo Miqueo. Presentado en Septiembre de 2003. Universidad de Zaragoza.

<sup>2</sup> Sobrido y col, 2005, pp.74-77.

<sup>3</sup> Al seleccionar el idioma español se están eliminando todos los artículos que estén en otros idiomas: inglés, portugués, italiano y francés.

Para la elaboración y valoración del Perfil de búsqueda hemos contado con la colaboración experta de Alberto Gálvez, responsable técnico de la base de datos *Cuiden*, y hemos tenido en cuenta los posibles falsos negativos y falsos positivos de la búsqueda realizada “ruidos” que en este caso son:

“Se consideran así a aquellos documentos que quizá no sean de interés: A) Tiene artículos publicados en revistas latinoamericanas de enfermería B) Tiene artículos de revistas que no son de enfermería. C) Puede haber seleccionado artículos que no necesariamente tengan que ver con las palabras de búsqueda porque los autores sean “enfermeras de Atención primaria”, por ejemplo<sup>4</sup>.

*Cuiden* indiza artículos de enfermería publicados en revistas médicas. Así la revista *Atención Primaria*, está incluida en la base de datos *Cuiden* con carácter selectivo. Incluye los artículos en los que publican enfermeras o enfermeras en colaboración con médicos de familia o cuando enfermería aparece en el título, independientemente de quienes sean los autores. Iguales criterios tienen *Cuiden* con otras revistas médicas, de Salud Pública o de otras disciplinas sanitarias o de las ciencias sociales que puedan ser interés para la enfermería, si bien estas últimas son poco significativas.

Se asume implícitamente que lo que hay es lo que está en *Cuiden* y, lo demás, es invisible o no existe porque no es recuperable, es decir es sociológicamente expresado irrelevante en la comunidad científico-profesional objeto de nuestro estudio.

El número total de documentos que han constituido el corpus teórico de nuestro estudio es de 768 referencias bibliográficas.

Hemos encontrado variaciones temporales en el área de cobertura temática y en su codificación de los documentos. Una de las limitaciones de la búsqueda ha sido la dificultad para conocer la autoría profesional de los artículos. En el campo de rol profesional, se encontraron 123 artículos adscritos a diversos términos: “Enfermería”, “Enfermera”, “DUE”, “médico/a”, “profesor/a”, “licenciado/a en Antropología”. En este mismo campo se encontraron 19 con el término “Enfermera”. Esta limitación nos ha impedido realizar el análisis tanto de la autoría profesional como de la de género ni cuantificar la colaboración de los equipos de trabajo interdisciplinares. Este campo no se rellena de forma habitual, debido a que no todas las revistas especifican la profesión de sus autores, dándose por hecho que los autores de los artículos de las revistas médicas son médicos. Esta limitación no puede

---

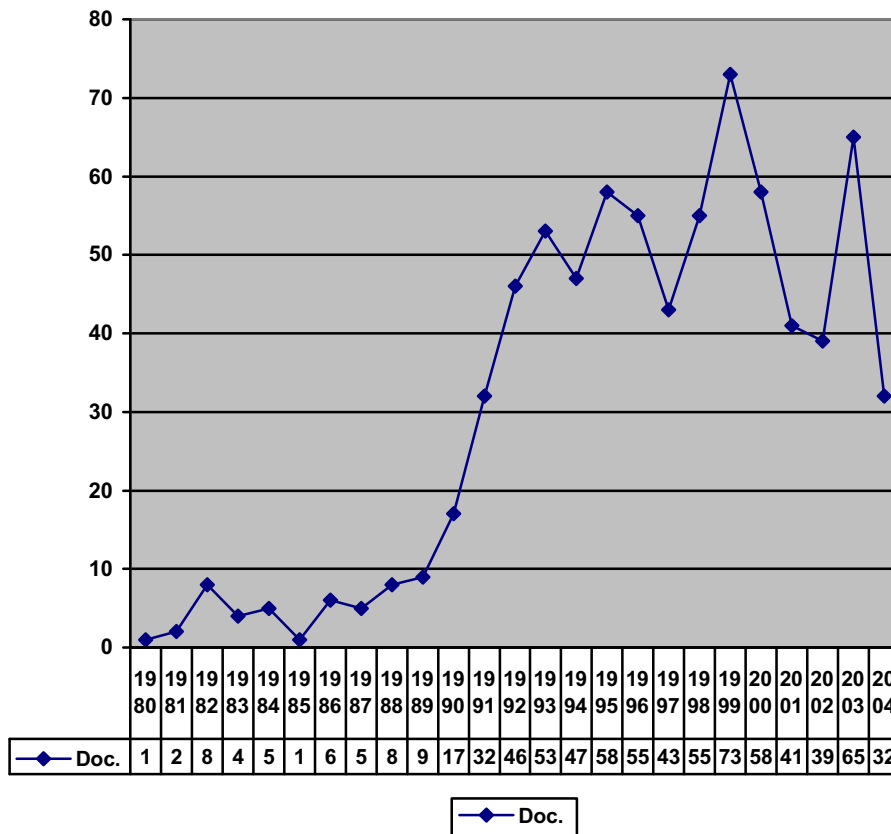
<sup>4</sup> La indización de artículos latinoamericanos en *Cuiden* comenzó en 1999.

imputarse a *Cuiden*, ya que no es habitual en las revistas que se indique el nombre de los autores o autoras; o bien, que se especifique sólo a partir de una determinada época o solo en algunas. Por ello hemos realizado una exploración sistemática sobre este punto.

Realizamos una comprobación tomando muestra aleatoria de tres periodos con una secuencia de 10 años en las revistas: Rol de Enfermería, Atención Primaria e Index y los resultados han sido similares a los hallazgos de la búsqueda, unas veces constan las profesiones y otras veces no. Dado que siempre aparece la institución de pertenencia si los autores son solo de una profesión, no consta de forma explícita, en cambio sí aparece la profesión si la autoría es multidisciplinar.

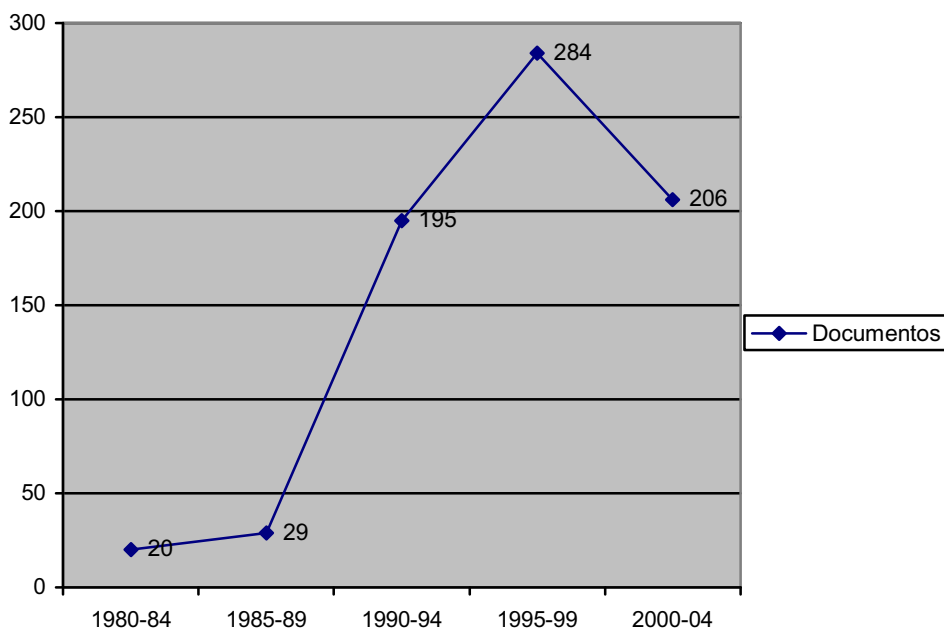
*Resultados cuantitativos*

Grafico nº 1. Distribución de la producción científica de Enfermería Comunitaria: 1980 - 2004.



La distribución por años y quinquenios refleja el proceso de institución científica de esta especialidad. Se iniciaron las publicaciones en la década de los ochenta con una gran tendencia creciente en los noventa, que parece decrece en los tres primeros años del dos mil, para remontar de nuevo.

Gráfico nº 2. Producción científica de la Enfermería Comunitaria entre 1980 y Septiembre de 2004.



Los primeros artículos de 1980 pertenecen a la *Revista Internacional de Enfermería* y dos años después se pueden obtener los primeros artículos de la revista *Rol de Enfermería*. Entre este año y 1986 se publicaron 21 artículos de *Enfermería de Atención Primaria*. Entre 1986 y el año 2000 fue el período más fructífero a igual que sucede en otras áreas de la enfermería<sup>5</sup>. A partir de 2000 se puede observar un descenso, con una lenta recuperación. Este último periodo se caracteriza por la aparición de revistas con formato digital. Debemos destacar el reciente nacimiento de una revista especializada en *Enfermería Comunitaria* en 2005 promovida por la FAECAP y cuya dirección técnica corresponde a la Fundación Index, siendo José Antonio Egea su director. Sus artículos no han sido recogidos en la búsqueda de este trabajo.

<sup>5</sup> Galvez et al., 2003, pp.73-77. Consultar también el trabajo sobre citas extranjeras realizadas por enfermeras españolas en 2003, pp. 76-79 (siguiente número de la revista *Index*)

Tabla nº 8. Distribución de la producción científica de enfermería comunitaria en las principales revistas de enfermería.

Revista	Artículos total
Rol	107
Enfermería Científica	110
Enfermería Clínica (*)	60
Index de Enfermería (**)	46
Atención Primaria	62
Otras	383
Todas	768

(\*) Desde 1991 (\*\*) Desde 1992

Tabla nº 9. Distribución quinquenal por revistas (1980-2004, Septiembre)

Temporalidad	Revista	Nº Artículos
1980-84	Rol	5
	Enfermería Científica	2
1985-89	Rol	10
	Enfermería Científica	8
1990-94	Rol	41
	Enfermería Científica	34
	Enfermería Clínica	11
	Index de Enfermería	4
	Atención Primaria	28
1995-99	Rol	30
	Enfermería Científica	39
	Enfermería Clínica	20
	Index de Enfermería	32
	Atención Primaria	22
2000-04 (*)	Rol	21
	Enfermería Científica	27
	Enfermería Clínica	29
	Index de Enfermería	10
	Atención Primaria	12

(\*) Faltan meses de Noviembre y Diciembre

En España, en 1978 nació la revista *Rol de Enfermería*, en plena transición enfermera como apoyo al nuevo plan de estudios universitario. En los noventa nació la *Fundación Index*, con doble dedicación a la investigación y, a las bases de datos, como hemos desarrollado en el capítulo cuarto. También se creó el grupo de enfermería INVESTEN del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS)<sup>6</sup>. Los primeros temas de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) aparecieron en 1996 en revistas técnicas británicas. En 1997 tuvo lugar la First National Conference on Evidence Based Nursing, auspiciada por el Royal College of Nursing y la revista *Nursing Standards*. En 1998 se llevó a cabo el Primer encuentro sobre Enfermería basada en la Evidencia en Barcelona y en 2002 en Granada por iniciativa de la Fundación Index. En 2004 se publicó el primer número de la revista *Evidentia* totalmente en formato electrónico, dedicada a la evidencia de los cuidados, bajo los auspicios de la Fundación Index.

La historia de la enfermería comunitaria y su producción científica, la historia de la reforma sanitaria contemporánea y la transición de la dictadura a la democracia son tres fenómenos interdependientes. En trabajos anteriores<sup>7</sup> dividimos el proceso de la transición democrática en tres etapas, tomando como referencia los cambios en la educación enfermera.

En la primera etapa (1977-1984), la del Inicio de la educación universitaria de la enfermería, se inició el plan de diplomados universitarios de enfermería en 1977 y la asignatura de Enfermería de Salud Pública. Fueron las primeras elecciones generales y la sociedad española inició la democratización de la vida pública, la transición de la dictadura a la democracia. En esta etapa la producción de la enfermería comunitaria es baja, con solo 21 trabajos.

En la segunda etapa (1984-1999), se inició la Reforma de Atención Primaria de Salud con la apertura de los primeros centros de salud en 1985, anteriormente, en 1984 se había creado la figura de la Enfermera de Atención Primaria de Salud (art. 58 bis). En 1986 se aprobó la Ley General, de Sanidad el mismo año en que España ingresó en la Unión Europea. Antes de finalizar la década, se llevaron a cabo la revisión de los planes de estudios universitarios. En 1991 el Informe Abril

---

<sup>6</sup> En 1988, el FIS aprobó por primera vez que el proyecto EDUCA (Educación para la Salud a Hipertensos y Familias) cuya directora principal era la doctora Zunzunegui pasara a dirigirlo la enfermera master en salud pública Germán.

<sup>7</sup> Germán, 2003. Obtuvo un accésit en el certamen de trabajos científicos del Colegio de Enfermería de Zaragoza en Octubre de 2004.

realizó una evaluación del sistema sanitario. En esta etapa la producción aumentó de forma paulatina, siendo lenta hasta los noventa -49 artículos- y un incremento exponencial en la década de los noventa, llegando a publicarse 478.

En la tercera etapa, con el inicio de siglo, el marco general es la globalización, el desarrollo sostenible y las tecnologías de la información; En 2002 finalizaron las transferencias sanitarias a la Autonomías. Los acuerdos de Bolonia marcaron el inicio de la Convergencia Europea de Educación Superior, siendo el año 2010, la fecha límite para acabar el proceso de convergencia. En 2005 se publicaron los primeros decretos de Grado y Postgrado para la adaptación española de la EEES a Europa. La puesta en marcha de los segundos ciclos enfermeros universitarios es un hecho que llevan a cabo ocho universidades desde 1998, como título propio, siendo el curso próximo 06/07 Master Oficiales, superando una época que limitaba la formación académica de la enfermería. La producción científica se espera que tome un auge mayor en número y en calidad.

#### *6.2. Etapa inicial: 1977-1984*

Es el comienzo de las publicaciones enfermeras y se corresponde con la transición democrática, a la vez que con la transición sanitaria y la enfermera, por tanto podemos hablar de las tres Transiciones: democrática, sanitaria y enfermera. Se vivió un contexto de cambio general de la sociedad, que quizás se acusó de manera más acentuada por los sectores o grupos menos privilegiados. En la segunda mitad de los setenta, España se encontraba inmersa en una gran crisis económica como consecuencia de los precios del petróleo de 1973. Algunos hitos políticos señalan la transición democrática: los pactos de la Moncloa (1976), la legalización del partido comunista (1977), las primeras elecciones generales (1977) y la aprobación de la Constitución (1978). En enfermería se realizó la reforma de los planes de estudio de Ayudante Técnico Sanitario, y el nuevo plan pasó a denominarse Diplomado en Enfermería, incluido en la Universidad con el grado de Diplomatura (1977).

En la década de los setenta hay un resurgir del movimiento feminista, que dará lugar a un importante auge de los estudios de género en este periodo<sup>8</sup>. Hechos de gran convulsión social que marcaron este periodo son: la matanza de los abogados de Atocha, el regreso del exilio de significativos políticos como Alberti, Dolores Ibarruri y Tarradellas. Con este último se instauró de nuevo la Generalitat catalana. Culturalmente canciones y películas identificaron este período: el *Canto a la Libertad* de Labordeta, películas como *Ese oscuro objeto del deseo* de Buñuel, *la Naranja mecánica* de Kubrik, *El gran Dictador* de Chaplin y el *Acorazado Potemkin*, pudieron ya verse en los cines españoles.

La Sanidad Española era sobre todo hospitalaria, dividida en 17 instancias entre Ministerios, Direcciones Generales y Organismos Autónomos. Algunos datos relevantes de este período son: “Un 3,3% de Enfermedades Infecciosas (en Europa 0,9%); el consumo de medicamentos suponía el 50% del presupuesto, sobre todo Psicofármacos”<sup>9</sup>.

La Prevención era casi nula y había escasos medios en la sanidad rural. Como ahora, éramos el número uno en accidentes laborales en Europa. A finales de los setenta se creó el Ministerio de Sanidad y a principios de los ochenta se produjeron las primeras transferencias de la sanidad a las comunidades que habían obtenido la autonomía por el artículo 151, es decir: Cataluña, País Vasco y Andalucía.

En 1976 el colectivo profesional enfermero, fragmentado como consecuencia de la ley de 1953 que estableció las tres secciones profesionales colegiales, salió de su largo letargo e inició un activo y fructífero debate que acabó con logros tales como: ubicación de los estudios en la Universidad como Escuelas Universitarias, recuperación de la denominación enfermería, unificación colegial y reconocimiento de técnicos de grado medio con el coeficiente 3,6 o módulo 8. Como en todas las esferas de la sociedad española se carecía de información básica como saber cuántos profesionales éramos y como estábamos distribuidos.

La nueva formación universitaria enfermera introdujo notables diferencias en el plan de estudios enfermero respecto al anterior del Ayudante Técnico Sanitario. Destacamos los siguientes aspectos: 1. Perspectiva científica en la globalidad de la

---

<sup>8</sup> Larrumbe, 2002, p. 139

<sup>9</sup> Infante, Alvarez, Germán, 1975, p.220.



enseñanza, mediante el estudio del método científico. 2. Proporción igualitaria entre contenidos teóricos y prácticos. 3. Formación *en el ámbito comunitario*. 4. Papel diferenciado e identidad propia del profesional enfermero. 5. Concepción de la persona como ser biopsicosocial e incorporación de ciencias humanas. 6. Capacitación de los profesionales para funciones más complejas como, realizar juicios críticos, tomar decisiones y reorientar sus actividades de acuerdo a las transformaciones sociales, las demandas y necesidades de salud de la sociedad.

La producción científica en enfermería comunitaria en esta primera etapa fue escasa. Los primeros artículos se publicaron en 1980 en *la Revista Internacional de Enfermería* publicada por el Consejo Internacional de Enfermería en español. El primer artículo de enfermería comunitaria que publicó *Rol* recoge los resultados de una importante reunión de expertos:

“Unos cuarenta profesionales de la enfermería española, y tres observadores extranjeros- invitados por la Organización Mundial de la Salud OMS- se reunieron en Barcelona, entre el 14 y el 18 de marzo pasado, en la I Conferencia Nacional de Enfermería y Atención Primaria, cuya organización, y patrocinio, fueron compartidos por el Ministerio de Sanidad y consumo, el departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, la Asamblea Catalana de la Cruz Roja y la Universidad Central de Barcelona, con el apoyo internacional de la OMS. Como es natural, ROL estuvo allí”<sup>10</sup>.

Lo que sigue es una síntesis -objetivos y razones de la reunión- de aquellos cinco días, estructurada en torno a dos entrevistas, una con la doctora Amelia Mac Lacas, responsable de enfermería de la OMS y la otra con Olga Verderese, brasileña, enfermera y experta de la OMS. Ambas fueron realizadas por R. M<sup>a</sup> Alberdi<sup>11</sup>

Los primeros pasos de la enfermería de finales de los setenta, con las escuelas incluidas en la Universidad, se caracteriza mas por “lo que no se debe hacer” que por especificar unas propuestas concretas. La rebeldía frente al autoritarismo está presente en toda la sociedad española que tiene grandes deseos de libertad y de liberarse de la pesada losa de carga moral heredada del franquismo. Como en otras áreas de la sociedad española, las enfermeras que toman la iniciativa son personas comprometidas con la joven democracia y la modernización de la enfermería es una manera de contribuir al desarrollo del Estado Español democrático. La dirección de las coordinadoras formada por enfermeras elegidas democráticamente en las

---

<sup>10</sup> La revista *Rol de Enfermería*, su nacimiento supuso un verdadero hito histórico y fue el principal medio de comunicación de la naciente enfermería científica.

<sup>11</sup> OMS, 1983, pp.32-37.

asambleas de centros hospitalarios y la movilización que se produjo en esa etapa, está señalada por líderes sindicales con un papel relevante de los sindicatos Comisiones Obreras y la Unión General de Trabajadores. Posteriormente, apoyaron las elecciones colegiales y en algunos casos se incluyeron en sus candidaturas. Sin embargo, el deseo de cambio de la enfermería, de salir del “guetto” en el que estaba metida desde décadas, fue tan fuerte que, hubo numerosas personas implicadas en el movimiento, de manera que, fueron los objetivos profesionales los que significaron el cambio. En la encuesta de Martín<sup>12</sup> realizada a finales de 1976 en las enfermeras y ATSF de Madrid, solo el 2% manifestó en desacuerdo con las movilizaciones o “revolución de las batas blancas”

Los objetivos fueron: Ampliar el papel profesional, ofrecer nuevos servicios a la sociedad y lograr más autonomía profesional. El clima de libertad que se fue creando en la Transición Democrática permitió que las enfermeras y enfermeros de diversa ideología y en toda la geografía española, comenzaran a proponer iniciativas para resolver problemas sanitarios. La necesidad de medicina preventiva era una opinión generalizada, mientras que el concepto de atención primaria<sup>13</sup> estaba más desarrollado en los grupos vanguardistas, imbuidos por los principios de Alma Atá y que leían las obras de Salud Pública y Epidemiología de Hernan San Martín y planteaban cambios profundos. Fueron libros de obligatoria referencia en los cursos que se realizaron en toda España.

La experiencia biográfica ilustra algunas experiencias como la de la delegación de Salud de Sevilla, en la que un grupo de enfermeras de UCI acudían a las sesiones que sobre Salud Pública dirigía el entonces Jefe provincial de sanidad. Estuvieron en aquellos cursos: Esperanza Ruiz Arias, posteriormente jefa de sección de la Dirección General de Atención Primaria, Juana Cortes Gallego y Carmen Gutiérrez, responsables de formación continuada, posteriormente se incorporaron algunos médicos de familia. Estas actividades voluntarias que duraron más de dos años, nacieron de manera natural como experiencia del trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las enfermeras manifestaban que, en muchas ocasiones, poco se podía hacer por los enfermos en este servicio sanitario, y de ahí surgió la inquietud de estudiar la prevención de la enfermedad. También hubo cursos sobre Salud Pública y Proceso de Enfermería en el Colegio de enfermería

---

<sup>12</sup> Martín, 1978, p.201

<sup>13</sup> Krebs, 1982, pp. 7-8.

de Sevilla, en los que se establecieron relaciones entre profesores enfermeros y asistenciales y entre la Comunidad Andaluza y la Madrileña.

El Sistema Sanitario español a finales de los setenta seguía siendo curativo y el hospital el lugar de referencia. La primera obra colectiva que muestra esta inquietud es *Cambio Social y Crisis Sanitaria*<sup>14</sup>, en la que se abordaron los problemas más acuciantes de la Sanidad Española y también la imperiosa necesidad de la reforma educativa de la enfermería. El ambulatorio era el espacio de la atención primaria y los médicos de cupo tenían una jornada de dos horas y media que compaginaban con otros trabajos, con escaso control de compatibilidad incluso horaria. Sin embargo es estos ambulatorios donde encontramos las primeras experiencias innovadoras de trabajo en equipo con médicos, en las que las enfermeras van a ejercer funciones educativas. Estas innovaciones se van a iniciar a primeros de los ochenta y se hicieron públicas varios años después.

#### *Etapa de reformas sanitarias radicales: 1985-1999.*

Entre 1985 y 1999 se produjeron la Reforma de la Atención Primaria, la Ley de Sanidad, entrada en la Unión Europea y la reforma de la Enfermería de Atención Primaria a la vez que una gran expansión de las publicaciones.

La década de los ochenta fue de gran actividad en todos los órdenes de la sociedad española. En Sanidad, en Enero de 1984 se inició la reforma de la Atención Primaria de Salud, sus precedentes hay que buscarlos en los años inmediatamente anteriores. Varios son los factores que inspiraron el nuevo papel de la enfermería en la reforma sanitaria de la Atención Primaria de Salud: las innovaciones surgidas desde la base, la presencia de enfermeras en los niveles de planificación sanitaria, la efectividad del reformado plan de estudios de enfermería y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Factores que respondían a la inquietud de gran parte del colectivo enfermero que se sentía obsoleto y desfasado en su labor profesional y cuyas expectativas coincidían con las metas de Alma Atá y las publicaciones de la OMS.

---

<sup>14</sup> Infante, Alvarez, Germán, 1975.

### 1. Publicaciones extranjeras y españolas

En los ochenta y los noventa llegan a España diversas obras del ámbito anglosajón de enfermería comunitaria: *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*, 1984 de Wright<sup>15</sup> es una importante contribución al trabajo comunitario enfermero, en el que se fundamenta la importancia de la familia en cooperación con el cuidado profesional. *Chronic illness across the life span*<sup>16</sup> en 1983 en las que autoras hacen importantes aportaciones sobre los diversos conceptos de enfermedad crónica y sus consecuencias asistenciales. *The Science and art of self-care*. Richl-Sisca<sup>17</sup>, 1985. *Self-care nursing*. 1985 Hill<sup>18</sup>. Atención primaria orientada a la comunidad Sidney<sup>19</sup>

En 1994 se publicó *Community as Partner. Theory and practice in nursing*. Anderson<sup>3</sup> en 1996. *Community Health Nursing. Concepts and practice*, 1996. Spradley<sup>20</sup> *Community Health Nursing*, 1998. Klainberg<sup>21</sup>. *Advance practice nursing in the community*, 1998 de Helvie<sup>22</sup>.

En España, la traducción de la obra *Diagnóstico de enfermería*, Carlson<sup>23</sup> fue un primer referente metodológico para la puesta en marcha de los primeros programas de consulta de enfermería<sup>24</sup> de crónicos, junto con los trabajos de Campbell y Carpenito. Fue importante contar con la veterana revista enfermera *Rol de Enfermería* que ya contaba con una sección dedicada a la Atención Primaria. Con Netzel<sup>25</sup> *Los Protocolos de Enfermería*, 1988 inició la serie de la Calidad Asistencial Enfermera. Diversos trabajos abordaron la metodología enfermera en atención primaria Valle y Niño<sup>26</sup> *El Proceso de Atención de Enfermería*, 1992. Y de manera específica sobre diagnósticos enfermeros, Sale<sup>27</sup> en 1991 *Diagnósticos enfermeros*,

---

<sup>15</sup> Lorraine y Maureen, 1984.

<sup>16</sup> Margaret y Susan, 1983.

<sup>17</sup> Richl-Sisca, 1985.

<sup>18</sup> Hill y Smith, 1985.

<sup>19</sup> Sidney, Kark, Abrason y Gofin, 1994.

<sup>20</sup> Walton y Allender, 1996.

<sup>21</sup> Klainberg, Holzemer, Leonard y Arnold, 1998.

<sup>22</sup> Helvie, 1998.

<sup>23</sup> Carlson, Craft y McGuire, 1982.

<sup>24</sup> Jiménez y Ruiz, 1985.

<sup>25</sup> Netzel, 1988.

<sup>26</sup> Valle y Niño Martín, 1992.

<sup>27</sup> Sales, 1991..

Cuesta<sup>28</sup> en 1994 *La adaptación al contexto español de los diagnósticos enfermeros*, y Luis<sup>29</sup> en 1995 *Diagnóstico de enfermería, un instrumento para la práctica asistencial*.

La Junta de Andalucía y el Ministerio de Sanidad publicaron diversos trabajos de apoyo a la reforma sanitaria. Las publicaciones enfermeras son varias: *Formación continuada de enfermería en los centros de salud* y *La Consulta de Enfermería*, (ambas en 1987) de Jiménez<sup>30</sup> y Gutiérrez<sup>31</sup>. *Avance de la enfermería en el siglo XX*<sup>32</sup>. Y también las primeras obras de autor. *La enfermera de atención primaria*, 1988 de Antón<sup>33</sup>, una reflexión sobre los cambios que se están produciendo. *Enfermería y Centros de Salud*, 1988 de G<sup>a</sup> Sanz<sup>34</sup>, obra aplicada muy práctica para las nuevas tareas en centros de salud. Paralelamente hay toda una serie de publicaciones en actas de Jornadas y Congresos que se recogen en puntos sucesivos

En 1989 se publicó el primer número de la revista *INDEX de Enfermería* con un monográfico sobre *Visita Domiciliaria*. Al año siguiente, con ocasión de las Jornadas Andaluzas de Enfermería se publicó el segundo número sobre el *Diagnóstico de enfermería*; En 1992 salió esta revista de manera sistemática con importantes contenidos de Enfermería Comunitaria. Son destacables los números dedicados a Cuidados Naturales, Atención Domiciliaria, Autocuidados, Lactancia Materna y Enfermería Comunitaria.

El texto de Milla<sup>35</sup> en 1992 *Temas de Enfermería Comunitaria*, sirvió de referencia para la preparación de enfermeras que optaban a pruebas para plazas en los centros de salud públicos. Este trabajo ha tenido varias ediciones. López Martín<sup>36</sup> en 1994 con *Atención Domiciliaria*, y González en 1994 con *Fundamentos de Enfermería en Atención Primaria*, recogieron las aportaciones de un buen

---

<sup>28</sup> Cuesta, Benavent y Guirao, 1994.

<sup>29</sup> Luis, 1995.

<sup>30</sup> Jimenez Gutierrez, (1) 1987.

<sup>31</sup> Jimenez y Gutierrez, (2) 1987.

<sup>32</sup> Jornadas, 1988.

<sup>33</sup> Antón, 1989.

<sup>34</sup> García Sanz, 1989.

<sup>35</sup> Milla, Prieto y Amezcua, 1992.

<sup>36</sup> López, 1994.

número de profesionales con experiencia en centros de salud. De temas interdisciplinarios destacamos los trabajos de *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*, 1994, Sánchez<sup>37</sup> y *Planificación educativa en ciencias de la salud*, 1995 G<sup>a</sup> Barbero<sup>38</sup>

## 2. Primeros manuales de salud pública y enfermería comunitaria

Los noventa es una década en la que publican diversos textos de estudio y manuales para estudiantes, de autora española, dirigidas por enfermeras y enfermeros y con colaboraciones interdisciplinarias. La obra de Alfonso y Alvarez Dardet<sup>39</sup> en 1992 *Enfermería Comunitaria I*, fue el primer manual de enseñanza de la disciplina escrito por una profesora enfermera y un profesor médico de la Universidad de Alicante. Al año siguiente 1993 salió el segundo tomo *Enfermería Comunitaria III Caja*<sup>40</sup> de la Universidad de Barcelona. Importante fue la obra de Mazarrasa<sup>41</sup> en 1996 *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, un importante compendio y obra de referencia para la enfermería española y otros profesionales de la Atención Primaria y Salud Pública. Esta obra ha tenido varias reimpressiones y una segunda edición En 2003, sus editores proceden de las Universidades de Valencia, Zaragoza, Murcia y del Instituto de Salud Carlos III y de otras instituciones españolas. También en 1996, Icart<sup>42</sup> de la Universidad de Barcelona publicó *Enfermería Comunitaria II: Epidemiología*.

## 3. La Consulta Enfermera

En *Cuiden* hemos encontrado 98 artículos, de los que 24 se refieren a crónicos. Los primeros artículos publicados, son de índole prescriptiva y sugieren forma de organización. El primero, de Pedro Villalta del ambulatorio General Ricardos de Madrid, trataba de dar las pautas para poner en práctica una consulta de

---

<sup>37</sup> Sánchez, Ramos y Maset, 1994.

<sup>38</sup> García Barbero, Alfonso, Cancillo y Castejón, 1995.

<sup>39</sup> Alfonso y Alvarez Dardet, 1992.

<sup>40</sup> Caja y López Pisa, 1993.

<sup>41</sup> Mazarrasa, Germán, Sánchez, Sánchez, Merelles, Aparicio, 1996. dos reimpressiones y 2<sup>a</sup> ed. 2003. Se distribuye por toda Latinoamérica.

<sup>42</sup> Icart, Guàrdia e Isla, 1996. 2<sup>a</sup> ed. 2003.

enfermería dando unas normas de organización de la consulta, las actividades a desarrollar, el procedimiento a seguir y los medios con los que ha de contar dicha consulta<sup>43</sup>. El segundo artículo corresponde al equipo multidisciplinar e intersectorial de enfermero asistencial y profesores de la Escuela de Enfermería de Zaragoza<sup>44</sup> y propone pautas de actuación de los enfermeros en las consultas de enfermería ante la atención a los obesos. El tercer artículo se publica como los anteriores en *Enfermería Científica*, en Elche. Su autor cuestiona “la asignación de enfermeras a los médicos en lugar de a los pacientes”. Trata otros temas que han sido objeto de polémica intensa en estos 25 años como: el confuso e insuficiente aparato legislativo sanitario, la mala gestión y distribución de los recursos, junto a la nula participación de las enfermeras/os en la planificación y administración sanitaria. Limita las oportunidades para el desarrollo de la enfermería y la salud de los españoles”<sup>45</sup>.

El equipo interdisciplinar de Madrid, grupo CESCO, publicó en *Rol* el primer artículo sobre consulta de enfermería en 1989 y aportaron un concepto positivo de la misma

“La necesidad de partir de un nuevo concepto de salud y de cuidados que tenga en cuenta no sólo la interacción del enfermo con su dolencia, sino también con su propia identidad personal y su entorno familiar y social, es evidente. En este contexto se enmarcan las denominadas consultas de enfermería, como una solución eficaz dentro del ámbito de la atención primaria, para ofrecer los servicios de calidad que precisa la población”<sup>46</sup>,

En su artículo de 1990 el enfermero andaluz Manuel López Morales, hoy presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) abordó el tema de la calidad de la consulta y utilizó por vez primera el término “autocuidado”. Tomó a los diabéticos como referentes y evaluó una consulta del centro de Salud Torreblanca de Sevilla, el primero de los cuatro centros que se abrieron en Sevilla, en noviembre de 1985.

“Los resultados arrojan cifras significativas sobre el positivo impacto de la consulta de enfermería – a los 5 años de su apertura- en el autocuidado de los pacientes diabéticos, ya que el 70%, se

---

<sup>43</sup> Villalta, 1988, pp. 4-6.

<sup>44</sup> Boada, Ruiz, Tobajas, 1988, p.p 7-11.

<sup>45</sup> Gracia, 1988, pp.15-21. Hay que precisar que la asignación no se hizo a médicos sino a la población asignada a médicos, ya que fue la fórmula más fácil. Este equívoco es frecuente y creo que podemos atribuirlo a la imagen inseparable de la enfermera del médico. Un punto que fue motivo de debate era la proximidad de la consulta enfermera al lado de la médica, y si era posible, con puerta entre ambas. Esto tenía la explicación de la funcionalidad de aclarar dudas sobre la marcha, pero también podemos interpretarlo como manifestación del control del médico sobre la enfermera y de la propia inseguridad de la enfermera en su nuevo papel.

<sup>46</sup> López, Rodero, García y Gervas, 1989, pp. 15-18.

autoanaliza la glucemia por punción capilar y un 90% se autoinyecta la insulina, la atención recibida la califican de buena o muy buena... resulta ser muy eficaz en la consecución de sus objetivos"<sup>47</sup>.

En 1990, González y col. abordaron las necesidades nutritivas en el embarazo.

"A partir de una correcta diferenciación entre aquellos alimentos energéticos y lo no energéticos; seguido de los factores que influyen en las necesidades nutritivas, al patrón ponderal de la embarazada. Elaborando una dieta cualitativa y cuantitativa en el embarazo; y resumiendo con todas aquellas precauciones que deben tener presentes en su estado. Una correcta alimentación es un importante pilar para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La mujer embarazada es un cliente de la atención primaria de enfermería con suficiente motivación como para ser receptiva ante todos estos temas"<sup>48</sup>

Los primeros cinco años de los noventa destacan la relevancia y la eficacia de la consulta de enfermería como actividad preventiva en el despistaje de los hipertensos<sup>49</sup>, la eficacia del Autocuidado *versus* autocontrol de los diabéticos, la Satisfacción de los usuarios y el aumento de la Calidad. Así, Gil y col. en Barcelona en 1991, destacaban que:

"Fueron sometidos a estudio 82 pacientes que presentaban hipertensión arterial, diabetes, obesidad e hiper-colesterolemia, de forma simple o asociadas entre ellas, durante un período de 20 meses, realizándose 1240 visitas en la consulta de enfermería para el seguimiento, evolución de la enfermedad, prevención de complicaciones y educación sanitaria de los pacientes. Los resultados confirmaron la mejoría clínica y la buena evolución de los pacientes, poniendo de manifiesto la importancia de la consulta de enfermería en los centros de asistencia primaria, practicada de forma metódica y protocolizada para el control de enfermos con patologías crónicas"<sup>50</sup>.

La revista de los médicos de familia *Atención Primaria* publicó su primer artículo en 1988, titulado *Contenido y organización de una Consulta de Enfermería* por el equipo interdisciplinar CESCA de Madrid

"Todos los pacientes son vistos por la enfermera para abrir historia y según valoración derivará al médico o realizará un plan de cuidados. Las actividades son: 1. abrir historia. 2. actividades preventivas: contra el tabaco, a favor del ejercicio físico, vacunaciones, detección de hipertensión y de cáncer de mama, prevención de accidentes infantiles. 3. Prevención en pacientes crónicos: obesos, hipertensos, diabéticos, de gota, varices, estreñimiento, encamados, mentales-sociales, osteoporosis y 4. Actividades curativas según oportunidad. El tiempo medio es de diez-doce minutos. Señalan la necesidad de mejor formación en entrevista y educación para la salud y en disponer una hoja de prevención. Concluyen que: la consulta de enfermería, aunque sometida a debate, es aceptada por profesionales y pacientes"<sup>51</sup>.

En Córdoba el equipo interdisciplinar de Calvo y col.<sup>52</sup> concluyeron que disminuyó el número de consultas médicas y el gasto farmacéutico, al igual que los

---

<sup>47</sup> López, 1990, pp. 5-8.

<sup>48</sup> González, Marqués, Pérez y Prada, 1990, p.178-184.

<sup>49</sup> Anadón, Larrosa, López, Lucea, y Olivares, 1991, pp. 7-22.

<sup>50</sup> Gil, Fontova, y Climent, 1991, pp. 569-575.

<sup>51</sup> Pérez, López y Gervás, 1988, pp. 272-6.

<sup>52</sup> Calvo, Montero, Barco, Tapia y Aragón, 1989, pp.566-71.



indicadores de demanda asistencial (intensidad de uso, intensidad de uso repetido, rotación y extensión de uso). Similares resultados obtuvieron el equipo interdisciplinar de Llauger<sup>53</sup> en Barcelona en 1990 que destacan el relevante papel de enfermería en el registro de la historia, el seguimiento de crónicos 40% y baja actividad preventiva, lo cual no sorprende debido a la falta de un protocolo “ad hoc”, tema que se proponen corregir. En los noventa se publicaron artículos en numerosas revistas profesionales y en todo el territorio español. La prestigiosa revista médica *Jano* contempló la consulta de enfermería como una de las actividades alternativas en Atención Primaria<sup>54</sup>.

Torra<sup>55</sup>, en 1990 describió las diversas actividades de enfermería en centros de salud y las diversas modalidades de consulta de enfermería: espontánea conjunta, espontánea de enfermería, programada conjunta, programada de enfermería, atención domiciliaria. Los resultados confirmaron la mejoría clínica y la buena evolución de los pacientes, poniendo de manifiesto la importancia de la consulta de enfermería en los centros de asistencia primaria, practicada de forma metódica y protocolizada para el control de enfermos con patologías crónicas. En 1992 Arazola y col.<sup>56</sup> en Huelva, obtuvieron similares resultados no solo en diabéticos de los que un 87,3% se autoinyectaban insulina sino también con hipertensos y enfermos polipatológicos. En el mismo año Oliva<sup>57</sup> en Barcelona, analizó la variación en el Índice de Masa Corporal entre dos grupos de intervención con reducción de peso y medidas higiénico dietéticas y el grupo control. Los resultados fueron estadísticamente significativos y positivos hacia la educación sanitaria. Similares resultados obtuvieron G<sup>a</sup> Sánchez y col.<sup>58</sup> en La Coruña, con enfermos diabéticos. En 1992 en Valencia, Morales<sup>59</sup> describió los pacientes hipertensos controlados en un programa de seguimiento de enfermos crónicos de tres barrios de diferentes características socioeconómicas. La técnica empleada de la determinación de la presión arterial y los criterios diagnósticos fueron los recomendados por la OMS y la AHA. Pusieron en evidencia la dificultad que puede presentar la educación sanitaria

---

<sup>53</sup> Llauger, Muñoz, Solá, 1990, pp. 190-193.

<sup>54</sup> Beltrán y Delás, 1991, pp. 63-66.

<sup>55</sup> Torra, 1990, pp. 37-43.

<sup>56</sup> Aráosla, Contreras, Sánchez, Mora y Casado, 1992, pp. 911-915.

<sup>57</sup> Oliva, 1992, p.p 599-603.

<sup>58</sup> García, Raña, Castro, Romero, Sanpedro, y García, 1992, pp. 4-11.

<sup>59</sup> Morales, Llopis, Ruiz, y Domingo, Cebrián, 1992, pp. 27-31.

en función de las características de la población, la posible reducción indiscriminada de la calidad de vida en pacientes en que la reducción sódica puede no presentar efecto hipotensor apreciable y la necesidad del control cardiológico protocolizado. En 1993, Lozano y col.<sup>60</sup> en Zaragoza, obtuvieron resultados positivos sobre la educación grupal a hipertensos que lograron un mejor control dietético y farmacológico. Estudios con diseños cuasi-experimentales sobre HTA<sup>61</sup> y obesos<sup>62</sup>. En Huesca Abad y col. analizaron los cuidados de Enfermería registrados en horario de atención continuada en ocho zonas de salud rurales. Los resultados indicaron que:

“Se producía una media de 1,3 (+/- 0,14) cuidados por 1000 habitantes y día. El 80,4% de los cuidados son prestados en centro. Un 25,9% son valorados como urgentes en la solicitud. El 65,1% corresponden a adultos. Un 8,7% son pacientes desplazados. Un 61,7% de los cuidados corresponden a inyectables, seguidos de 23% de curas y 5% de registros de tensión arterial. Un 14,9% de los cuidados se prestan a partir de las nueve de la noche”<sup>63</sup>

Los niños con enfermedades crónicas también fueron objeto de la atención enfermera. Un primer foro de debate de este problema, en 1990 fue el de Rizo y col. encontraron resultados positivos:

“Los niños obesos (n=51) de un valor medio de índice de Shukla inicial de 138,4 (SD 18,0) han pasado a 129,7 (SD 16,3), siendo significativa dicha diferencia ( $p < 0,01$ ) y de los delgados (n = 25) de 81,3 (SD 4,1) a 88,1 (SD 5,9), asimismo significativa ( $p < 0,001$ ), tras la evaluación de un programa de educación nutricional con niños de 2 a 8 años. En este trabajo los obesos adelgazan y los delgados engordan, indican la importancia de la educación nutricional infantil, hoy una epidemia en nuestro país”<sup>64</sup>.

Merece destacarse los simposios de Salud Materno-Infantil que organizó el Servicio Andaluz de Salud. En el "IIº Simposio de Salud Materno-Infantil" celebrado en Granada los días 2 y 3 de julio de 1992 que, en esta ocasión, versó sobre "La Atención al niño con problemas crónicos". Ponce<sup>65</sup> reflexionó sobre las estrategias de atención al niño crónico dentro del programa de salud materno-infantil del Servicio Andaluz de Salud, donde desarrollaba su trabajo el autor.

La Consulta de Enfermería estuvo inicialmente asociada a la atención a los enfermos crónicos, en sus diversas denominaciones: programa del diabético, del hipertenso, EPOC, osteoarticular, o bien como factores de riesgo. A medida que

---

<sup>60</sup> Lozano, Arenaz, Martínez y Cortel, 1993, pp.143-146.

<sup>61</sup> Germán, Zunzunegui, Luna y Pedraza, 1994, pp. 3-7

<sup>62</sup> Vila, Llor, Pellejo, Gisbert, Jordana y Casacuberta, 1993, p. 298.

<sup>63</sup> Abad, Escayola, 1993, pp.15-21.

<sup>64</sup> Rizo y Cortés, 1990, pp. 96:32-35.

<sup>65</sup> Ponce, 1993, pp.19-23.

avanzó en el tiempo se contemplaron otras funciones y otros grupos de población. A finales de lo noventa, una vez verificada la calidad de la atención enfermera, se abordaron nuevos problemas. Así en 1997 Marquilles y col. en una zona de salud urbana, joven, con bajo índice de paro y ocupación laboral en el sector terciario de Lérida, detectaron combinando datos epidemiológicos e informantes clave que:

“Los principales problemas de salud fueron las enfermedades del aparato circulatorio, el tabaquismo y patologías relacionadas con este hábito, las enfermedades mentales, del aparato locomotor, depresión y cáncer de mama”<sup>66</sup>.

En 1998 G<sup>a</sup> Maeso y col. abordaron los cambios producidos en el hábito tabáquico del diabético, tras un consejo protocolizado con seguimiento en 13 consultas de enfermería durante 18 meses, obtuvieron resultados positivos:

“Un 25% de los diabéticos intervenidos inició el abandono del tabaco; de este porcentaje, un 9% lo mantuvo más de 6 meses sin fumar. Otro 27% redujo el consumo. Por ello si bien, la consulta enfermera se comenzó con los enfermos crónicos se fue ampliando el ámbito de actividades a todos los grupos de población que se atienden en Atención Primaria”<sup>67</sup>

La enfermería comunitaria ha avanzado tanto en la diversificación de sus intervenciones como en la metodología de investigación, utilizando técnicas cualitativas para conocer las necesidades desde el punto de vista de los protagonistas de la atención. Así en 1998 Gonzalo Duarte y equipo estudiaron a través de grupos de discusión las intervenciones de enfermeras de 40 consultas de enfermería de Atención Primaria en Tenerife. En los resultados de este estudio se puede observar que la atención en la consulta enfermera ya no es solo por derivación médica, que se atienden niños y que además de los crónicos adultos y mayores se atienden factores de riesgo y se realiza educación para la salud.

“Se recogieron los datos en una hoja de registro por paciente atendido, se obtuvieron los datos siguientes: en cuanto a la edad, un 22% de los usuarios eran menores de 14 años, y un 78% mayores de esa edad. El 39,8% eran hombres y el 57% mujeres. El origen de las intervenciones es en un 28,7% de los casos el médico, en el 25,5% la enfermera, en el 22,2% los programas de salud, en el 14,1% el propio usuario y en un 1,4% otros profesionales. Por grupos de intervenciones los resultados fueron: 7,76% corresponde al grupo de aplicación de tratamientos, el 6,76% a las técnicas diagnósticas, el 30,29% a valoraciones de salud y factores de riesgo, el 15,06% a valoración de adherencias al tratamiento, el 25,71% a las intervenciones de educación sanitaria, el 4,73% a intervenciones relacionadas con inmunizaciones, el 9,51% a actividades no asistenciales y 0,16% a otras, referidas a intervenciones no filiadas. El 71% de las intervenciones se dedican a la educación sanitaria y valoraciones de salud, factores de riesgo y adherencias al tratamiento”<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Marquilles, Quesada, Florensa, Piñol, Cruz y Rodríguez, 1997, pp.73-78.

<sup>67</sup> García, Cuevas, Cantarero y Martínez, 1998, pp.37-41.

<sup>68</sup> Duarte, Montesinos, Sarduní, Sicilia y Aparicio, 1998, pp. 203-209.

En 1999 son varios los trabajos: Parera y col.<sup>69</sup> en Reus (Tarragona) realizaron un estudio sobre la predicción subjetiva y el abordaje preventivo de diabetes mediante medidas educativas. Son destacables los trabajos interdisciplinares a finales de los noventa en los que se pone de manifiesto la mejora obtenida por los pacientes cuando se comparan resultados entre los controles tradicionales y los realizados por las enfermeras en su consulta combinados con la consulta médica. Así en Toledo, Saéz y col.<sup>70</sup> observaron una mejoría en el control de los Hipertensos, 93% seguidos en consulta de enfermería, siendo el promedio de controles anuales por HTA fue de 2,69 médicos y 8,73 de enfermería. Similar abordaje interdisciplinar realizaron Martínez y col. A la hora de analizar la influencia del observador médico o enfermera en la toma de cifras de presión arterial ambulatoria y la masa del ventrículo izquierdo, concluyeron que:

“Es conveniente que sea el personal de enfermería -y no el médico- quien efectúe de forma sistemática las lecturas de presión arterial en las consultas de atención primaria ya que hay mejor correlación entre la toma enfermera ambulatoria y la masa del ventrículo izquierdo”<sup>71</sup>.

#### 4. Educación y Promoción de Salud

Las actividades educativas se realizan con los enfermos crónicos y ya han sido comentados. Sin embargo, las actividades de educación para la salud y promoción de salud forman parte de la mejora de la salud y son parte inherente de los cuidados de enfermería, asociados a las consultas de enfermería, a los programas de salud o a cualquier actividad de enfermería comunitaria. Encontramos 96 artículos en Cuiden. Uno de los primeros artículos de los ochenta Mira y col.<sup>72</sup> se congratulaban de la recuperación del papel de educadoras de las enfermeras y en su caso, de las matronas. En 1990 Lacarta y col.<sup>73</sup> describieron la experiencia del Centro de Salud de Valdefierro, en Zaragoza, donde se había implantado un Programa que potenciaba las actividades de promoción de salud en el que los profesionales de Enfermería juegan un especial protagonismo. En 1991 Granollers

---

<sup>69</sup> Parera, Estopá, Pedret, Giner, Martí, Sanz, Espelt, Costa y Grupo de Investigación ITG, 1999, pp.5-9.

<sup>70</sup> Sáez, Millán, López, Carrasco, Arribas y Albarca, 1999, pp.559-562.

<sup>71</sup> Martínez, Aguirre, Sánchez, Laguna, Torre, Manuel, Villar y García, 1999, pp. 770-774.

<sup>72</sup> Mira y Hofstadt, 1987, pp.14-18.

<sup>73</sup> Lacarta, Arto, Sediles, Esquivias, Monge y García, 1990, pp.19-24.

y col<sup>74</sup>, en diversos trabajos consideraron útil el consejo enfermero. En 1992, G<sup>a</sup> Olmos y col.<sup>75</sup> concluyeron que:

“La enfermera trabaja con poca autonomía, muy ligada a sus funciones tradicionales y desarrollando un importante papel preventivo en las actividades del centro de salud”.

En 1993, Olmos y col. tras analizar seis enfermeras durante dos semanas encontraron que:

“La educación para la salud es la actividad que se realiza con más frecuencia y en el 97,57% de los casos se lleva a cabo en consultas de más de diez minutos de duración”<sup>76</sup>.

En Toledo, el equipo de Turabian, médico implicado en la participación comunitaria, en su trabajo de 1993, Pérez Franco y col. analizaron la participación comunitaria a través de las respuestas de 220 profesionales de 330 consultados (67%).

“Mas de la mitad habían tenido experiencias positivas. La principal dificultad identificada fue la falta de preparación y la principal causa de fracaso de las experiencias fue el fallo en la planificación. El 95% de los profesionales estaban dispuestos a trabajar en programas de salud con participación comunitaria”<sup>77</sup>.

En el mismo año Granollers y Pont evaluaron las actividades de prevención y promoción en factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, y obtuvieron buenos resultados tanto en los cambios de hábitos como la cobertura de la población. También en 1993 el equipo multidisciplinar de Lora y col<sup>78</sup> propusieron que el Test de Denver era un instrumento útil como método de *screening* y puede ser realizado indistintamente por médico o enfermera.

“Permite detectar alteraciones en las áreas: personal-social, conducta motora fina-adaptativa, lenguaje y conducta motora gruesa. Por su facilidad de uso es adecuado en atención primaria, debiendo integrarse de forma rutinaria en las valoraciones a realizar por la enfermera en el subprograma de atención al niño sano, ayudándole a estructurar los cuidados necesarios (estimulación precoz, logopedia, etc.) en los aspectos que observe deficientes”<sup>79</sup>.

En 1994 en varias zonas básicas de Valencia Dupuy y col.<sup>80</sup> explicaron su experiencia de promoción de salud. Sus resultados fueron muy positivos y fueron tomados como precedente de un posterior programa institucional de atención

---

<sup>74</sup> Granollers, Pont y Úbeda, 1991, pp.105-110.

<sup>75</sup> García, Arias, Barrios, Cuesta y Aguado, 1992, pp.187-191.

<sup>76</sup> Olmos, Miranda, Doria y Barrios, 1993, pp. 29-33.

<sup>77</sup> Pérez, Turabián, Magaña, 1993, pp. 339-344.

<sup>78</sup> Lora, Nogales y Ávila, 1993, pp.15-19.

<sup>79</sup> Granollers y Pont, 1993, pp. 64-68.

<sup>80</sup> Dupuy, Marín y Donat, 1994, pp.17-23.

integral a la Mujer. Buena predisposición para la educación para la salud, mostraron en 1994, las enfermeras gallegas<sup>81</sup>.

En 1997 Buendía y col. encontraron, al analizar el tiempo de las enfermeras que:

“Más de una cuarta parte del tiempo registrado se utiliza en la realización de técnicas, otra cuarta parte en trámites administrativos, la otra cuarta parte corresponde a prevención y educación sanitaria”<sup>82</sup>.

En 1998 Duarte y col.<sup>67</sup> encontraron que El 71% de las intervenciones se dedican a la educación sanitaria y valoraciones de salud, factores de riesgo y adherencias al tratamiento. G<sup>a</sup> Grande y col.<sup>83</sup> plantearon la mayor eficacia de la educación en grupo frente a la educación individual en el cambio de hábitos alimenticios. En 1999 Espinaco y col.<sup>84</sup> realizaron educación sexual en diversos colegios de Cádiz en colaboración con los educadores. En 2002, en Segovia, la matrona Manso<sup>85</sup> a partir del diagnóstico relacionado con patrón de sexualidad, propuso estrategias prácticas de acción desde un modelo integral.

### 5. Atención Domiciliaria

Encontramos en *Cuiden* 28 artículos originales de un total de 53. Los primeros artículos de los ochenta también en esta modalidad, abordaron cuestiones procedimentales. El primer artículo en 1986 en Barcelona es de Pedreny y col.<sup>86</sup> describían las características estructurales y funcionales del Servicio de Visitas Domiciliarias de un Centro de Atención primaria. Se comentaban los orígenes, los objetivos, la organización, los recursos humanos, económicos y materiales y, por último, las actividades que se desarrollaban en el servicio, proponiendo una evaluación según indicadores económicos y de satisfacción.

En 1988 en Vigo Benxamin Porto y col., promotores de la Asociación Galega de Enfermería, se adelantaban a uno de los problemas hoy más preocupantes, la

---

<sup>81</sup> García, Raña, Isasi y Novo, 1994, pp.4-15

<sup>82</sup> Buendía, Manito, Médez y Narbona, 1997, pp. 53-56.

<sup>83</sup> García, Pastor y Puche, 1998, pp.15-19.

<sup>84</sup> Espinaco, Ruiz y Román, 1999, pp. 795-802.

<sup>85</sup> Manso, 2002, pp.13-20.

<sup>86</sup> Pedreny, Icart, Caja y Maiques, 1986, pp.66-70.

dependencia de la población anciana. Comentaban en el artículo su experiencia o ensayo en sus propias palabras:

“La población del mundo occidental ha envejecido de forma alarmante en los últimos años, conformando un grupo que necesita apoyo para satisfacer sus necesidades básicas... Suscriben unos jóvenes profesionales gallegos quienes, pensando que enfermería es el colectivo de salud que puede dar respuesta a estos problemas, pusieron en marcha una sugestiva experiencia: la de cuidar a los ancianos en su propio domicilio, consiguiendo así una visión más completa del trabajo a realizar”<sup>87</sup>

En 1990 Joan Enric Torrá, enfermero especializado en el cuidado de úlceras, corresponsal de la revista *Rol* y estudioso de las publicaciones enfermeras, desde la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña señalaba de la visita domiciliaria:

“Su utilidad estratégica, todo ello de cara al importante efecto asistencial que representa la atención domiciliaria para su población diaria”<sup>88</sup>

En 1992 Modesta Salazar<sup>89</sup> en el trabajo de campo del Master de Salud Pública de la Escuela Andaluza de Salud Pública, revisó los diferentes modelos de atención domiciliaria en Andalucía, encontrando superposición y falta de coordinación entre los programas de Hospitalización a Domicilio, Visita domiciliaria y Ayuda a domicilio. En Zaragoza Cabello y col.<sup>90</sup> presentaron los resultados de la evaluación del desarrollo de un programa de atención domiciliaria puesto en práctica en el centro de salud de Valdefierro, introduciendo diagnósticos enfermeros y plan de cuidados. En Soria, Rodríguez y col.<sup>91</sup> encontraron asociación positiva entre visita puerperal y lactancia materna inicial. En el mismo año en el Centro de Salud de Narón, perteneciente al área de El Ferrol, Muñiz y equipo demostraban la eficacia de la intervención domiciliaria de enfermería.

“Se valoraron las necesidades asistenciales de los enfermos crónicos -incapacidad para el desplazamiento-, en el momento de ser captados y tras un período de tiempo de inclusión en el Programa de Atención Domiciliaria. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos, que indicaron que la atención practicada había servido para difundir conocimientos sobre cuidados correctos a los enfermos dentro de su entorno familiar, mejorando sus necesidades y elevando la calidad de vida”<sup>92</sup>.

---

<sup>87</sup> Porto, Fernández, Caramés, Besada, Fernández y Hermida, 1988, pp. 21-24.

<sup>88</sup> Torra, 1990, pp. 31-36.

<sup>89</sup> Salazar, 1992, pp.3-6.

<sup>90</sup> Cabello, Lacarta, Esquivias, Martínez, Sáez y Arnal, 1992, pp. 19-23.

<sup>91</sup> Rodríguez, Martínez, Crespo y García, 1992, pp. 3-8.

<sup>92</sup> Muñiz, Domínguez y Prieto, 1992, pp.25-38.

En Málaga Espinosa<sup>93</sup> en un estudio retrospectivo evaluaron 1989 y 1990 de la atención prestada a población incapacitada física y/ o psíquica incluyeron 142 pacientes el primer año y 203 el segundo, con realización de 4,66 y 5,95 visitas programadas/enfermo/año, respectivamente. En 1993, en Tarragona Aparicio y col<sup>94</sup> abordan la atención a los pacientes terminales.

En 1994 en la Rioja, Bermejo y col<sup>95</sup>, analizaron la demanda en una zona con un 22,73% de mayores de 65 años. En Barcelona, Busquets y col encuestaron a 151 profesionales (87 médicos y 64 enfermeras), sobre la atención a enfermos terminales de cáncer:

“La mayoría de los encuestados manifestaron que se responsabilizaban de la atención de tres o más pacientes de cáncer en situación terminal en casa al año. El 35,6% de profesionales respondieron que las urgencias eran resueltas por el hospital; desde la zona no urbana y desde la zona reformada se recurría con menor frecuencia al servicio de urgencias hospitalario. Así mismo, la mayoría de los encuestados opinó que la atención que se proporciona al enfermo terminal no es adecuada; los profesionales más críticos eran los más jóvenes ( $p = 0,001$ ) y los de la red de AP reformada ( $p = 0,003$ )”<sup>96</sup>.

En 1995 en Asturias, Corral y col.<sup>97</sup> realizaron una encuesta de opinión sobre el personal de enfermería de Atención Primaria en la visita domiciliaria. En 1997 en Bilbao, Zona de Otxarkoaga, G<sup>a</sup> Bermejo y col.<sup>98</sup> al analizar las necesidades de 134 crónicos domiciliarios (pacientes con enfermedad subaguda, crónica o en situación terminal, con incapacidad física y/o psíquica y/o falta de apoyo sociofamiliar, que les impide acudir al centro de salud), encontraron que la mayoría eran mujeres ancianas, con bajo nivel socioeconómico y escaso apoyo social, que presentaban pluripatología y se y polimedificados. Franch y col. abordaron las ventajas de la incontinencia. En el Ferrol y desde la Escuela de Enfermería, plantearon

“La labor asistencial de un enfermero de Atención Primaria de Salud, lleva implícita la obligación de prever el riesgo poco frecuente, pero típico, de la reacción anafiláctica. Cuando esto sucede, el enfermero deber tomar la decisión de administrar fármacos no prescritos previamente por el facultativo. Los autores analizaron el tema, y ofrecieron respuestas a los objetivos que se habían planteado: establecer el marco ético y legal de la cuestión, así como elaborar un protocolo de actuación para los enfermeros de atención primaria ante un accidente de anafilaxia en una visita domiciliaria”<sup>99</sup>.

---

<sup>93</sup> Espinosa, Burgos, Muñoz, y Salazar, 1992, pp. 761-765.

<sup>94</sup> Aparicio y Martorell, 1993, pp.104-108.

<sup>95</sup> Bermejo, Loma y López, 1994, pp. 16-19.

<sup>96</sup> Busquet, Porta, Busquet, Sánchez y Duocastella, 1994, pp. 291-298.

<sup>97</sup> Corral, Cañas y Fernández, 1995, pp. 109-112.

<sup>98</sup> García, Lekube, Andikoetxea, Solar y Olaskoaga, 1997, pp. 230-236.

<sup>99</sup> Franch, Puigvert y Puigvert, 1997, pp.35-39.



En Asturias Muñiz propuso:

“La inclusión de los pacientes ostomizados en el programa de Atención Domiciliaria, combinado con la atención en consulta, se puede conseguir un acercamiento de los profesionales de la salud a dichos pacientes dentro de su entorno, permitiéndonos una valoración objetiva de su medio familiar y vivienda para conseguir una más pronta readaptación mediante la actuación de enfermería sobre las alteraciones que dicho paciente sufre a nivel psicológico, biológico y social y aportando apoyo emocional que le permita ser autosuficiente e independiente”<sup>100</sup>.

En 1999, en Lérida, Pujol y Martí<sup>101</sup> evaluaron una hoja de registro de atención domiciliaria tras un año de implantación, consideraron los resultados satisfactorios:

“Se utilizó en el 66% de los enfermos del Programa de Atención Domiciliaria. A cada enfermo se le valoró todas las 14 Necesidades de V. Henderson. Se comprobó la importante tarea de prevención que realiza enfermería al dedicar más del 60% de las actuaciones a necesidades no alteradas. Se observó un bajo registro de la educación, actuaciones y seguimiento efectuados. ...deberá continuarse con la formación y concienciación de los profesionales”.

También en este año las hermanas Pujol elaboraron un registro

“Se trata de, una tabla de doble entrada donde en un eje se sitúan las edades a revisar, y en el otro las necesidades de V. Henderson (algunas de ellas reagrupadas). El relleno de casillas se hace con los consejos de salud y las valoraciones / exploraciones más apropiados a cada edad. Parece densa y extensa, pero al familiarizarnos esta guía nos permite ser sistemáticos y uniformes, y ofrecer una atención integral al niño, además de permitirnos ser autónomos en nuestro trabajo”<sup>102</sup>.

Un grupo de trabajo de la Dirección de Atención Primaria Baix Llobregat Centre, y López Lisa y col.<sup>103</sup> realizaron un programa de atención domiciliaria para los mayores de 70 años.

## 6. Técnicas Enfermeras

La recuperación del término enfermería en 1977 conllevó no solo la recuperación de un nombre y una identidad, sino la recuperación de la labor central de las enfermeras y enfermeros, los cuidados. En esta etapa comenzó un apasionante periodo de incorporación de modelos teóricos a partir sobre todo de autoras americanas, no obstante se tendió a la creación de modelos autóctonos como el de *autocuidados cotidianos*. Modelos, teorías, proceso de enfermería, protocolos, diagnósticos enfermeros y planes de cuidados, van a formar parte de la nueva jerga profesional enfermera.

<sup>100</sup> Muñiz, 1997, pp. 42-45.

<sup>101</sup> Pujol y Martí, 1999, pp.60-64.

<sup>102</sup> Pujol y Pujol, 1999, pp.12-19.

<sup>103</sup> López y Julià, 1999, pp. 220-225.

Desde el principio preocupó la calidad de vida y calidad de atención, que junto con el trabajo en equipo iniciaron un importante proceso de protocolización<sup>104</sup>.

En el trabajo de campo de su Master de Salud Pública en Granada, en 1991, Antonio Frías<sup>105</sup>, identificó criterios de calidad del proceso en Enfermería Comunitaria, estableció los estándares correspondientes a cada criterio y evaluó la calidad de las actividades en dos centros de salud de la provincia de Jaén, uno rural y otro urbano. Esta investigación fue posteriormente publicada por el Ministerio de Sanidad y la Fundación Juan Ciudad como consecuencia de lograr el primer premio<sup>106</sup>convocado por dicha entidad. En 1992, Rovira y col.<sup>107</sup> realizaron un estudio de calidad sobre la aplicación de determinadas técnicas.

A principios de los noventa. Cabedo y col.<sup>108</sup> al comparar la prescripción parenteral entre centro de salud y ambulatorio, encontraron que en el Centro de Salud se utilizó menos la vía intramuscular, y se administró en menor número medicación de valor intrínseco nulo o inaceptable. Son muy numerosos los artículos de protocolos diversos: sobre catéteres<sup>109</sup>, calibración de aparatos de tensión<sup>110</sup> sondaje vesical<sup>111</sup>, hiperlipidemias<sup>112</sup>, oftalmológicas<sup>113</sup>, de ORL<sup>114</sup>, radiológicas<sup>115</sup> reacciones anafilácticas<sup>116</sup>, prevención de dermatitis en Mayores<sup>117</sup> y la práctica

---

<sup>104</sup> Llor, Saturno, Gascón, Saura, López, Sánchez, Blasco y García, 2002, pp. 22-28; Mañá y Mesas, 1997, pp.34-39; Martínez, 1999, pp.133-139.

<sup>105</sup> Frías, 1991, pp.73-87.

<sup>106</sup> Frías, 1990, p.161

<sup>107</sup> Rovira, y Corbella, 1992, pp. 18-22.

<sup>108</sup> Cabedo, Serra, Vaquer, Cantos, Minuesa, Arce y García, 1992, pp. 13-18.

<sup>109</sup> Merino, Rogero, Martín, García, Sandino y Nazario, 1993, pp. 82-85; Hernández, Rodeño y Novo, 1998, pp.57-59.

<sup>110</sup> Antón, Menárguez, Alcántara, Díaz, y Sánchez, 1992, pp. 817-820.

<sup>111</sup> Riesco, Casado, Iglesias y Mateos, 1992, pp. 43-48; Blanco, Fernández, Calvo, Morales, Cantos, Pozo y Martín, 1997, pp. 279-282; Paz, Aldrey, Carbajosa, Castiñeiras, Bello, Vidal y Vidal, 1999, pp. 44-53.

<sup>112</sup> Bermejo, Allo, González y Ollero, 1993, pp. 44-51.

<sup>113</sup> García, 1994, pp. 27-32.

<sup>114</sup> García M, 1994, pp.93-95.

<sup>115</sup> Valencia, Navarro, Martín, Pascual y Pujol, 1999, p. 53.

<sup>116</sup> Cobas, Movilla, Noval, Romero y Varela, 1997, pp. 203-205.

<sup>117</sup> Azúa y Piñol, 1989, pp.32-38.

enfermera en Cirugía menor<sup>118</sup>, en pacientes nefrostomizados<sup>119</sup> Cid y col<sup>120</sup> introdujeron nuevas técnicas urológicas, en pacientes traumatológicos<sup>121</sup>. Y también desde los Servicios de Urgencias del Hospital con Traumatismos Craneoencefálicos, Traumatismos Torácicos, Celulitis Odontogenas, y que tras permanecer hospitalizados en el área de Observación durante 24 a 48 horas, son dados de alta a su domicilio<sup>122</sup>.

Las vacunas y la estrategias de vacunación dieron lugar a diversos trabajos de técnicas, y a un aumento de la cobertura vacunal, a medida que se hicieron cargo las enfermeras<sup>123</sup>

La atención a las úlceras por presión y varicosas es un campo enfermero tradicional y numerosos trabajos lo avalan, tanto en los protocolos propuestos<sup>124</sup> en la coordinación entre primaria y hospitalaria<sup>125</sup> como en las investigaciones realizadas. En 1997, en La Rioja, Soldevilla y col analizaron la prevalencia en 481 pacientes ingresados en hospitales de agudos, 802 pacientes ingresados en centros sociosanitarios asistidos así como a todos los pacientes que eran atendidos en aquel momento en la comunidad por presentar úlceras por presión.

“La prevalencia de úlceras por presión en hospitales de agudos fue del 12,26%, en las instituciones sociosanitarias del 12,84% y en la comunidad del 0,26% para el total de mayores de 65 años”<sup>126</sup>.

En 1998, en Cáceres, Escobar<sup>127</sup> encontró una prevalencia de úlcera por presión en el periodo de un mes, que osciló entre 4 y 6 pacientes por cada 10.000 habitantes y ese valor se incrementaba hasta 22-26 por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años. El “Informe de Alta Enfermero” es un nuevo instrumento de

---

<sup>118</sup> Oltra y Mediolaño, 1999, pp. 255-260; Rodríguez, Malia y Barba, 2001, pp. 17-23.

<sup>119</sup> Marco y Jiménez, 1999, pp. 16-20.

<sup>120</sup> Cid, Florencio, Jurado, González y Aparcero, 1998, pp. 64-68.

<sup>121</sup> Jiménez, Marín y Paneque, 2004, p. 21.

<sup>122</sup> González, Caro y González, 2004, p.19.

<sup>123</sup> Noval y Calvo, 1997, pp. 69-81; Riquelme, Miquel, Gómez, Aguado, Verdú y Ballesteros, 1994, pp. 730-732; Coma y Montesinos, 1993, pp. 23-24; Cobas, Fernández, Castro, Fernández y Varela, 1996, pp.15-20; García, 1995, pp.31-39

<sup>124</sup> Torra, 1995, pp. 55-63; Bueno, 1990, pp. 167-177; Martínez, 1997, pp. 380-386; González, Ayuso, Recuero, Rodríguez, Díaz y Blanco, 2001, pp.132-141; Martínez, 2001, pp. 6-7.

<sup>125</sup> Bellido, 1999, pp. 11-16.

<sup>126</sup> Soldevilla y Torra, 1999, pp. 75-87.

<sup>127</sup> Escobar, 1998, pp. 55-58.

comunicación entre los servicios de primaria y hospitalaria. En 1998, Espejo al evaluar 373 informes cuya cumplimentación, según criterios definidos, puso de manifiesto que:

“Se alcanzaron índices muy aceptables. Destacan: la legibilidad del informe (99%), la valoración de las necesidades del paciente (97%), la constancia del nombre y firma de la enfermera (83%) y la formulación de problemas de salud (90%), de los cuales el 75% son definidos como diagnósticos de enfermería”<sup>128</sup>.

En 1999, Casamada<sup>129</sup> concluyó tras su estudio que los apósitos hidrocoloides utilizados para el tratamiento de diferentes quemaduras, dan comodidad y calidad de vida al paciente, disminuyendo el tiempo de curación y posibilitando que las curas de enfermería sean cada 2-3 días, con la consiguiente reducción de los costes de tratamiento. Vidal y col encontraron que:

“El 95,8% creía que el informe puede ser práctico, basado en el modelo de necesidades de Virginia Henderson. Las necesidades más valoradas fueron la movilización y la eliminación; las menos las de creencias y la termorregulación”<sup>130</sup>.

En Tenerife Sara Darías y col<sup>131</sup>, abordaron la educación para la salud como parte de la atención de cuidados del informe de alta de enfermería. Gómez y col<sup>132</sup>, enfermeras, del centro de salud Marái de Guzman y de la escuela de enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid, tras revisar las diversas modalidades de atención, propusieron la adscripción de familias por enfermera, dado que facilitan los cuidados integrales de todos los componentes de la familia.

### *7. El Diagnóstico Enfermero*

En los estudios de los años 50 en USA sólo para el personal de enfermería hospitalario se identificaron 500 actividades<sup>133</sup>. Esta dispersión de actividades dio lugar a diversos estudios de los que surgió una gran corriente teórica sobre teorías y modelos enfermeros cuyas traducciones llegaron a España en la década de los

---

<sup>128</sup> Espejo, 1998, pp. 13-17.

<sup>129</sup> Casamada, 1999, pp. 21-29.

<sup>130</sup> Vidal, Cifuentes, Aranda y Alcázar, 1999, pp. 49-54.

<sup>131</sup> Darías, Leal, Arias, Cabrera y Alonso, 1999, pp. 22-24.

<sup>132</sup> Gómez y Gavilán, 1999 p. 90.

<sup>133</sup> California State, 1953.

setenta y siguientes<sup>134</sup>. La definición de Henderson<sup>135</sup> sigue hoy de suma actualidad y ha sido recomendada En 2003 por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria<sup>136</sup>. Mientras Henderson señaló la ayuda, Peplau puso el énfasis en la interacción<sup>137</sup> y Orem en el Autocuidado como la capacitación a las personas para lograr la mayor autonomía posible del día a día en estado de salud y en situaciones de enfermedad.

La necesidad de delimitar la función enfermera y la aportación social de los cuidados es una preocupación que dió lugar a un amplio debate en la primera mitad del siglo XX en el continente americano. El término diagnóstico de enfermería fue introducido por V.Fry en 1953 en Estados Unidos. En 1960 Faye Abdellah desarrolló un sistema de clasificación par la identificación de veintitún problemas clínicos de pacientes. En el año 1973, la Asociación Americana de Enfermería (ANA) legitimó la utilización del término “diagnóstico de Enfermería”. Por su parte la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su novena conferencia celebrada en 1990, estableció la siguiente definición:

“Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o la comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para la consecución de resultados de los que la enfermera es responsable”<sup>138</sup>.

Es uno de los instrumentos que mejor define el campo propio de la nueva enfermería que se inicia a partir del cambio de 1977. De los 44 artículos de nuestra base de datos, 31 son originales. El primer artículo en nuestra base de datos es de 1992 y trata sobre diagnóstico enfermero y atención domiciliaria, sus autores

---

<sup>134</sup> Campbell, 1987; Marriner, 1994..

<sup>135</sup> Henderson, 1996 *op cit* p. 88. “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar sus actividades contribuyendo a su salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila), que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y en hacerlo de manera que se le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible. Este aspecto de su trabajo, esta parte de su función es la que ella inicia y controla; la domina por completo. Adicionalmente, ayuda al paciente a poner el práctica el plan terapéutico, tal y como lo ha iniciado el médico. Además es un miembro del equipo médico, ayuda a los otros miembros, como ellos a su vez, le ayuda a ella, a planificar y llevar a cabo la totalidad del programa, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o en apoyo a la muerte”

<sup>136</sup> Contreras, 2003 *op. cit.*

<sup>137</sup> Werner y Rouslin, 1996, *op. cit.*

<sup>138</sup> Teixidor, 1997, pp. 126-36

Cabello y col.<sup>139</sup> del centro de salud de Valdefierro en Zaragoza. En la década de lo noventa se publicaron 34 artículos que trataban de difundir esta herramienta<sup>140</sup>

En 1989, en Jaén, se realizaron las primeras Jornadas sobre Diagnósticos de Enfermería organizadas por la Asociación de Enfermería Andaluza<sup>141</sup>, las segundas en 1995 en Granada, organizadas por la Fundación Index, que en jornadas posteriores contempló sesiones específicas sobre el tema<sup>142</sup> y en Sevilla dentro del Encuentro de Enfermería en Atención primaria<sup>143</sup>

En 1992, Legarra<sup>144</sup> propuso los diagnósticos más frecuentes en la atención a las personas con demencia senil. En 1993 Frías y col.<sup>145</sup> en Jaén, estudiaron la sistematización de los problemas relacionados con el autocuidado en hipertensos, mediante el desarrollo de un modelo diagnóstico relacionado con el modelo *del autocuidado cotidiano*. En 1994 Rivas y col.<sup>146</sup> analizaron la correspondencia entre problemas clínicos y los diagnósticos enfermeros.

En 1995, en Tenerife, Novo y col.<sup>147</sup>, analizaron la implantación del diagnóstico. Jordan y col.<sup>148</sup> lo incluyeron en el catálogo de actividades

En 1997, Clavería<sup>149</sup> en una muestra de 138 pacientes y una totalidad de juicios diagnósticos de 840, siguiendo los patrones funcionales de Gordon, los diagnósticos más frecuentes fueron: “actividad-ejercicio (251), nutricional-metabólico (211) y eliminación (132)”

En 1999, desde los servicios de cuidados enfermeros en Atención Primaria en Cataluña, Campo y col.<sup>150</sup> publicaron un ambicioso proyecto de estudio prospectivo

---

<sup>139</sup> Cabello, Lacarta, Esquivias, Martínez, Sáez y Lou, 1992, pp. 19-23.

<sup>140</sup> Artigas y Sánchez, 1992, pp. 41-43; Puig, Martí y Farras, 1995, pp. 47-53; Cabra, Carrasco, Delgado, Gómez, López y Santamaría, 1999, pp. 78-79; García y Almodóvar, 1998, pp. 7-9....

<sup>141</sup> Varios, 1989, *op. cit.*

<sup>142</sup> Soto, López y Santamaría, 1999, p.83.

<sup>143</sup> Germán, 1990, pp. 72-5.

<sup>144</sup> Legarra, Giacchi, Recalde, y Sergio, 1992, pp. 16-21.

<sup>145</sup> Frías, Pino, Germán, Alguacil, Cantón, Pulido, Sánchez, Calleja, Rodríguez y Romero, 1993 pp. 102-108.

<sup>146</sup> Rivas, Toral, Peña, Barranco, Arcas y González, 1994, pp. 150-155.

<sup>147</sup> Novo, Rodríguez, Sicilia, Izquierdo y Daroqui, 1995, p. 92.

<sup>148</sup> Jordán, Blázquez, Bendicho, Gayarre, Martínez, Pellejero y Torcal, 1995, pp. 99-100.

<sup>149</sup> Clavería, 1997, pp. 49-54.

<sup>150</sup> Campo, Oriach, Viladot, Espinalt y Fernández, 1999, pp. 8-14.

multicéntrico entre 1977-2001 para el que elaboraron guías y formaron a 100 enfermeras para trabajar con los diagnósticos bajo el modelo de Henderson.

#### *8. Trabajo en Equipo. Relaciones Enfermeras y Médicos*

El trabajo en equipo es un concepto recuperado que tuvo sus precedentes en la República, que se comenzó a desarrollar con la atención primaria de los setenta y al que ha contribuido de forma insistente la profesión enfermera. Pasar de un papel de escribiente de recetas, o de practicante que aplicaba medicamentos prescritos, a una labor de cuidados con una metodología científica fue todo un reto, pero no solo para las enfermeras, sino también para los médicos que estaban acostumbrados a tener una auxiliar a su lado. Para la enfermería comunitaria, el equipo fue un punto de apoyo para su propio deseo de emancipación profesional. Para los médicos, la garantía de que el nuevo trabajo enfermero estaba dentro de un marco de actuación controlado. En este mismo sentido, los programas y protocolos tuvieron y tienen un efecto similar al de unas “reglas del juego”, como también lo es el trabajo en equipo. En este contexto surgían preguntas tales como: ¿Cuál es el papel de la enfermera?. ¿Qué pretenden?. ¿Entonces, que hacemos los médicos?. ¿Qué es eso del diagnóstico de enfermería?, solo los médicos podemos diagnosticar.

En el imaginario simbólico colectivo, cuidar lo puede hacer cualquiera, lo cual viene muy determinado por los roles de género que históricamente atribuyen a la mujer los cuidados y a los hombres los tratamientos. Collière dijo que, mientras la medicina trabaja con factores externos a la persona para la curación de la enfermedad, la enfermería al cuidar, trabaja con los recursos internos de la persona. Y es que cuidar comprende mucho más que la atención a los enfermos, y está relacionado con lo que, también Collière puso título a uno de sus libros “Promover la Vida”, del nacimiento a la muerte y en las dolencias y crisis de las diversas etapas del vivir. Unas veces, se tratará de ayudar a vivir la enfermedad o, ayudar a nacer, otras, a superar la crisis y/o acompañar en la muerte y el duelo.

La nueva enfermería que va tomando cuerpo en España a mitad de los setenta, se define más por oposición al papel asignado en la época del Plan ATS, que por tener interiorizado plenamente el papel cuidador. Además, a la historia de rol de género y profesión dependiente, se suman la carga ideológica del autoritarismo

franquista<sup>151</sup> y de la vocación religiosa, ambas coincidían en concebir la imagen de enfermera abnegada y sumisa<sup>152</sup>. Sin embargo, las jóvenes enfermeras queríamos algo diferente: un talante más abierto, más democrático, un trabajo diferenciado, un reconocimiento de nuestro trabajo, una autonomía profesional, un salario justo y una mayor responsabilidad en nuestra formación<sup>153</sup>. Empezar la etapa democrática de la atención primaria y del trabajo en equipo era un reto para todas y todos y exigió una gran dosis de imaginación e ilusión.

Los dos primeros artículos sobre el trabajo en equipo son de 1985<sup>154</sup> y 1986, éste, en el Centro de Atención Primaria de Bonaplata (Barcelona). Sus autoras eran dos enfermeras Pilar Arevalillo, Josefina Cirach y el médico Jordi Gol

“La experiencia que presentamos ha nacido y se ha ido desarrollando en un Centro de Asistencia primaria (CAP) situado en Barcelona, estructurado según la reglamentación, disponiendo de los recursos y participando de las actitudes y rutinas generales heredadas del antiguo INSALUD y que persisten casi totalmente. Sin embargo, la voluntad de cambio en la mejora de prestaciones sanitarias ha hecho posible que poco a poco se fueran introduciendo innovaciones, como puedan ser las consultas de enfermería, apoyadas por todo el equipo y también por los usuarios”<sup>155</sup>.

En 1990, en Madrid el equipo interdisciplinar Gervás y col.<sup>156</sup> reflexionaron sobre la información práctica para la toma de decisiones en los equipos. Proponen tres indicadores: número de visitas por cada médico/enfermera; días de espera media en las consultas de traumatología y radiografías totales consumidas. En 1990 en Barcelona, Torra reflexionó sobre:

“El rol de enfermería en atención primaria en un contexto caracterizado por el trabajo en equipo de profesionales sanitarios de diferentes procedencias y, en consecuencia, con variadas interpretaciones

---

<sup>151</sup> El profesor de Psicoanalítica, cuando cursábamos los estudios de la especialidad de enfermería psiquiátrica en la Escuela del Gran Hospital del Estado, comentó una tarde del curso 1974-75: “El problema, una vez muerto el dictador (Franco murió el 20 de Nov. De 1975), es como vamos a organizar nuestras relaciones, ya que todos somos pequeños dictadores”. A lo largo de estos casi treinta años, he recordado muchas veces esta lúcida reflexión.

<sup>152</sup> En 1976, en las reuniones de la Comisión Interministerial en la que participamos la coordinadora estatal de ATS, estuvo en representación del Ministerio de Sanidad, el profesor Segovia de Arana, creador de la figura Médico de Familia y Director de la Clínica Puerta de Hierro. Recordamos por el impacto que nos produjo, las tres cualidades de una buena enfermera: *Buenos ojos para observar al enfermo, buena voz para transmitir las observaciones al médico y buenas manos para ejecutar sus órdenes.*

<sup>153</sup> Fue en la especialidad de enfermería psiquiátrica donde hubo el primer y único profesor enfermero, Carlos Cerquella. Había estudiado en el Reino Unido y daba clases de cuidados de enfermería. Sus clases eran diferentes, aplicadas y con metodologías activas. Nunca olvidaré cómo los roles de grupo los aprendimos realizando la técnica de *rol playing*. Al igual que descubrimos las tendencias caracteriales de nuestra propia personalidad. Ambas cosas han sido de gran ayuda en mis relaciones profesionales. Cerquella nos abrió a un mundo nuevo en el que las enfermeras y enfermeros eran profesores de pleno derecho. El profesor Cerquella, despertó mi vocación docente.

<sup>154</sup> Delgado, Herán, Laorden, Navarro, Quesada y Vega, 1985, pp. 29-34.

<sup>155</sup> Arevalillo, Cirach y Gol, Jordi, 1986, pp. 43-52.

<sup>156</sup> Gervas, García y Pérez, 1990, pp. 13-17.



del rol de enfermería. Pretendemos que este documento sirva de elemento para la mencionada discusión a sabiendas de que gran parte de su contenido viene condicionado por la actual estructura interna de funcionamiento del Área Básica de Salud de Terrassa Nord”<sup>157</sup>.

Joana Fornés<sup>158</sup> profesora de enfermería de Ciencias de la Conducta y Enfermería Psiquiátrica de la escuela “Mare de Deu de Lluc” en Palma de Mallorca, destacó: el reparto de responsabilidad por parte de los miembros de los equipo que los conforman, las ventajas que ofrece el trabajo en equipo y los factores que inciden en la corresponsabilidad grupal. Guillén y col<sup>159</sup> tenían similar perspectiva.

En 1996, en Madrid, en el Centro Universitario de Salud Pública, Otero y col. tras un cuestionario de "relaciones interpersonales en los EAP" en el que trataban de averiguar si los profesionales médicos y de enfermería se habían convertido en grupos de trabajo reales, expresaban que:

“El resultado principal de esta investigación muestra el mantenimiento de fronteras grupales entre médicos y personal de enfermería en el interior de los Equipos de Atención Primaria lo que, más bien, habla a favor del mantenimiento de los grupos profesionales preexistentes en perjuicio del equipo como un colectivo. En suma, la pertenencia grupal predomina sobre la organizacional. Dos resultados complementarios permiten abrigar cierta esperanza de cambio: por una parte, las variaciones que existen entre los centros, que explican que en algunos de éstos las diferencias entre médicos y personal de enfermería se tiendan a difuminar, y por otra parte, que las diferencias aludidas no vayan unidas a un conflicto entre los grupos sino, simplemente, a un intento de mantener la separación entre ellos”<sup>160</sup>.

En 1998, en Lugo, Fernández y col.<sup>161</sup> pasaron la encuesta llamada "Termómetro de Sentimientos" a 50 profesionales de cada categoría en la que se le preguntó por las siguientes enfermedades: Cáncer, Sida, EPOC, HTA, diabetes, gripe. La única patología de las observadas en la que hubo diferencia significativa fue la hipertensión. Casajuana<sup>162</sup>, coordinador en un centro de salud de Barcelona realizó una amplia y documentada reflexión acerca del conflicto entre médicos y enfermeras de *prevalencia no cuantificada pero en absoluto infrecuente*, que asocia a diversos factores:

“Inadecuada oferta de enfermería a la demanda de la población y sobrecarga médica; trabajo complementario a la vez que en equipo requiere entender que hay una área de trabajo indistinta y

---

<sup>157</sup> Torra, 1990, pp. 37-43.

<sup>158</sup> Fornés, 1990, pp. 33-36.

<sup>159</sup> Guillén y Puxan, 1990, pp. 407-408.

<sup>160</sup> Otero, Morales y López, 1996, pp. 13-22.

<sup>161</sup> Fernández y Machín, 1998, pp.116-119.

<sup>162</sup> Casajuana, 1998, pp. 49-57.

debe hacerla quien esté más disponible. Autoorganización por equipo y revisión del modelo UBA (Unidad Básica de Atención) con sus variaciones”<sup>163</sup>.

En este mismo año, en Murcia, Menarquez al estudiar el liderazgo de los coordinadores de los centros de salud concluyeron que:

“La adaptabilidad del liderazgo fue mediante alta y mayor para los de enfermería... Los estilos más prevalentes fueron el persuasivo y el participativo, más eficaces en equipos de madurez intermedia. La efectividad teórica se relaciona positivamente con un mejor ambiente laboral”<sup>164</sup>.

Prados<sup>165</sup> reflexionó sobre la importancia de las relaciones interpersonales en el equipo. Salido y col<sup>166</sup> En 2000 analizaron comparativamente a médicos y enfermeras realizado en Nueva York y publicado en JAMA. Se trataba de un ensayo clínico aleatorio y ciego entre los pacientes asignados a enfermeras o médicos. La muestra fue de 3397 pacientes con asma, diabetes o hipertensión. Tras las medidas evaluadas, los seis los autores concluyeron que no hubo diferencias en los parámetros de los enfermos asignados a médicos o enfermeras. La tendencia apuntaba a una mayor autonomía de las enfermeras en los sistemas de salud.

### 9. Enseñanza, Formación

La revista *Clínicas Norteamericanas de Enfermería* publicó en español, en diciembre de 1975, los documentos del “Simposio sobre Enfermería de Salud de la Comunidad en Canadá”. En estos documentos se desarrollaba el papel de la Enfermería Comunitaria que sirvió de referente para llenar de contenido los incipientes programas de Enfermería de Salud Pública de finales de los setenta. En esta publicación se ponía de manifiesto varias cosas: las enfermeras canadienses habían ampliado su papel de atención a la comunidad; las enfermeras canadienses

---

<sup>163</sup> Una UBA está constituida por un médico y una enfermera que atienden a la misma población. También se le ha llamado UAF (Unidad de Atención Familiar). Estos modelos, toman como referencia la población de cupo del médico. Tuvo sus ventajas, que en gran parte, se han desvirtuado por la libre elección de médico. Actualmente el modelo de enfermera por población tiene mas ventajas para los cuidados y es más eficiente para la organización y los usuarios. Cada profesional médico realiza equipo con varias enfermeras y cada enfermera con varios médicos.

<sup>164</sup> Menárguez y Saturno, 1998, pp. 636-641.

<sup>165</sup> Prados, 1998, pp. 57-60.

<sup>166</sup> Salido y Gálvez, 2000, pp. 58-59.

que firmaban los artículos, eran enfermeras docentes; finalmente, las asociaciones de médicos y enfermeras canadienses se habían puesto de acuerdo sobre ampliar el papel de la enfermera con el fin de complementar la labor médica, según el acuerdo general, o bien, para reconocer el habitual trabajo enfermero, debate que continúa en nuestros días.

Las enfermeras españolas del último tercio del siglo XX, podían elegir donde querían trabajar, lo que unido, a los deseos de emancipación, hacía fácil cambiar de residencia e incluso, realizar trabajos fuera de España. Una de las experiencias que marcó este periodo fue la de las enfermeras españolas en Suiza. Entre finales de los setenta y los ochenta, las enfermeras españolas iban al hospital Cantonal de Ginebra (Suiza), en el que eran muy apreciadas y lograban puestos de responsabilidad. Los buenos salarios, comparados con los españoles, y un cierto ahorro, les ofrecían la posibilidad de realizar viajes por todo el mundo y conocer otras culturas. En Suiza, conocieron otra realidad y se entró en contacto con enfermeras destacadas como Rossette Polletti<sup>167</sup>, autora de *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales* que la editorial Rol publicó en 1980 y el enfermero español Manuel Moragas<sup>168</sup>, ambos profesores de la Escuela de Enfermería “Bon Secour” de Ginebra, siendo Poletti la directora.

Una de las inquietudes de la joven enfermería era acceder a la formación de sus futuros colegas, como profesoras de pleno derecho. La asistencia a la “Première Conférence Francophone sur les Théories de soins infirmiers” los días 7, 8 y 9 de febrero de 1980, realizada en Ginebra, nos pusieron en contacto con otros enfermeros y enfermeras docentes e investigadores de Canadá como Michel Fortín<sup>169</sup> que explicó la aplicación a la enseñanza del modelo de Autocuidados de Dorotea Orem y Callista Roy que explicó su modelo de Adaptación. Fruto de estas Jornadas fue la publicación del *Acta Nursológica* que transcribe los textos de las conferencias “afin de les garder aussi fidèles que possible à l’expression orale des conférenciers”. Estas jornadas estuvieron organizadas por l’Ecole Genevoise

---

<sup>167</sup> Poletti, 1982, pp. 11-20. Vino varias veces a España a apoyar las inquietudes enfermeras. Su amplia obra aun sigue siendo un referente de lectura obligada para los estudiantes de los primeros cursos de enfermería y para los residentes de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

<sup>168</sup> Moragas, 1982, *op. cit.* pp.

<sup>169</sup> Fortín, 1981. Infirmier-enseignant au Collège Bois-de-Boulogne à Montréal (Québec, Canadá) nos explicó la “revolución pacífica” que habían hecho las enfermeras en la década de los setenta. Esta revolución consistía en salir a la calle para defender los derechos de los usuarios, la relación entre cuidados enfermeros y calidad de vida, a la vez que reivindicaban la formación enfermera por las propias enfermeras.

d'infirmières Le Bon Secours, les enseignants en soins infirmiers de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève, et avec l'appui de l'Association Suisse des Infirmières. También participaron Françoise Maillard, Ariane Droz, Bernardette Roque-Joffre y otras, todas ellas enfermeras docentes.

Tanto las enfermeras que trabajaban y estudiaban fuera de España, como la numerosa asistencia a los congresos y las relaciones internacionales entre colegas, fueron alimentando, consolidando y reafirmando las expectativas de lograr el papel docente de las enfermeras en las escuelas de enfermería. Pasados casi treinta años, todavía hay quienes ignoran o pretender ignorar aquella justa y necesaria demanda enfermera.

El primer trabajo encontrado sobre formación de enfermería en Atención Primaria <sup>170</sup> es de 1982, en la Revista Internacional de Enfermería que publica el CIE en Castellano *Educación básica de enfermería de atención de la salud primaria en el Caribe*. En 1984 Fernández<sup>171</sup> y Marcolini<sup>172</sup> abordaron la formación del estudiante de enfermería en atención primaria de salud.

En 1987, en Cuba, Trincado y col. exponían la evolución de la atención comunitaria en la que destaca el trabajo del enfermero y los cambios cuantitativos y cualitativos que se han producido en el personal de Enfermería.

“La formación de recursos humanos, la matrícula actual de estudiantes de Enfermería en cursos básicos, y los cambios significativos en el nuevo plan de estudio, la Licenciatura en Enfermería que dará respuesta al amplio perfil de trabajo en la atención a grupos etarios y las acciones directas en el medio familiar y social. Se destaca la necesidad de los diferentes modelos de atención primaria que han surgido en estos últimos años, los cuales están en correspondencia con el desarrollo socioeconómico del país”<sup>173</sup>.

En el área materno- infantil surgieron varios trabajos sobre la formación de las matronas y enfermeras infantiles. Así, 1987, en Orihuela y Alcoy, Mira y col. describían la recuperación del rol de las matronas en paralelo a las innovaciones enfermeras.

“En este trabajo nos proponemos presentar un paquete informativo preparado expresamente para seminarios de actualización de matronas de cara a la puesta en marcha del modelo INCOTESP,

---

<sup>170</sup> Reid, 1982, pp. 9-17.

<sup>171</sup> Fernández, González, Galiamo y Amandi, 1984, pp. 7-15.

<sup>172</sup> Marcolini y Pierina, 1984, pp. 3-6.

<sup>173</sup> Trincado, Gómez y Rodríguez, 1987, pp. 161-169.

desarrollado por nosotros para dar cobertura desde la Atención Primaria, a los problemas sexuales y de pareja de las mujeres (específicamente en zonas rurales)”<sup>174</sup>.

En 1992, Lanza<sup>175</sup> proponía la Gestación consciente y Romá<sup>176</sup>, reflexionaba sobre la formación específica en el área de salud infantil, y la tendencia general a que el trabajo de enfermería se encamine hacia la atención directa de la familia, hacen necesario completar formación post-básica en determinadas áreas de asistencia entre las que se encuentra aquella que se refiere al niño sano. También trató de identificar el nivel de formación subjetivo, así como, las necesidades de formación teórico-práctica de los profesionales de enfermería que trabajan en centros de Atención Primaria, en lo referente a salud infantil.

En 1989, en Madrid Lucía Mazarrasa, enfermera Instructora Sanitaria en Madrid y profesora de la Universidad Complutense realizó sus reflexiones acerca del papel de la enfermería en atención primaria:

“En los últimos años la formación de Enfermería ha experimentado un cambio cualitativo importante, al integrarse en la Universidad. Esto supuso dos cosas: una renovación profunda de los programas y la integración de los enfermeros en la enseñanza universitaria”<sup>177</sup>.

Desde el principio se vio la necesidad de la colaboración entre los programas docentes y la formación para los futuros profesionales de enfermería comunitaria. El equipo pionero de la revista Rol de Enfermería en 1989 en Barcelona, Elias y col<sup>178</sup>, publicaron su primer artículo. Este artículo se marcó como objetivo definir los cambios cualitativos y cuantitativos que para los profesionales de enfermería representó la implantación de la reforma de la atención primaria en Cataluña. Así mismo se estableció un estudio que valoraba la incidencia que ha tenido el desarrollo de la reforma de la atención primaria en las áreas básicas existentes, en lo que hace referencia al aumento en el número de profesionales de enfermería por habitante y su extrapolación al conjunto del territorio catalán una vez culminado el proceso de reforma.

En 1990, se iniciaron los primeros programas de prácticas en Centros de Salud, en Pamplona Albedaña y col<sup>179</sup> presentaron la experiencia de un programa de

---

<sup>174</sup> Mira y Hofstadt, 1987, pp. 14-18.

<sup>175</sup> Lanza, 1992, pp. 78-83.

<sup>176</sup> Romá y Ruiz, 1992, pp. 24-31.

<sup>177</sup> Mazarrasa, 1989, pp. 20-21.

<sup>178</sup> Elías, Piqué y Torra, 1989, pp. 12-18.

<sup>179</sup> Albedaña, Alastuey y Gaztelu, 1990, pp. 33-37.

docencia en un servicio de Atención Primaria que, desde hacía cinco años, se estaba llevando a cabo dirigido a estudiantes de tercer curso de enfermería. En el mismo, tras hacer una descripción del programa, se trataba de aportar unos puntos de referencia/análisis para aquellos profesionales que, trabajando en distintos servicios sanitarios, participaban de una u otra forma en la docencia de los futuros profesionales de enfermería. Igualmente, en 1991, Begoña López en Sevilla<sup>180</sup> e Isabel G<sup>a</sup> Megido en Palencia: Abordaron la formación de los futuros profesionales de enfermería.

“Se trata de que reciban una formación en salud comunitaria acorde con las necesidades y los problemas de la zona básica de salud donde van a desarrollar, en el futuro, su actividad profesional”<sup>181</sup>.

En 1991 en Granada Manuel Amezcua<sup>182</sup>, coordinó el primer texto de preparación de oposiciones de enfermería, con gran éxito de aceptación. La formación de los estudiantes de enfermería comunitaria ha sido motivo de reflexión en numerosos trabajos. En 1993, en Murcia el enfermero Antonio Sánchez, coordinador de la obra *Enfermería Comunitaria* (2000) y el Catedrático de Historia de la Medicina Pedro Marset,<sup>183</sup> pertenecientes a sectores progresistas con una concepción participativa de la población en la resolución de los problemas de salud, explicaban la experiencia docente de introducir la promoción de salud en los planes de estudio, desarrollando programas con la comunidad, buscando el trabajo en equipo y la participación de todos los interesados.

En 1993, en Santander, París y col abordaron las evaluaciones de las prácticas de los estudiantes de Enfermería realizadas en el Centro de Salud "Cazorla" (Santander) entre 1987 y 1990

“El 70% consideró que se cumplieron los objetivos previstos, al 67% le encantaría trabajar en un Centro de Salud, el 92% encontraron las prácticas satisfactorias y el 97% considera buena la capacidad docente del Centro”<sup>184</sup>.

También en Cantabria Sancho y col<sup>185</sup> proponían mejor formación en la atención al SIDA tanto para enfermeras como para médicos. Aparicio y col<sup>186</sup> realizaron el

---

<sup>180</sup> López, 1991, pp. 26-28.

<sup>181</sup> García, 1991, pp. 39-46.

<sup>182</sup> Maldonado, 1991, pp. 115-38.

<sup>183</sup> Sánchez, Torralba, Paredes, Flores, Ramos y Marset, 1993, pp. 33-40.

<sup>184</sup> París, Pérez, Olóriz y Marín, 1993, pp. 30-34.

<sup>185</sup> Sanchón, Nespral y Llorca, 1993, pp. 38-43.

<sup>186</sup> Aparicio y Martorell, 1993, pp. 11-14.

estudio con los estudiantes de enfermería de Tarragona. Similares resultados encontraron en 1994, en Albacete, Corominas y col

“La oferta docente consistió en diez semanas (5 segundo y 5 en tercero de Enfermería) de estancia en un centro de salud urbano o rural. El alumnado se mostró satisfecho con la oferta (puntuación media de 3.44 sobre un máximo de 5). El alumnado valoró positivamente la oferta docente y opinaban que los centros de salud son un lugar óptimo para su formación”<sup>187</sup>.

En 1995, Rayon y col comentaron una experiencia internacional<sup>188</sup> en la que estudiantes de las Universidades de Navarra, con estudiantes mexicanos, participaron en una experiencia formativa rural en México.

En 1995, en primeros resultados sobre la evaluación del uso de la informática en la enseñanza los aportan Santos y col. que muestran resultados positivos.

“Se aplicó en: inmunizaciones, asistencia de Enfermería al niño sano, saneamiento, asistencia de Enfermería en primeros auxilios, Enfermería obstétrica, asistencia de Enfermería en la salud de la mujer, epidemiología y estadística... Los resultados demuestran que la evaluación de la formación por microcomputador proporcionó un desempeño significativamente superior en contraste con aquellos que no fueron expuestos en ese medio. Los alumnos demuestran satisfacción en la interacción con el microcomputador y la realización de la evaluación de la formación.”<sup>189</sup>

En 1996, varias profesoras de escuela adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid<sup>190</sup> en la revista *Formación Continuada*, incidían sobre la formación. En 1997, en Galicia, Figueiras y col.<sup>191</sup> en un estudio observacional transversal encontraron buena disposición, y a la vez falta de formación en el equipo sanitario para abordar la atención a los enfermos con SIDA. En 1996, en Sevilla, varias profesoras Lomas y col<sup>192</sup> realizaron evaluación sobre la enseñanza de la enfermería comunitaria.

En 1997, los profesores de enfermería comunitaria de la escuela de ciencias de la salud de la Universidad de Zaragoza, Germán y col.<sup>193</sup> plantearon diversos escenarios formativos en educación para la salud.

En 1998, en Valencia Novales y col.<sup>194</sup> plantearon la organización de prácticas y la guía de trabajo bajo el modelo de Peplau. En 1999, en Manresa, Evaluación de

---

<sup>187</sup> Corominas, García, Muela, Muñoz, Pinar, 1994, pp. 61-66.

<sup>188</sup> Rayón, Narvaiza, García y Martínez, 1995, pp. 289-292.

<sup>189</sup> Santos, Funcke, Schneider, Boettcher, Duarte y Krilow, 1995, p. 2.

<sup>190</sup> Artigas, García, Nespral, Serrano y Vera, 1996, pp. 126-146.

<sup>191</sup> Figueiras, López, Monteagudo y Tabeada, 1997, pp. 319-323.

<sup>192</sup> Lomas, Lima y Lagares, 1996, pp. 66-80

<sup>193</sup> Germán, Tomás y Moreno, 1997, *op. cit.*

<sup>194</sup> Novales, Nogales, Pastor y Charco, 1998, pp. 33-44.

actitudes Albertin, trataron de averiguar las actitudes hacia la Enfermería Comunitaria de los alumnos/as de enfermería al finalizar la diplomatura.

“Destacaron como factores influyentes: la adquisición gradual y progresiva de conocimientos a través de la carrera y su integración y coherencia en la globalidad del plan docente, así como la potenciación, por parte de la Escuela, de la importancia de las prácticas, de la competencia y motivación del profesorado y la dinámica de las clases. La actitud hacia la Enfermería Comunitaria resultó desfavorable por: la ganancia de autonomía, la ampliación del curso de intervención, el trabajo en equipo, la visión integrada de persona-entorno, la heterogeneidad de situaciones sobre las que actuar”<sup>195</sup>.

Estos resultados no dejan de sorprendernos ya que son contrarios a las reiteradas peticiones realizadas por las enfermeras y enfermeros y que son en gran parte logradas en Atención Primaria como nos han expresado varios de nuestros informantes en el capítulo anterior.

En 1998 Juanola y col. trataron de describir la experiencia educativa en los medios clínicos, y valorar el entorno educativo para incrementar la satisfacción de los estudiantes y la calidad de la enseñanza. Participaron todos los alumnos matriculados en las asignaturas de Enfermería Comunitaria II y III (245) y las enfermeras asistenciales de los Centros de Atención Primaria de Salud (74) que se ha responsabilizado de las prácticas clínicas de dichos estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería Vall d'Hebron. Se utilizó un cuestionario validado por Clifford en 1992, que explora tres aspectos: filosofía educacional, apoyo educativo y relación entre teoría y práctica.

“Los resultados obtenidos ponen de manifiesto una alta satisfacción en el área de filosofía educacional; las valoraciones más altas de los estudiantes son la información que reciben y el *feedback* como ayuda del aprendizaje. Las enfermeras valoraron la información que dan al estudiante y la oportunidad que les brindan de hacer preguntas. Los estudiantes están satisfechos del apoyo educativo recibido, y las enfermeras coinciden en haber dado este apoyo a los estudiantes. En relación a la aplicación de la teoría a la práctica, los estudiantes expresan como más positivo poder aplicarla y las enfermeras valoran más positivamente la personalización de los cuidados”<sup>196</sup>.

Martínez y Custey en Madrid abordaron la acreditación de tutores<sup>197</sup>. En Valencia, Novales y col<sup>198</sup> reflexionaron sobre los contenidos de la materia de enfermería comunitaria.

En Sevilla, en 1999, Lomas y col<sup>199</sup>, analizaron los resultados en nueve centros asociados de la labor docente. En 1999, en Xochimilco (México) Lara<sup>200</sup>, para

---

<sup>195</sup> Albertín y Vilanova, 1999, pp. 47-53.

<sup>196</sup> Juanola, Blanco, Cónsul y Zapico, 1998, pp. 254-262.

<sup>197</sup> Martínez y Custey, 1998, pp. 16-20.

<sup>198</sup> Novales y Charco, 1999, pp. 89-95.



impulsar los cambios en la Atención Primaria propuso la enseñanza multiprofesional en el primer nivel de atención, con la participación de alumnos de enfermería, medicina y nutrición. La propuesta estaba basada en el método llamado "perfil de los resultados de aprendizaje", propuesto por el Council for National Academic Awards de Londres,<sup>201</sup>

En 2000, en Murcia, Martínez y col<sup>202</sup> los estudiantes calificaron de óptimo y muy satisfactorio su aprendizaje en Centros de Salud. En 2003, en Madrid, G<sup>a</sup> Vallejo<sup>203</sup> propone un modelo de evaluación de prácticas para facilitar la labor del tutor.

En 2002 Flores y col.<sup>204</sup> al preguntar a los estudiantes de enfermería en Murcia encontraron que: "El 90,3% de los alumnos encuestados consideran que la Educación para la Salud, tiene su verdadera importancia sólo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud".

### 10. Investigación

La incorporación de los profesionales de Enfermería a los Equipos de Atención Primaria, supuso la incorporación de un nuevo campo de investigación para estos profesionales. En 1992, los profesores Martínez y Mtez.<sup>205</sup> de la escuela de enfermería de Cuenca de la Universidad de Castilla la Mancha, revisaron todos los títulos publicados bajo los descriptores Primary Health care y Nursing en los años 1989 y 1990 en la base de datos MEDLINE, analizando: país de origen de las revistas, título, lengua de publicación original, y aspectos de la Atención Primaria que son tratados. Aparecieron 139 títulos en los dos años estudiados. En nuestra base de datos, en este periodo de tiempo encontramos 26 correspondientes a autoras y autores españoles. Los aspectos de la Atención Primaria más frecuentemente abordados fueron: Atención continuada a crónicos, políticas de salud, la visita de salud y la formación básica de Enfermería, fueron similares con

---

<sup>199</sup> Lomas, Álvarez, Lima, Alcalde, Laorden y Lagares, 1999, pp. 85-86.

<sup>200</sup> Lara, Sánchez y Contreras, 1999, pp. 19-29.

<sup>201</sup> Sánchez, Delgado y Negrete, 1999 pp. 57-61.

<sup>202</sup> Martínez, Carrillo, García, Nicolás, Murillo y Campos, 2000, pp. 34-39.

<sup>203</sup> García, 2003, pp. 69-72

<sup>204</sup> Flores, Armero y García, 2002, pp. 5-15.

<sup>205</sup> Martínez y Martínez, 1992, pp. 18-20.

los españoles que inciden también en la calidad. Las revistas que más se ocuparon de aspectos de Atención Primaria fueron de nacionalidad inglesa y danesa, coincidiendo con los países donde ésta estaba más desarrollada, y la lengua original de los artículos más frecuentemente empleada fue el inglés. En castellano la revista española que más publico en este periodo fue Rol de Enfermería.

Funciones delegadas y autónomas es una sencilla y útil clasificación de la labor enfermera. Por delegadas se entiende las funciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y por autónomas son las derivadas de la valoración y análisis de las necesidades de los usuarios sanos y enfermos, así como de las de sus cuidadores principales. Las funciones propias se clasifican a su vez en: asistenciales, docentes, gestoras e investigadoras. Este modelo nos sirve para analizar los logros de la investigación en los que combinaremos el objetivo y resultados del estudio con los métodos y técnicas utilizadas.

Nuestra hipótesis es que, al igual que preocuparon desde el principio los temas de formación como consecuencia de las innovaciones asistenciales lo hicieron los temas de evaluación de la calidad, ahorro de costes y gestión de servicios de salud. En el contexto de la reforma de la Atención Primaria y luego del informe Abril, la preocupación por la eficacia, la eficiencia y los estudios de coste-beneficio, socialmente aceptables en la sanidad española. En la profesionalización de los cargos directivos del sistema sanitario, en una primera etapa entraron en la gestión sanitaria profesionales no sanitarios como economistas que entendieron e intuyeron, ya que no tuvieron tiempo de comprobarla, la eficiencia de los cuidados enfermeros. Una vez que los médicos aprendieron gestión, volvieron a ocupar los cargos principales del sistema, desplazando a los expertos gestores, administradores o economistas. Las enfermeras también aprendieron gestión y esto sirvió para asumir nuevas competencias en la gestión intermedia de los servicios, o bien, desde la secundarización de la gestión<sup>206</sup>. Andalucía fue pionera ya que la ley autonómica, permitía que pudiera ser director de centro de salud un titulado de grado medio, lo cual dio acceso a enfermeras y trabajadores sociales. A finales de

---

<sup>206</sup> La figura del supervisor o supervisora que organiza turnos de trabajo enfermero y médico, listas de quirófano y gestión de gastos, no es un fenómeno extraordinario. Cuando en conversaciones informales he puesto de manifiesto este hecho ante gerentes de hospitales, me han reconocido que su trabajo era equivalente al del gestor clínico. Esta, en mi opinión secundarización, es aceptada por ambas partes, aunque habría que averiguar el coste moral que tiene para las enfermeras. El término secundarización que significa colocarse en un segundo plano lo ha estudiado entre otras Soledad Murillo y hace referencia a una tendencia de las mujeres a colocarse en el segundo plano en la vida social.

los noventa, un 40% de los directores de centros de salud en Andalucía eran enfermeros. En 1999, en el distrito Axarquía, los directores de centros de salud estaban por encima de la media.

Varios son los enfoques o paradigmas de la investigación como sucede en otros campos de la ciencia, que enfrentan diversas aplicaciones del método científico y sus técnicas. En enfermería se dan ambas corrientes, el método positivista derivado del “método epidemiológico”, de gran importancia en la Salud Pública y que responde al paradigma salubrista, y el “método heurístico” que corresponde a una concepción humanística y social de los cuidados enfermeros, que algunas autoras como Kerouac<sup>207</sup> han dado en llamar “paradigma de la Integración” y que conecta también con el “paradigma ecológico” en su versión más ambientalista<sup>208</sup>. Consecuentemente con el estilo de pensamiento de los investigadores, las técnicas que van a utilizar van a ser muy diversas, y en nuestros presupuestos, van aumentando la de tipo cualitativo, en consonancia con lo que es la tendencia investigadora enfermera a nivel internacional.

En 1990, en Granada, Teresa Vázquez<sup>209</sup> en su trabajo del Master de Salud Pública realizó una investigación sobre el trabajo de enfermería en los centros de salud en contraste con la atención ambulatoria.

“Encontró que los enfermos derivados a las consultas de enfermería opinaban más satisfactoriamente sobre el tipo de atención que reciben en el centro, conocen más sobre autocuidados y consideraban que existía más diferencia entre el modelo tradicional de atención y el que recibían en la actualidad en sus centros, que lo que opinaban los enfermos no derivados. Todos tuvieron una opinión positiva sobre las enfermeras y enfermeros”<sup>210</sup>.

En 1992, en el CAP Ciudad Badia de Barcelona, Azagra y col se propusieron conocer las variaciones en la demanda asistencial en Primaria se analizaron los registros de actividad de siete años de funcionamiento.

“Los cambios sustanciales introducidos que pueden afectar al sistema de acceso de los usuarios al CAP han sido: creación de visita concertada médica y de enfermería (VCE) -cita previa-, creación de la tarjeta de medicación crónica (TMC) y limitación de la visita espontánea (VE) con derivación a urgencias si lo precisan. Estos factores se asocian, durante el período estudiado, a una disminución al inicio, una estabilización posterior y finalmente un ligero ascenso de las visitas totales. La actividad

---

<sup>207</sup> Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 1996, *op. cit.*

<sup>208</sup> Marc n y Germán 2000, *op. cit.*

<sup>209</sup> Vázquez, 1990, pp. 35-42.

<sup>210</sup> No es extraño que hubiera mayoría aplastante positiva sobre la atención enfermera ya que, en los comienzos de la reforma sanitaria, la opinión de los usuarios era: “esto es como si fuéramos a la privada”. El contexto de la atención sanitaria era: trato personalizado, con cita previa, historia clínica y educación sanitaria comprensible, dada sobre todo por enfermeras y en centros de salud nuevos y acogedores.

concertada pasó del 5,3% en 1983 al 45,2% en 1989 y la VCE del 0,3% en 1986 al 9,5% en 1989, las visitas médicas de urgencias pasan del 3,4% al 8%. Concluyeron que las modificaciones consiguieron un aumento de dedicación del personal sanitario a tareas sanitarias (preventivas y terapéuticas), mejor organización asistencial y mayor satisfacción de usuarios y profesionales sanitarios<sup>211</sup>.

En el centro de Salud de Cantera, Pamplona, Arroyo y col<sup>212</sup> evaluaron, a partir de los registros, las cartillas de Largo Tratamiento. "...detectaron medicación esporádica concomitante en un 22,7% de las cartillas y existían interacciones potenciales en un 35% de las mismas". Martos<sup>213</sup> propuso la coordinación entre servicios para la atención de enfermos y familias con ostomías.

En 1993, de la Escuela de Especialización de Madrid, Pedro Romera encontró relación positiva entre la calidad y cantidad de registro y la implantación de guías con o sin curso de formación.

"Los resultados detectaron en los registros enfermeros un nivel de calidad óptimo de los criterios referidos a la valoración de los hábitos tóxicos, exploración física y valoración del patrón nutrición-metabolismo, y un desarrollo insuficiente del resto. Finalmente, se constató un nivel de calidad más óptimo en los registros realizados por las enfermeras del centro de salud donde una mayor proporción de ellas recibieron formación continuada desde la dirección del sector"<sup>214</sup>.

En 1993, en dos centros de salud de Barcelona, Martínez y col. evaluaron las consultas de enfermería. Entre enero y diciembre de 1991 en 1.103 pacientes analizaron: edad, sexo, diagnóstico, cumplimiento de las citaciones y grado de control de su enfermedad. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de ji cuadrado, con la corrección de Yates cuando fue necesario. Encontraron que:

"El 50% de los pacientes programados asistieron a las consultas de enfermería, siendo los pacientes diabéticos los que alcanzaban unas tasas mayores de cumplimiento (70,5%). Los hipertensos fueron los que obtuvieron mejor control de su enfermedad (80%). Por el contrario, un 75% de los obesos presentaron mal control de su obesidad. En los diabéticos se consiguió alcanzar en un 57,5% un control bueno o aceptable de su diabetes, y en un 42,5% los controles eran deficientes o malos. En los varones se observó un mejor control de la diabetes que en las mujeres, siendo estas diferencias de casi el doble en todos los grupos de edad ( $p < 0,05$ ); finalmente expusieron nuevas estrategias para mejorar estos resultados"<sup>215</sup>.

En 1993, en el centro de salud Ciudad Jardín de Jaén, Molina y col<sup>216</sup> al evaluar la aceptabilidad, fiabilidad y validez concurrente del cuestionario autoadministrado de problemas sociales de Corney y Clare, concluyeron que los resultados no apoyan el uso del instrumento, en lugar de entrevistas estandarizadas, para la

---

<sup>211</sup> Azagra, Mengual, Calvet, Castro y Medina, 1992, pp. 212-215.

<sup>212</sup> Arroyo, Cortés, Cariñanos y Sáenz, 1992, pp. 493-495.

<sup>213</sup> Martos, 1992, pp. 11-14.

<sup>214</sup> Romera, 1993, pp.38-47.

<sup>215</sup> Martínez y Blanco, 1993, pp. 142-148.

<sup>216</sup> Molina, Manjón, Puerto y Girón, 1993, pp. 441-447.

evaluación de problemas sociales específicos, pero sí, la utilización de parte del mismo con el objetivo de obtener una medida válida de tendencia. En Granada, en este año, Germán y Calle validaron la escala S.H.I.V.A. que es a la atención de enfermería hospitalaria lo que la E.V.A. fue a la Atención Primaria de Salud.

“La nueva escala de valoración de la autonomía funcional tiene la ventaja de su doble utilidad: de forma cotidiana en la práctica clínica y también como instrumento para la investigación sobre la calidad de los cuidados”<sup>217</sup>.

En el mismo año, las enfermeras de los servicios centrales de la Junta de Andalucía de Sevilla y las profesoras de la escuela de enfermería Virgen de las Nieves de Granada, Calzada y col<sup>218</sup> estudiaron un instrumento para medir el clima social.

En 1994, Larrea y col<sup>219</sup> del Instituto Catalán de antropología, trataron de conocer el grado de satisfacción de los usuarios a través de la observación participante, a partir de la visualización de un video en la sala de espera. Diversos trabajos investigan con alumnos<sup>220</sup> usando técnicas cualitativas Bilbao y col<sup>221</sup> realizando investigación participativa en salud<sup>222</sup>

En 1998, varias enfermeras de los centros de Salud de Cartuja y Almanjayar, de Granada, Revilla y col proponían incorporar el genograma y el análisis del ciclo vital

“Consideramos que el genograma es un excelente instrumento para clasificar a las familias según las etapas del ciclo vital familiar. Para poder identificar en qué momento del ciclo se encuentran las familias es un dato importante en el trabajo de los enfermeros”<sup>223</sup>.

En 1997, Fuster y col estudiaron en Albacete, mediante encuesta, las demandas de los usuarios

“El perfil típico de los usuarios de las consultas de crónicos y tratamientos es mujer de 45 a 75 años de edad, ama de casa y sin estudios o solo primarios, en pediatría es niña menor de 2 años y en la matrona mujer entre 25-35 años con estudios medios. Existen diferencias entre las actividades que los profesionales de enfermería dicen realizar y lo que los usuarios perciben. La mayoría de los usuarios entrevistados están satisfechos con la atención y el trato recibido, sin embargo el 30% de los profesionales están insatisfechos con el trabajo que realizan... demandan mayor calidad humana y profesionalidad por parte de las enfermeras/os”<sup>224</sup>.

---

<sup>217</sup> Germán y Calle, 1993, pp. 41-47.

<sup>218</sup> Calzada, Hederle y González, 1993, pp. 12-15.

<sup>219</sup> Larrea y Plana, 1994, pp. 67-74.

<sup>220</sup> Lanuza y Cabré, 1996, pp. 90-91.

<sup>221</sup> Bilbao, March, Lozano y Prieto, 2002, p. 91.

<sup>222</sup> Martínez, 1999, pp. 50-51.

<sup>223</sup> Revilla, Constan, Úbeda, Fernández y Casado, 1998, pp. 25-30.

<sup>224</sup> Fuster, García y Ruiz, 1999, pp.12-21.

En 1998, en Huelva, Macías y col<sup>225</sup> evaluaron la calidad en cirugía y propusieron coordinación con Atención primaria. En 1999, en Jaén, Lledó y col<sup>226</sup>. Analizaron mediante formulario, el papel de enfermería en las piscinas públicas de verano.

En 1998, los profesores Raña y col<sup>227</sup> de la escuela de enfermería de La Coruña, en un estudio de revisión encontraron diversidad de instrumentos para medir la opinión de los usuarios en primaria. Magro<sup>228</sup> en Guadalajara encontró discrepancias entre las expectativas y la satisfacción de los usuarios. Las razones son: accesibilidad, cita previa y tiempo de espera. No obstante, los usuarios tenían una alta satisfacción con los profesionales que les atendían, valorando sobre todo la amabilidad y la competencia científico-técnica.

En 1998, de la gerencia de Atención Primaria y del centro de salud Molina de Segura de Murcia, Martínez y col<sup>229</sup> trataron de conocer la calidad metodológica de los artículos originales publicados en las revistas ROL, Enfermería Científica y Enfermería Clínica. Utilizaron los siete criterios contenidos en las Normas del Comité Internacional de Vancouver y en las bases de publicación de las revistas mencionadas. La calidad global de los artículos originales fue buena, ya que se superó el estándar previsto en cuatro criterios y en los tres restantes los resultados se aproximaron bastante al estándar.

En 1999, la profesora Serrano de la escuela de enfermería de Puerta de Hierro de Madrid, mediante cuestionario autoadministrado a la población diana y prueba piloto, encontró que

“Existe un 20% de la población que aún no ha sido atendido en Consulta Enfermera. Sólo el 9,7% accede a través de la enfermera. La enfermera sigue atendiendo mayoritariamente a personas con enfermedad crónica para su control y seguimiento. Existe un claro desarrollo profesional avalado por los resultados obtenidos en las tres características profesionales abordadas”<sup>230</sup>.

En 1999, profesores Escobar y col de la escuela de enfermería de la Universidad de Extremadura,

---

<sup>225</sup> Macías, Mena, Navarro, Median, Merino y Marquinez, 1998 pp. 26-29.

<sup>226</sup> Lledó, Torres, Barrionuevo y Cruz, 1999, pp. 27-33.

<sup>227</sup> Raña, García y Méndez, 1998, pp. 4-9.

<sup>228</sup> Magro, 1998, pp. 711-718.

<sup>229</sup> Martínez y Moreno, 1998, pp. 12-15.

<sup>230</sup> Serrano, 1999, pp. 30-38.

“Construyeron un cuestionario autoadministrado destinado a conocer la opinión de los profesionales de Atención Primaria sobre las funciones, organización y eficiencia del trabajo de Enfermería Comunitaria... usaron la técnica Philips 66 elaboraron un cuestionario de 72 preguntas con respuestas múltiples que se sometió a una prueba piloto entre 47 enfermeros, analizándose la frecuencia de endose de cada ítem y la concordancia test-retest mediante el coeficiente Kappa. Para el cuestionario definitivo se seleccionaron 44 de los 72 ítems propuestos (61,11%), de ellos 26 (59,09%) por cumplir con los dos criterios previstos. La estabilidad y el poder discriminante de las preguntas son dos de los criterios que deben evaluarse en la construcción de cuestionarios destinados a medir opiniones”<sup>231</sup>.

En 1999, en Grau y col<sup>232</sup> validaron el instrumento COOP sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de 65 años y con patología crónica. Las enfermeras lo consideraron útil, sencillo de aplicar y bien valorado por los pacientes.

En 1999, el equipo interdisciplinar de González y col de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, a partir de la escala EASY CARE (Elderly Assessment System) que mide calidad de vida y actividades de la vida diaria, en > 65 años, la aplicaron en 21 centros de salud de España. Hallaron los siguientes resultados:

“Un 44,6% se manifestaron autónomos en las actividades instrumentales y solo un 10,2% en las físicas. En el 65% hubo limitaciones sensoriales; un 36% problemas de incontinencia. Se sienten solos alguna vez un 50%. Forman parte del estudio europeo SCOPE (Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for the elderly)”<sup>233</sup>.

Entre el año 1999 y el 2000, la Fundación Index publicó un número monográfico dedicado a la Investigación Cualitativa y presentó el *Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud –LIC-* basado en Goffman y el término de *invisible collage*, la fenomenología de Heidegger, o lo cuidados transculturales de Leininguer entre otros.

“Es un espacio alternativo para un colectivo crítico con el modelo tradicional de investigación biomédica que está dispuesto a desarrollar un nuevo modelo, que sea alternativo y complementario a la vez. Abierto a profesionales que compartan el mismo interés por la investigación cualitativa: enfermeras, médicos, antropólogos, sociólogos, pedagogos, trabajadores sociales etc”<sup>234</sup>.

## 11. Satisfacción Profesional

La satisfacción del profesional es tanto un factor causal de buena atención, como un juicio sobre la bondad de la atención. No es fácil medir las distintas facetas

<sup>231</sup> Escobar, Galindo y Palomo, 1999, pp. 25-28.

<sup>232</sup> Grau, Solas, González, Gayarre y Fernández, 1999, p. 89.

<sup>233</sup> González, Solas, Bailón, Guerrero y Aznarez, Marco, 1999, pp. 88-89.

<sup>234</sup> Agra, Sacristán, Pelayo y Fernández, 2003, pp. 567-579

que componen la satisfacción, no obstante, diversos trabajos abordan la satisfacción laboral a partir de la década de los noventa, siendo contradictorios los estudios en los que las enfermeras muestran mas satisfacción que los médicos o viceversa.<sup>235</sup> En 1990, las enfermeras de Madrid Espejo y col<sup>236</sup>. Sobre el absentismo laboral Sánchez y col<sup>237</sup>,

“No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la duración de los procesos de baja por sexo. La causa más frecuente de baja han sido las enfermedades del aparato respiratorio. La duración de la baja ha sido mayor en el personal de Enfermería ( $p < 0.0001$ ). En el análisis del absentismo de nuestra población de estudio no ha influido el modelo sanitario al que pertenecen los profesionales”<sup>238</sup>.

En 1993, Vidal y col. preguntaron mediante cuestionario a las enfermeras de Mallorca y encontraron que se citaron dos fuentes de insatisfacción laboral:

"Conflictos con el E.A.P. (Equipo de Atención Primaria) (66.7%) seguido de falta de recursos humanos (50,9%)”<sup>239</sup>.

Opinión diferente manifiestan las enfermeras de Atención Primaria y especializada del área 10 de Madrid en 1994, encuestadas por los médicos Cruz y col, usando el cuestionario Font-Roja El personal de enfermería de ambos niveles de atención sanitaria manifestó:

“Menor satisfacción en relación con "tensión relacionada con el trabajo", "promoción profesional" y "exceso de trabajo". La mayor satisfacción se da en "contenido de trabajo" y "relaciones con los compañeros". La enfermería de AP se muestra más satisfecha en "comunicación con superiores", "satisfacción con el puesto de trabajo", "tensión relacionada con el trabajo" y "autonomía profesional". El personal eventual puntúa más alto que el fijo en "satisfacción con el puesto de trabajo" y "tensión con el puesto de trabajo". El turno de tarde es el que se muestra más satisfecho en general”<sup>240</sup>.

En 1995 también en Madrid Fernández y col. usaron también el cuestionario Font-Roja en atención primaria y especializada obteniendo los siguientes resultados:

“Las dimensiones con puntuaciones más bajas son *tensión relacionada con el trabajo y promoción profesional* (especialmente en el grupo de *enfermería* y administrativos). Existe diferencia significativa entre los factores, grupo profesional y nivel asistencial de trabajo. El grado de satisfacción es medio.

<sup>235</sup> Vidal, Artigas, Gogorcena y Gallo, 1993, pp. 13-17; Hofstadt, Baena, Sánchez y Mira, 1995, pp. 757-760; Maderuelo, González, Hernández, Martín, y González, 1995, p. 201; García, Bermejo y Megías, 1996, pp. 38-42

<sup>236</sup> Espejo, Granda, Custey y Sánchez, 1990, pp. 21-24.

<sup>237</sup> Sánchez, Martínez, Arce, Ayala, Martín y Álvarez, 1993, pp. 95-100.

<sup>238</sup> Arce, 1992.

<sup>239</sup> Vidal, Artigas, Gogorcena y Gallo, 1993, pp. 13-17.

<sup>240</sup> Cruz, Vázquez, Aguirre, Fernández, Villagrasa y Andradas, 1994, pp. 469-473.



Deberían introducirse modificaciones en las condiciones de trabajo y en la organización empresarial, en función de la puntuación de los determinantes de la satisfacción”<sup>241</sup>.

En 1997, López y col en el distrito de Linares encontraron que:

“Las enfermeras están más satisfechas con: el grado de autonomía en toma de decisiones y la realización personal en el trabajo. Aparecen como insatisfacciones la falta de recursos materiales, la escasa posibilidad de evolución profesional y destacando la burocracia como uno de los factores que mayor insatisfacción causa al personal de enfermería”<sup>242</sup>.

Los médicos Acámer y col<sup>243</sup> en el área de Albacete utilizaron el cuestionario que incluía la Escala de Satisfacción Laboral de profesionales de la salud en equipos de atención primaria validado por Peiró.

“Los profesionales de enfermería manifestaron mayor satisfacción que los médicos en la organización y funcionamiento del equipo, oportunidades de desarrollo, carga de trabajo y realización personal, no habiendo diferencias en el resto de las dimensiones”<sup>244</sup>.

En 1997, Carbelo y col<sup>245</sup> reflexionan sobre una alternativa adaptativa valiosa para la propia existencia. Sarmiento y col<sup>246</sup> médicos y residentes, analizaron las expectativas de los profesionales de atención primaria y destacaron la mejora de la relación Atención Primaria - Atención Especializada:

“Aumentará la consideración que otorgamos a la comunicación con el paciente-usuario y la familia y disminuirá la burocracia. La formación continuada debe ser un eje fundamental de desarrollo al permitir que el personal se adapte a los nuevos cambios. El personal sanitario se ve en un futuro aumentando las actividades preventivas. Destacó la buena motivación de todos los participantes *excepto el grupo de enfermería, que se encuentra francamente desilusionado*”. Los enfermeros expresaron desilusión entre las expectativas y los hechos, expresando un cansancio por la atención a crónicos; no obstante, médicos y pediatras manifestaron: “la enfermería tiene mucho que hacer y enseñar al médico”...”la extraordinaria aportación de las enfermeras a la mejora de atención al niño”.

#### 6.4. Etapa de la consolidación profesional: 2000-2004

Al observar la enfermería comunitaria del nuevo siglo XX constatamos que se ha profesionalizado en todos los campos y se ha consolidado su organización en todo el territorio español. La investigación se ha hecho más consistente y se ha apostado

---

<sup>241</sup> Fernández, San Martín, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz, Aguirre y Andradás, 1995, pp. 487-497.

<sup>242</sup> López y Rodríguez, 1997, pp. 2-5.

<sup>243</sup> Acámer, López y López, 1997, pp. 401-407.

<sup>244</sup> Peiró, 1989, pp. 135-174

<sup>245</sup> Carbelo, Casas, Martínez, 1997, pp. 377-381.

<sup>246</sup> Sarmiento, Martínez, Sánchez, Meseguer y Jiménez Belló, 1997, pp. 311-314.

por el uso de técnicas cualitativas, a la vez que los diseños epidemiológicos en los temas técnicos son más consistentes. Se han abordado nuevos problemas de salud como la atención a la inmigración que ha implicado nuevas maneras de comprender la manera de enfermar y de proteger la salud.

Así mismo observamos que se han asumido las nuevas tecnologías de la información y su aplicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje unido al cambio que requiere la Convergencia Europea. Y, se ha creado una nueva figura *la Enfermera de Enlace o Enfermera Familiar y Comunitaria Gestora de Casos*, nueva modalidad profesional que realiza la gestión integrada de atención a la dependencia. La producción científica reflejará todos estos cambios que a continuación vamos a describir.

### 1. Obras colectivas de referencia y manuales

En el año 2000 se publicaron diversas obras, los dos libros cuyo editor fue Frías<sup>247</sup> de la Universidad de Jaén *Salud Pública y Educación para la Salud y Enfermería Comunitaria* orientado a estudiantes. De la Universidad Autónoma de Madrid, García Suso<sup>248</sup> publicó su obra *Enfermería Comunitaria: Bases Teóricas*. Caja<sup>249</sup> realizó una reedición de *Enfermería comunitaria III: Atención Primaria*. El texto de Ramos<sup>250</sup> de la Universidad de la Laguna *Enfermería Comunitaria: Métodos y Técnicas* y los tres libros de tipología manual *Enfermería Comunitaria I, II y III* coordinados por Sánchez<sup>251</sup> que es una versión adaptada a estudiantes de la obra de Mazarrasa ya comentada cuya primera edición fue en 1996.

En 2002, Girbau<sup>252</sup> publicaron *Enfermería Comunitaria I*, y Bienert<sup>253</sup> *Enfoques actuales de la enfermería comunitaria*. En 2003 se publicó la segunda edición de *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* de Mazarrasa. En estas obras colectivas debemos señalar dos características comunes: la dirección enfermera y la autoría

---

<sup>247</sup> Frías, (1) 2000:440 y Frías, (2),2000:502.

<sup>248</sup> G<sup>a</sup> Suso, Vera y Campo, 2001.

<sup>249</sup> Caja, 2000, 2<sup>a</sup> ed. 2003.

<sup>250</sup> Ramos, 2000.

<sup>251</sup> Sánchez, Aparicio, Germán, Mazarrasa, Merelles y Sánchez, 2000, *op. cit.*

<sup>252</sup> Girbau, 2002, Predomina la cita local.

<sup>253</sup> Bienert, 2002, *op. cit.*

pluridisciplinar con predominio de autores enfermeros. Las obras clásicas de salud pública como Last de autoría norteamericana y Piédrola, un clásico de la medicina preventiva española, pasan a ser libros de consulta junto con otros textos médicos de la disciplina.

## *2. La enfermería de salud familiar y comunitaria*

A partir del 2000, la consulta enfermera se consolida, se diversifica y se hace más compleja introduciendo nuevas tecnologías y ampliando sus ámbitos de atención a jóvenes, hombres solitarios y enfermos de SIDA. Continúa la atención a los pacientes con problemas crónicos cuyo abanico se amplía. Continúa el debate sobre la naturaleza de los cuidados, para Carmen de la Cuesta “La mayoría de los aspectos de la salud son de naturaleza social que merecen un modelo de indagación que considere los múltiples significados que los individuos adjudican a su cuidado, conducta y prácticas de salud”<sup>254</sup>. En las relaciones interprofesionales y en el trabajo en equipo se siguen evaluando resultados. En 2000, Dalfó revisaron en dos muestras aleatorias, de 325 historias clínicas, de los pacientes hipertensos en seguimiento en el centro durante 1995 y 1996. Tras medir diversas variables entre médicos y enfermeras, concluyeron que: “El papel del personal de enfermería es fundamental en la detección y el seguimiento del paciente hipertenso en el equipo de atención primaria”<sup>255</sup>.

Cebrián<sup>256</sup> en 2001 y en 2002, el equipo interdisciplinar y la gerencia de atención primaria de Baleares, Sancho Viudes y col. realizaron un amplio y quizás el más completo estudio sobre la situación de enfermería, “al ser este colectivo el que más ha cambiado su rol profesional y más expectativas pusieron en la reforma” encontraron entre las dificultades que hay que superar:

“La falta de ajuste de las plantillas en relación con el incremento poblacional, problemas de comunicación interna en los equipos y la escasa la difusión de los servicios de enfermería...necesidad de ampliar la formación en educación para la salud y habilidades trabajo en equipo. Un aspecto en el muestran su desacuerdo es en la definición del producto enfermero como intermedio del proceso asistencial y que se midan únicamente consulta y domicilio y no el trabajo de sala de curas,

---

<sup>254</sup> De la Cuesta, 2000, pp. 7-8

<sup>255</sup> Dalfó, Gubert, Vila y Sabartés, 2000, pp.180-183.

<sup>256</sup> Cebrián, 2001, pp. 45-46.

vacunaciones y otras actividades enfermeras. Quizás es que se aplica al trabajo enfermero iguales criterios que se aplica al médico, lo cual es erróneo”<sup>257</sup>.

En 2003 Domingo y col.<sup>258</sup> Realizaron validación en 192 intervenciones enfermeras que se llevan a cabo en el domicilio del paciente en atención primaria en el IMSALUD-Madrid. Se utilizaron las técnicas del Grupo Nominal y Delphi. No se logró consenso sobre los tiempos estimados para su realización. No obstante la realidad es diversa, el grupo 6 de La Rioja en su trabajo constataron la “desadaptación de los enfermeros al puesto de trabajo” desde el punto de vista de escasa atención a las tareas de cuidado y quizás exceso de tiempo a las tareas delegadas médicas:

“Vemos como se dedica gran parte del tiempo a realizar labores de otros profesionales del equipo, en detrimento de la labor propia. Se observa como la evolución sufrida por el colectivo hacia el perfil de cuidado no es total, pues sigue existiendo un porcentaje de profesionales que se identifican con el Ayudante Técnico Sanitario, la falta de la licenciatura y doctorado dificulta este desarrollo en parte”<sup>259</sup>.

Jorge Minguez opina que las tareas de educación para la salud y consejo sanitario podrían ser delegadas en enfermeras y ahorrar un 20% del tiempo médico, no obstante sigue habiendo médicos y enfermeras del modelo biomédico.

“Hay médicos que desconfían y proponen rígidos protocolos, A esto se añade la incorporación de enfermeras hospitalarias huyendo de trabajo nocturno y deseando fines de semana, la formación academicista, la falta de asociación fuerte y el paro en el sector médico, supone una continua renegociación del papel enfermero en APS”<sup>260</sup>.

En Cataluña, en 2004, Campo y col describieron los resultados de los cuidados enfermeros en APS. Los descriptores obtenidos fueron los siguientes:

“2.1. Adquiere o aumenta conocimientos; 2.2. Desarrolla habilidades; 2.3. Identifica puntos débiles o vulnerables; 2.4. Identifica recursos propios y del entorno; 2.5. Toma decisiones en situaciones difíciles; 2.6. Expresa sentimientos y emociones; 2.7. Cumple o mantiene plan de cuidados; 2.8. Cumple plan dietético; 2.9. Cumple tratamiento farmacológico; 2.10. Mejora o estabilidad de la enfermedad; 2.11. Mal control de la enfermedad; 2.12. Incorporación o modificación de conductas, hábitos y estilos de vida saludables; 2.13. Mantenimiento de conductas, hábitos, estilos de vida saludables; 2.14. Interrupción de conductas, hábitos, estilos de vida saludables; 2.15. Eliminación o control de factores de riesgo; 2.16. Mejora o mantenimiento estable de la situación emocional; 2.17. Dificultad para participar y comprometerse en su cuidado; 2.18. Apoyo, implicación de la familia; 2.19. Ingreso por empeorar los síntomas, la enfermedad y/o aparecer complicaciones; 2.20. Ayuda externa;

<sup>257</sup> Sancho, Vidal, Cañellas, Caldés, Corcoll y Ramos, 2002, pp. 531-543.

<sup>258</sup> Domingo, Villacañas, Cantero, Nieto, Monleón, Diz, Pino, Casado, Sánchez, y Domínguez, 2003, pp. 337-347.

<sup>259</sup> Macías, Feria, Arenas, León y Barquero, 2000, pp. 21-24.

<sup>260</sup> Minguez y Minguez, 2001, pp. 479-486.

2.21. Ingreso para descanso del cuidador; 2.22. No acude a la visita concertada; 2.23. Abandono del seguimiento de Enfermería”<sup>261</sup>.

### *Educación para la salud*

En Reus, Olesti y col. propusieron la educación para la salud en adolescentes a partir de los resultados encontrados en una muestra de 637 adolescentes de los institutos de bachillerato:

“Un 38,5% consume tabaco, el 65,7% bebe, siendo el 47,4% consumidores de fin de semana, el 31,9% fuma cannabis, y el 9,6% ha probado otro tipo de drogas. La edad de inicio en el consumo de tabaco es de  $14,1 \pm 1,27$  años (rango 13-17 años) y la de consumo de alcohol de  $14,1 \pm 1,1$  años (rango 12-18)”<sup>262</sup>.

En 2001 Feito y col.<sup>263</sup> en Santiago de Chile analizaron las expectativas de los padres respecto a la educación sexual de los hijos, considerando que ellos eran los principales responsables. No hemos encontrado un abordaje similar en nuestra base de datos en España, sin embargo, sería interesante hacer algo similar.

Gómez y col. en una muestra de 396 mujeres de centros de planificación familiar encontraron que: “Los factores socio-culturales no han evolucionado paralelamente al nivel de información que se tiene sobre relaciones sexuales, siendo la primera relación muy similar en diversas generaciones”<sup>264</sup>.

En 2003 López y col. realizaron la evaluación del proceso para medir correctamente el impacto de intervenciones educativas sobre las conductas, sus determinantes psicosociales y el estadio de cambio, en el marco de la promoción de la salud. Concluyeron que: “En conjunto, la calidad de implementación fue más que suficiente, a pesar de la escasa facilitación proporcionada por el sistema sanitario”<sup>265</sup>.

En 2003, Tierno y col. realizaron 3 talleres, de 3-4 meses de duración cada uno, a los que asistieron 20 mujeres con ansiedad, trabajándose con un paquete terapéutico a nivel cognitivo, de reestructuración cognitiva y desarrollo personal.

---

<sup>261</sup> Campo, García, Val, Núñez, Figueiras y Gascón, 2004, pp. 18-22.

<sup>262</sup> Olesti, Bonet, Fuente, Fornos, Fortuny y Mallo, 2000, pp. 63-70.

<sup>263</sup> Feito, Bozzolo, Calvo y Larrain, 2001, pp. 256-261.

<sup>264</sup> Gómez, Peña, Garrido, Sanz, Herrero y López, 2000, pp. 30-33.

<sup>265</sup> López, Fernández, López, Santiago, Valle Gómez, García y Cueto, 2003, pp. 681-690.

Tras realizar el test de Goldberg pre-post-taller y cuestionario post-taller, se destacaron los siguientes resultados:

“Una reducción en el grado de ansiedad del 58,6%, alta utilidad de la relajación en el 60% y aplicabilidad a su vida de los conocimientos trabajados en el 85%. Pensamos que la puesta en común posibilita la expresión de conflictos, preocupaciones, resolución de problemas, a la vez que se potencia la autoayuda”<sup>266</sup>.

En dos trabajos sucesivos en los años 2002 y 2003, Duro<sup>267</sup> analizó el uso de la educación en grupo por parte de los profesionales de Atención Primaria. Los principales colectivos objeto del trabajo en grupo son, por este orden:

“Los pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos), mujeres (perimenopaúsicas, con malestar general, etc.), escolares y profesores, asociaciones de la comunidad y cuidadores de enfermos crónicos. La participación de los médicos es minoritaria, esporádica y siempre en conjunto con enfermeras o trabajadores sociales”<sup>268</sup>.

Al estudiar el hábito tabáquico entre profesionales en 2002 en Lanzarote, Viera y col<sup>269</sup> no encontraron diferencias entre enfermeras y médicos ni como en otros trabajos, una prevalencia más elevada que en la población general. Sin embargo en 2003 en la Comunidad de Madrid Fernández y Sánchez encontraron que:

“El tabaquismo es más frecuente entre las enfermeras que entre las médicas y en la atención especializada más que en la atención primaria. Las más jóvenes de las dos profesiones son las que menos fuman, lo que permite un cierto optimismo. El cumplimiento de la legislación vigente en los centros sanitarios, aunque ha tenido alguna mejora, continúa siendo muy bajo”<sup>270</sup>.

En 2004 se describe que Internet se ha convertido en un alternativa de consulta sexual para chicos jóvenes, mientras que las chicas tiene claro acudir a la consulta de las enfermeras para resolver sus dudas sexuales. Ayuso y equipo<sup>271</sup>, proponen una consulta de atención a los hombres.

#### *Enfermos Crónicos, ancianos, motivos de demanda*

Son muy numerosos los trabajos sobre enfermos crónicos, únicamente enumeramos algunos cuyo enfoque es más innovador. Así Arribas y col.<sup>272</sup>

---

<sup>266</sup> Tierno, Cassinello, Rey y Maldonado, 2003, pp. 6-10.

<sup>267</sup> Duro, 2002, pp.545-559.

<sup>268</sup> Duro, 2003, pp.615-627.

<sup>269</sup> Viera, Fernández, Tejera y Imbernon, 2002, pp. 19-23.

<sup>270</sup> Fernández y Sánchez, 2003, pp. 5-10.

<sup>271</sup> Ayuso, Navarro y García, 2004, pp. 93-101.

<sup>272</sup> Arribas, Sánchez y Rodríguez, 2000, pp. 34-37.

abordaron la osteoporosis, Fernández y col.<sup>273</sup> el patrón respiratorio ineficaz Abelairas y col.<sup>274</sup> los asmáticos Cabrera y col.<sup>275</sup> detección del cáncer de mama Forcén y col.<sup>276</sup>.

En 2001, al estudiar la hiperfrecuentación, Mancera y col concluyen que:

“Los hiperconsultadores de nuestro centro de salud son mujeres de edad media con problemas de salud física de evolución crónica y con problemas de salud mental. El número de visitas está relacionado con la edad y las necesidades administrativas: medicación y bajas”<sup>277</sup>.

En este estudio, no incorporaron la variable de atención en consulta de enfermería, lo que pudo influir en los resultados del estudio, en el sentido de infravalorar la hiperconsulta.

En 2002 en Barcelona, Fuguet,<sup>278</sup> proponía, para los ancianos de una residencia, la realización de una hoja personal de urgencias que diera continuidad de atención.

En 2003 en Barcelona, Segura y col. estudiaron 1.357 enfermos crónicos, atendidos durante los 10 primeros años (mayo 94-diciembre 2002) de atención domiciliaria en un Centro de Salud urbano (Raval Nord de Barcelona).

“Predominio de población femenina (68%), y una media de edad de 82 años (DE: 11 años). Destacan la falta de ascensores (76%), y la soledad (18%). Presentan dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria un 11% de los enfermos, mientras que aproximadamente un 20% muestra severas alteraciones cognitivas. En relación con la atención domiciliaria, se superó el objetivo del programa de 2-3 visitas/enfermo/año para el personal médico y de 4-6 para el personal de enfermería. La vacunación antigripal se mantuvo siempre por encima del objetivo del 70%, mientras que la vacunación antitetánica aumentó anualmente. Conclusiones: La población atendida en este programa se caracteriza por ser muy envejecida, con una tasa de mortalidad y que requiere atención domiciliaria continuada. Durante los 10 años estudiados se han logrado la mayor parte de los objetivos prefijados”<sup>279</sup>.

En Zaragoza al estudiar el perfil general del paciente domiciliario de demanda de urgencia Marco y Abad<sup>280</sup> encontraron que el perfil demandante era: mujeres mayores a las que se les administraron anticoagulantes o se les realizaron curas. En Tarrasa, Herrero y Torrá<sup>281</sup> proponían el uso del colchón anti-escaras en la

---

<sup>273</sup> Fernández, García y Melero, 2000, pp. 193-195.

<sup>274</sup> Abelairas, 2000, pp. 26-33.

<sup>275</sup> Cabrera, Alonso, Gorrindo, Domínguez, García y González, 2002, pp. 301-305.

<sup>276</sup> Forcén, Fernández, Used, Sánchez, Gonzalo y Lahuerta, 2000, pp. 4-7.

<sup>277</sup> Mancera, Muñoz, Paniagua, Fernández, Fernández-Tapia y Blanca, 2001, pp. 658-662.

<sup>278</sup> Fuguet, Gonzano y Martínez, 2002, pp.27-31.

<sup>279</sup> Segura, Bastida, Martí, Riba, Marsá y Lancho, 2003, pp. 581-594.

<sup>280</sup> Marco y Abad, 2000, pp. 248-252.

<sup>281</sup> Herrero, Torra y Martínez, 2000, pp. 95-101.

atención domiciliaria. Herrero y col.<sup>282</sup> concluyeron que el uso de colchón de aire disminuye la incidencia y mejora la curación de las úlceras.

En el mismo año, Colomina y col. evaluaron el uso de la técnica Doppler por enfermeras, como método diagnóstico no invasivo para la detección precoz de arteriopatía periférica en población diabética. Acudieron a la población para obtener su propia valoración. En 2001 Icart y col.<sup>283</sup> en Barcelona, encuestaron a 360 personas que acudieron a varios centros de salud de Barcelona encontraron que:

“El cáncer y las enfermedades cardiovasculares son las que más preocupan a los encuestados y que afectan a más miembros de su entorno familiar y social. En cambio, su preocupación por el SIDA no refleja la realidad de dicho entorno. Con frecuencia no reconocen el problema de salud que ha motivado su visita como una verdadera enfermedad”<sup>284</sup>.

Al año siguiente en Madrid Agudo y col. al estudiar los motivos de asistencia a la consulta de enfermería, encontraron que:

“Un 28% de los casos acude a consulta programada, mientras que un 72% lo hace a demanda. Los motivos fueron: 57,5% acude para procedimientos y protocolos; un 39,2%, para cumplimentar recetas médicas, y un 3,3%, el resto”<sup>285</sup>

En 2003 en pacientes geriátricos, Hernández encontró que:

“Los pacientes con diferentes enfermedades se mantienen compensados con la práctica sistemática del ejercicio físico, la enfermedad que más predomina es la hipertensión arterial, el 100 % mantuvo los niveles de glicemia normales después de los ejercicios físicos, la totalidad de los pacientes hipertensos normalizó la tensión arterial, al igual que los pacientes que sufren de artrosis, que se compensaron. Las acciones de enfermería independientes fueron las que se destacaron, logrando que el mayor número de pacientes presentaran cambios positivos en su evolución”<sup>286</sup>.

En el año 2003, Agra y col. compararon los cuidados paliativos a domicilio tratados por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y por Equipos de Atención Primaria. Concluyeron que:

“Al principio del estudio, los enfermos tratados por equipos de Soporte de Atención Domiciliar presentaron una mejor percepción del estado de salud que los tratados por Equipos de Atención Primaria. No obstante, el importante número de pérdidas a lo largo del mismo hace que haya que mirar estos resultados con precaución”

En 2004 López Palenzuela exploró la opinión y la actitud de las enfermeras comunitarias hacia el trabajo de prevención con las personas mayores, desde el

---

<sup>282</sup> Herrero, Torra y Martínez, 2000, pp. 95-101.

<sup>283</sup> Icart, Pulpón, Mena, García y Carrés, 2001, pp. 263-268.

<sup>284</sup> Colomina, Lucena, Toledano, Vaquero, Barrios, Domínguez, Herruzo y Muñoz, 2000, pp. 25-29.

<sup>285</sup> Agudo y González, 2002, pp.104-108.

<sup>286</sup> Hernández, Bernardo, Catalá y Domínguez, 2003, *op. cit.*



encuadre de las visitas domiciliarias; basado en entrevistas en profundidad a enfermeras que trabajan en Atención Primaria. Los resultados mostraron que:

“La asistencia que desempeñan estos profesionales consiste básicamente en el control y seguimiento de las patologías crónicas de los usuarios y en el consejo sobre hábitos de vida saludables, a los que se añaden cuidados más específicos cuando atienden a personas mayores en sus casas”<sup>287</sup>.

### *Técnicas enfermeras, Informe de alta hospitalaria*

En las técnicas de cura los artículos son evaluadores de la eficacia y eficiencia. En 2000, Capillas y col en un estudio sobre técnicas de curas concluyeron que,

“Los resultados del ensayo clínico demuestran una mayor eficacia y una mejor relación coste/beneficio de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional en el tratamiento de úlceras por presión y úlceras vasculares en pacientes atendidos por enfermería en atención primaria, lo que concuerda con la bibliografía consultada”<sup>288</sup>.

García Vilchez y col<sup>289</sup> al consultar a pacientes concluyeron que es favorable para el paciente que sea atendido tras su alta hospitalaria. Con este punto estuvieron de acuerdo las enfermeras a las que preguntaron Torres y col.<sup>290</sup>

Ya en 2001, Rodríguez y col<sup>291</sup> propusieron un protocolo de registro de úlceras. Lavín y col.<sup>292</sup> En 2001, en Jaén Lerma y equipo<sup>293</sup> abordaron la nutrición parenteral en el domicilio. Gonzalez<sup>294</sup> encontró unanimidad en el uso del informe dado que beneficia a los enfermos y visibiliza y prestigia el trabajo enfermero. En este año las enfermeras de la Escuela del Centro de Salud Virgen del Mar y del hospital Torrecárdenas, Aguilera y col<sup>295</sup> en un estudio de revisión sobre el dolor en la técnica de inyección intramuscular, encontraron que el golpecito simultáneo a la introducción de la aguja es la estrategia que aminora más el dolor frente al golpe previo o a la ausencia del mismo.

---

<sup>287</sup> López, 2004, pp.50-53.

<sup>288</sup> Capillas, Cabré, Gil, Gaitano y Torra, 2000, pp.17-24.

<sup>289</sup> García, Bonilla y Rubio, 2000, pp. 24-30.

<sup>290</sup> Torres, Cazorla, Fernández, Fernández y Gil, 2000, pp. 6-10.

<sup>291</sup> Rodríguez, Malia y Barba, 2001, pp.79-84.

<sup>292</sup> Lavín, Blas, Gutiérrez, Elena, Pilar y Fuente, 2001, pp. 8-11.

<sup>293</sup> Lerma, Garrido y Aráosla, 2001, pp. 66-70.

<sup>294</sup> González, 2001, pp. 33-40.

<sup>295</sup> Aguilera, Belmonte, Cañadas, García, Aguilera y Cristóbal, 2001, pp. 59-62.

En 2002, la mayoría de los trabajos coinciden en que el Informe de Alta es un instrumento útil, si bien debe mejorarse<sup>296</sup>,. En 2003 López y col.<sup>297</sup> encontraron casi ausencia de necesidades psicosociales.

En el año 2004, Pérez y G<sup>a</sup><sup>298</sup> encontraron que la planificación del alta y el seguimiento del paciente en domicilio, en cualquier caso, reduce el número de reingresos hospitalarios. Jiménez y col.<sup>299</sup>, Pacheco<sup>300</sup> reflexionaron sobre la experiencia de la atención de los enfermos mentales en la comunidad.

En 2004 Seco y col<sup>301</sup> proponen mejorar sobre la utilización del tiempo en diversas actividades de enfermería. Martín<sup>302</sup> estimó una media de 27 minutos por visita domiciliaria, incluyendo el tiempo que se invierte en el desplazamiento.

### *Las Matronas*

En 2001 y 2003 en Madrid, Sánchez Perruna<sup>303</sup> en sendos artículos abordó la situación de las matronas:

“La relación de las actividades que regula la Circular 5/91 para las Matronas de Área, con el programa formativo de esta especialidad...Concluyen en que las actividades realizadas por las matronas no están relacionadas en todos los casos con su formación previa, sino que dependen de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, de las Direcciones de Enfermería y de la población asignada a la matrona”. “El puesto que ocupan mayoritariamente en Atención Especializada es en paritorio, un 97,3% (220). La actividad que la mayoría realiza en Atención Primaria es el segundo nivel de Educación Maternal: el 96,7% (87)...El acceso al mercado laboral es muy fácil. La mayoría de las matronas desarrolla su actividad en el hospital. Aunque predominan las actividades que históricamente han venido efectuando las matronas, se vislumbra la realización de otras competencias”<sup>303</sup>.

En 2002, varias matronas de Madrid, Granada y Oviedo de dentro de salud y hospitales enfatizaban la importancia de la Visita Puerperal, Pingaron y col,

“La protección y promoción de la salud de la mujer durante determinadas etapas de su vida, está estrechamente relacionada con la salud infantil. La justificación de una atención a la mujer antes, durante el embarazo y en el puerperio viene dada por la importancia de este periodo en la vida de la

<sup>296</sup> Sevilla, Sampelayo, González y Pérez, 2002, pp. 6-11; Ortegón y Zurita, 2002, p.3.

<sup>297</sup> López, Pancorbo, Sánchez y Sánchez, 2003, pp.62-66.

<sup>298</sup> Pérez y García, 2004, *op. cit.*

<sup>299</sup> Jiménez, Marín y Paneque, 2004, p. 21; Pereda, Blaya, Delgado y Remírez, 2003, pp.12-13.

<sup>300</sup> Pacheco, 2004, p. 2.

<sup>301</sup> Seco, Puig, Torán y Castaño, 1998, pp.13-23.

<sup>302</sup> Martín, 2004, pp. XVII-XXII.

<sup>303</sup> Sánchez, 2001, pp. 46-53.

mujer y de su futuro hijo. El elemento esencial de un programa de atención materna en el puerperio es básicamente *la visita puerperal* en los primeros 15 días después del parto. El despistaje de metabopatías congénitas se justifica por la frecuencia de hipotiroidismo congénito 1/3500-4000 recién nacidos y la fenilcetonuria en 1/15000. La ausencia de tratamiento precoz durante las primeras semanas de vida conducirá a un retraso mental severo. La eficacia del diagnóstico precoz del hipotiroidismo y de la fenilcetonuria resulta hoy fuera de toda duda”<sup>304</sup>.

En Pinar del Río (Cuba) Hernández y col encontraron que:

“Existía desconocimiento sobre el auto-examen de mama en el mayor número de las mujeres encuestadas, fundamentalmente en la técnica correcta así como en el efecto protector de la lactancia materna contra el cáncer mamario”<sup>305</sup>.

### 3. Registros y diagnósticos enfermeros informatizados

En este periodo se incrementan los trabajos sobre los registros informatizados de la tarea enfermera. Se observa un cambio de actitudes, debemos recordar que en los ambulatorios anteriores a la reforma de la Atención Primaria no existía o no se usaba registro ni por parte de las enfermeras ni por parte de los médicos. Los primeros Centros de Salud se abrieron en 1985 y ahora si que con historia clínica<sup>306</sup>. El registro toma ahora dos dimensiones, la de ser una herramienta para el trabajo asistencial y también la de visibilizar el trabajo enfermero, por lo que aparecerán diversos trabajos en los que el registro va asociado al método el “proceso enfermero”.

En 2000, Duanys y Llorente<sup>307</sup> encontraron satisfactoria la utilización del diagnóstico enfermero. Por el contrario Mañá y col.<sup>308</sup> encontraron muy baja utilización atribuida a desconocimiento.

En 2001, en Linares (Jaén) Pino y col. en un estudio retrospectivo de 340 historias de pacientes crónicos atendidos en consulta de enfermería encontraron que: “Un 63% de las actividades en la consulta de enfermería están explicadas por

---

<sup>304</sup> Pingaron, Marcos, Martínez y Sánchez, 2002, pp.5-8.

<sup>305</sup> Hernández, Acanda y Rodríguez, 2003, p. 3.

<sup>306</sup> Inicialmente se comenzó llamando a la “historia clínica” historia personal, entendiendo que la información era del usuario y no de los profesionales. Existía también la “historia familiar”, dado que se pretendía un abordaje común.

<sup>307</sup> Duanys y Llorente, 2000, pp. 180-184.

<sup>308</sup> Mañá, Mesas y González, 2000, pp. 135-141.

las etiquetas diagnósticas enfermeras, siendo buenos predictoras de las necesidades de cuidados”<sup>309</sup>.

En Tenerife, Duarte y col. al analizar los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en menores de 2 a 5 años incluidos en el Programa del Niño Sano, encontraron que: “Las etiquetas más frecuentes fueron las de Alteración de la nutrición (24,32%) y la de Conductas generadoras de salud (21,6%)”<sup>310</sup>.

En este mismo año en Murcia, Adolf Guirao y col.<sup>311</sup> validaron la etiqueta *sedentarismo*. Etiqueta reconocida por la NANDA (Nursing Asociation Nursing Diagnosis American) en 2004, siendo la primera etiqueta validada por un enfermero español, reconocida por esta prestigiosa Asociación internacional. En Málaga, Morilla y col.<sup>312</sup> proponían el uso de los diagnósticos enfermeros para una mejor focalización de los cuidados enfermeros. En Madrid, la enfermera y socióloga García Laborda<sup>313</sup> abogó por la introducción del diagnóstico de “autoconcepto”.

En 2002, en Ponferrada, Manuel Mañá, enfermero formado en enfermería comunitaria en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid y col.<sup>314</sup> aumentaron el conocimiento y uso de los diagnósticos tras un curso monográfico. En Sevilla, G<sup>a</sup> Velázquez<sup>315</sup> propone un enfoque integrador de necesidades humanas más que pluripatológico a la hora de abordar la atención a los ancianos. En el mismo año, Izquierdo y col. en un estudio a nivel estatal (500 centros de salud) encontraron que: “El 43 % de los centros aplican la metodología enfermera y son aquellos centros donde se han desarrollado cursos de formación en esta metodología”<sup>316</sup>. En 2003, en el área de Palencia Trigueros y col. encontraron que: “El 50% adquiriría la formación sobre los DE en el postgrado y el 73,19% se implicaría en su implantación”<sup>317</sup>.

---

<sup>309</sup> Pino, Cantón, Alarcón, Fuentes, Navas, Rincón, Montilla, y Ruiz, 2001, pp. 3-8.

<sup>310</sup> Duarte, Pérez y Montesinos, 2001, pp. 39-44.

<sup>311</sup> Guirao, Moreno y Martínez, 2001, pp. 135-140.

<sup>312</sup> Morilla y Martín, 2001, pp. 467-471.

<sup>313</sup> García, 2001, pp. 30-35.

<sup>314</sup> Mañá y Mesas, 2002, pp. 193-200.

<sup>315</sup> García, 2002, pp.17-26.

<sup>316</sup> Izquierdo, Pérez, Ramírez, Serrano, Torres y Conde, 2002, pp. 8-13.

<sup>317</sup> Trigueros, San Martín, Ballesteros y López, 2003, pp. 6-10.

Los profesores enfermeros de la Escuela Andaluza de Salud Pública abordan el tema de la Teleasistencia, proponiendo un marco de trabajo para su aplicación eficiente<sup>318</sup> usando diagnósticos enfermeros

En 2003, en Mallorca, Benito y col<sup>319</sup> propusieron, a partir de su trabajo con adolescentes, el diagnóstico de agresividad.

En Lérida, comarca del Alto Urgel, Puig y col<sup>320</sup> revisaron el uso de los diagnósticos enfermeros en el área rural.

En el año 2004, la informatización requiere de la realización de las "Guías prácticas clínicas de cuidados de enfermería"<sup>321</sup>. En Madrid García Vallejo y col. concluyeron que: "Tras 18 meses de la implantación de un método enfermero, lograron un 50% de cumplimentación completa del proceso enfermero de los usuarios inmovilizados y terminales"<sup>322</sup>. Nieto y col.<sup>323</sup> evaluaron la implantación de los diagnósticos. En el mismo año en el área 11 de Madrid, Pérez y col. encontraron que:

"Un 75% de las/os enfermeras/os habían realizado diagnósticos enfermeros y estaban integrando el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial. Encontraron fundamental disponer de un sistema de información específico"<sup>324</sup>.

En Galicia, en un equipo de profesores y profesionales, Raña preguntaron a profesionales y estudiantes acerca de si el uso estaba relacionado con la formación: "La falta de conocimientos no aparece como la causa principal de la no utilización de los diagnósticos de enfermería entre los profesionales, cuando sí lo era en estudios previos. Ambos grupos opinaron que la obligación o imposición *con o sin formación* sería la estrategia más adecuada para la implantación"<sup>325</sup>.

En 2004 en Madrid, González calculaba el ahorro económico con el uso correcto de los diagnósticos y planes cuidados. Su conclusión fue: "Si aplicamos metodología enfermera durante la terapia de profilaxis trombo-embólica

---

<sup>318</sup> Morales, Morilla, Martín, Terol y Gonzalo, 2003, pp. 44-48.

<sup>319</sup> Benito, Franco, López, Mayol, Pons y Pades, 2003, pp. 6-10.

<sup>320</sup> Puig, Sáez y Morales, 2003, pp. 12-19.

<sup>321</sup> Pérez, Macián, García, Álvarez, Fernández, Sánchez y Moreno, 2004, pp. 46-50.

<sup>322</sup> García, Martínez, Amal y Cañada, 2004, pp.15-18.

<sup>323</sup> Nieto, Domínguez, Casado, Monleón, Díz, Sánchez, Pino, Cantero, Villacañas y Domingo, 2004, pp. 6-12.

<sup>324</sup> Pérez, Carrera, López, Auñón, García y Beamud, 2004, pp. 70-76.

<sup>325</sup> Raña, Pita, Conceiro, Fernández y García, 2004, pp. 77-82.

extrahospitalaria se reduce el coste entre 52 y 276,64 euros por usuario en nuestro centro”<sup>326</sup>.

#### 4. Atención a población inmigrante

Los primeros trabajos sobre atención a la población inmigrante se iniciaron en el año 2000. Segura y col.<sup>327</sup> revisaron las actividades dirigidas a los inmigrantes del norte de África por si presentaban una hidatidosis producida por el helminto *Echinococcus Granulosas*. Abordaron las implicaciones en Salud Pública Internacional, con el fin de colaborar dentro de un equipo multidisciplinar, en la detección y tratamiento integral de la problemática socio-sanitaria del inmigrante norteafricano residente en nuestro país, teniendo presentes las limitaciones que conlleva trabajar con este colectivo.

En 2003, en Zaragoza, se realizaron las VIII<sup>as</sup> Jornadas de trabajo de la Fundación Index y en ese mismo año se presentaron numerosas comunicaciones recogidas que se publicaron en el número *Cuidados de enfermería en una Sociedad Multicultural*. Se pueden destacar: el trabajo sobre antropología, alimentación e inmigración realizado por Edeso y Torres<sup>328</sup>, estudiantes del 2º ciclo de enfermería que recibieron premio de jurado. Los de Pardo<sup>329</sup> y col sobre el trato de la prensa a la inmigración. Las médicas Tomás y Ariño<sup>330</sup> presentaron las necesidades de la población inmigrante en el barrio de San Pablo de Zaragoza. Moreno<sup>331</sup> realizaba un reflexión sobre el reto de la multiculturalidad y Blázquez y Mazarrasa<sup>332</sup>, ambas del Instituto de Salud Carlos III de Madrid presentaron sus experiencias desde un enfoque de promoción de salud en el que se trata de la capacitación de los inmigrantes para abordar sus problemas de salud y prevenir enfermedades de transmisión sexual. Y numerosos trabajos del ponente almeriense y diversos centros de Barcelona.

---

<sup>326</sup> González, 2004, pp. 8-12.

<sup>327</sup> Segura y Jiménez, 2000, pp. 56-58.

<sup>328</sup> Edeso y Torres, 2003, p.92

<sup>329</sup> Pardo, Monzón, Martínez, p.91

<sup>330</sup> Tomás y Ariño, 2003, p. 92.

<sup>331</sup> Moreno, 2003, pp.29-33

<sup>332</sup> Blázquez y Mazarrasa, 2003, pp.34-38

En Cáceres, los enfermeros del título superior de enfermería realizado en Alicante Garvi y col<sup>333</sup> realizaron una revisión bibliográfica sobre la situación de los inmigrantes y los dispositivos de apoyo, así como conocer la disposición y preparación de los profesionales sanitarios españoles para cubrir las necesidades de estos colectivos.

En el mismo año en el hospital de Badalona, Rendon y col. tras observar el perfil y morbilidad de las urgencias hospitalarias:

“Observamos un problema de comunicación que dificultaba la elaboración de la historia clínica, la comprensión del diagnóstico y el tratamiento prescrito; nos vimos en la necesidad de elaborar unos circuitos y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales debido a la alta incidencia de patología banal susceptible de ser atendida en su Centro de Atención Primaria. En la literatura publicada encontramos el perfil del inmigrante atendido en Atención Primaria pero poco se sabe del que acude al SUH”<sup>334</sup>

### 5. La Formación Académica

El proceso de convergencia europeo, sitúa en el centro del proceso de enseñanza aprendizaje, las habilidades competenciales de cada disciplina y profesión. Por qué, es criterio de una Profesión la formación de sus futuros colegas. ¿Quién mejor que las propias enfermeras y enfermeros para enseñar a sus futuros colegas? Naturalmente, como en otras disciplinas, hay que contar con expertos de otras profesiones, pero nadie duda de que, los aparejadores deban ser los principales docentes de ellos mismos. ¿Qué significa que ciertos sectores profesionales médicos sigan queriendo dirigir la formación enfermera? Podría pensarse que es debido a la falta de enfermeras con vocación docente, si esto sucedió, en los primeros años de la transición enfermera, no es el problema desde hace varias décadas.

Un caso reciente sirve para ilustrar que hay enfermeras dispuestas a la docencia<sup>335</sup> y que hay actitudes reacias al cambio. Se trató de la contratación de un Profesor Asociado, para el que se requiere trabajar profesionalmente en el área de conocimiento de la plaza convocada. A la plaza se presentó una candidata

---

<sup>333</sup> Garvi, García y Villa, 2003, pp. 26-30.

<sup>334</sup> Rendón, Pérez, Alonso y Saiz, 2003, p. 17.

<sup>335</sup> Martín Burriel, 2005, p 21.

enfermera (por tanto, del área de conocimiento con 20 años de experiencia profesional y un segundo ciclo de enfermería, y una médica que trabajaba en un centro geriátrico y estaba finalizando su tesis doctoral sobre ancianos. Ambas tenían experiencia docente esporádica, la enfermera en un segundo ciclo de enfermería, la médica en un master de Gerontología. La plaza se le dio a la médica. Recurrido el caso la enfermera obtuvo la razón, sin embargo, no pudo incorporarse debido a que ni el departamento de enfermería de la Universidad, ni los Servicios de Salud flexibilizaron horarios para poder hacerlo compatible. En ambos casos la dirección está a cargo de profesionales médicos<sup>336</sup>

Puede darse el caso de la complacencia de cierto sector enfermero de talante conservador y perteneciente a un modelo tradicional que reconoce el papel maestro del médico y no de la enfermera. Pero, también podría ser, y es nuestra hipótesis, que algunos sectores médicos no reconocen la “profesión” enfermera y no están dispuestos a perder el papel de jerárquico que lleva implícito este modelo de relación, en el que el género juega un papel primordial: el médico o médica que sea profesor de teoría, y la enfermera, profesora asociada clínica, que se encargue de las prácticas. En 1998 el Consejo General de Enfermería encargó un estudio sociológico<sup>337</sup> a una empresa. De sus resultados destaco que un 26% de las enfermeras se situaban en el modelo tradicional de abnegación y servicio. Sería interesante contrastar estos estudios con los de un estudio similar acerca de la profesión médica, pero no existe o no he logrado encontrarlo.

En este periodo de estudio, la sensibilidad enfermera por la formación de los estudiantes se ve reflejada en las publicaciones que dan abundante información sobre la organización, criterios de acreditación de tutores, problemas detectados y modelos de aprendizaje, de las competencias enfermeras en el ámbito clínico. Campo en el que la figura del Profesor Asociado de Enfermería (PAE) tiene plena libertad para organizar el aprendizaje. También se manifiestan los deseos de la especialización, investigación y desarrollo del segundo y tercer ciclo. No aparece, en igual medida, el problema de sobrecarga de trabajo de los estudiantes, la tradicional división entre teoría y práctica, o los problemas en la adjudicación de las plazas de profesorado de titular y catedrático en las que las enfermeras y enfermeros han tenido barreras cuando no imposibilidades para acceder a las

---

<sup>336</sup> Martín, 1978, p.125

<sup>337</sup> Krief, 1998, p. 220.



plazas docentes, por no tener la posibilidad de completar la carrera docente enfermera.

En los últimos diez años, las enfermeras han adoptado diversas estrategias para superar estas barreras, con un elevado sobre esfuerzo. Por un lado, estudiar carreras de segundos ciclos como Antropología y en menor medida Documentación. Carreras humanísticas como: Pedagogía, Sociología, Historia, Psicología y otras. Sin embargo, Medicina no es tan atractivo, en España, para las enfermeras como lo es en Estados Unidos donde una enfermera puede realizar su carrera profesional y académica en Enfermería y después puede optar por los estudios de Medicina a partir de ciertas convalidaciones, mientras que en España no se contemplan.

La reorientación hacía la atención primaria de salud partió de la conferencia de la OMS en Alma Atá en 1978, sus principios ya se contemplaban en los programas de los recién aprobados planes de estudios de la enfermería universitaria en 1977 en España. La atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario, la accesibilidad, la equidad y dar protagonismo al ciudadano sobre su propia salud, fueron entendidos por la enfermería en todo el mundo y también en España. La capacitación enfermera y la propia filosofía de los cuidados enfermeros le colocan en el primer escalón de entrada al sistema y al equipo de salud. La conferencia de Ottawa en 1986 sobre Promoción de Salud, ratificó y amplió los conceptos de la atención primaria y su estrecha relación con los cuidados de enfermería. Para las enfermeras y enfermeros de atención primaria, los cuidados de enfermería son cuidados de promoción de salud<sup>338</sup>.

Tres tipos de fuerzas confluyen en los cambios culturales que se puede aplicar al cambio hacia la Atención Primaria de nuestro sistema sanitaria y de la enfermería comunitaria. La inercia de la tradición, que se caracteriza por la subordinación enfermera a la jerarquía médica que defiende el colectivo médico hegemónico y cierto sector enfermero como antes hemos comentado. A esto hay que sumar el lento cambio de imagen que se produce en la sociedad hacía las enfermeras. Resulta interesante ver la escasa propaganda institucional que se ha hecho sobre el cambio de responsabilidades de la enfermera en atención primaria, que en lo cotidiano ha sido radical. Ya que mientras las enfermeras y ATS femeninos en

---

<sup>338</sup> Germán, 2003, *op. cit.*.

1975, hacían recetas en las consultas médicas y los practicantes y ATS masculinos ponían inyectables y sondas, hoy, en los centros de salud se realiza un cuidado integral en las consultas, domicilios, programas de salud, salas polivalentes y se trabaja con los vecinos y las organizaciones no gubernamentales. Una segunda fuerza es la timidez de las propias organizaciones enfermeras para lanzar su oferta a la sociedad. Y una tercera fuerza, paradójica, es que la enfermería supone un ahorro económico, de ahí el escaso interés de la industria farmacéutica que ve en los cuidados enfermeros una pérdida de la venta de medicamentos, en la medida que el autocuidado se opone, en parte, al consumo farmacológico. Tratar a los hipertensos ligeros y moderados con autocuidados, podría suponer hasta un 50% de disminución del consumo de fármacos respecto al tratamiento médico actual<sup>339</sup>

En 2000, en un estudio andaluz realizado por varias profesoras de la Universidad de Huelva, González y col trataron de conocer las expectativas profesionales, académicas y formativas de la enfermería y los problemas que obstaculizan el desempeño de la profesión en el ámbito de los Centros Sanitarios Públicos de Andalucía, entre 1994-96. Tomaron una muestra de 1.020 profesionales de enfermería pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud. Entre los resultados más relevantes hay que destacar que:

“Las expectativas profesionales, académicas y formativas de los profesionales de enfermería de Andalucía se centran en torno a la investigación (71,5%), cursos de post-grado (75%), posible licenciatura de enfermería (82,4%) y alguna especialidad de enfermería (78,7%). Entre las dificultades identificadas para el desempeño profesional, las derivadas de la ausencia de una definición legal de las funciones de enfermería (90,8%)”<sup>340</sup>.

En 2002, en Murcia el equipo interdisciplinar de Navarro y col encontraron que el perfil ideal del tutor es:

“Diplomado en Enfermería, con estabilidad laboral, con al menos un curso de formación en el último año. Conocimientos sobre Pedagogía, artículos científicos publicados y alguna ponencia, comunicación o póster expuestos en Congresos. Con alguna (cualquier) experiencia docente. Que reúna los siguientes valores humanos: eficiente, responsable, abierto y liberal, inteligente lógica y racionalmente, creativo, imaginativo y flexible. Por último que le guste la docencia, tenga motivación personal, sea buen comunicador y tenga claras las características y funciones de su profesión”<sup>341</sup>.

---

<sup>339</sup> Cuando en 1987 se iniciaron las primeras consultas de enfermería en la comarca del Aljarafe de Sevilla, varios médicos trabajadores del sistema público tuvieron que cerrar la consulta privada, ya que dejaron de tener clientes porque las familias se dieron de baja en las “iguales”. Sistema el de las iguales que pervivía a pesar de estar prohibido, en combinación con contratos de médicos de ambulatorios o consultorios rurales. A la vez que los alcaldes demandaban más consultas de enfermería, el colegio de médicos amenazaba con denunciar a la Junta de Andalucía por permitirlos.

<sup>340</sup> González, Barquero, Carrasco, García, Sánchez, Mariscal y Domínguez 2000, pp. 888-894.

<sup>341</sup> Navarro, Martínez, Viguera y Rodríguez, 2002, pp. 16-19.

En 2002, en la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Pérez y col<sup>342</sup> en un estudio cualitativo abordaron el contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se practica en los centros asistenciales; se pidió la opinión de los estudiantes y de los profesionales de los centros asistenciales durante el primer semestre del año 2000. Tanto los estudiantes como los tutores, mostraron insatisfacción. En todos los grupos aparece la falta de reconocimiento social que condiciona su falta de identificación colectiva, y genera ciertos niveles de angustia.

En 2003, en Jaén, Blanca y col<sup>343</sup> introdujeron la Clasificación de Intervenciones Enfermeras de Iowa en las prácticas clínicas. En 2004, en Cantabria las profesoras Castanedo y col<sup>344</sup> evalúan las prácticas geriátricas. En 2004, desde la Universidad de Antioquia, Carmen de la Cuesta, doctora en Enfermería y profesora de la Universidad de Alicante en la actualidad, en un trabajo reciente propone tres estrategias para el desarrollo de la profesión enfermera en la comunidad:

“a) La formación de los profesionales, b) Un ejercicio centrado en los grupos naturales, que no medicalizados, de la comunidad y c) Un ejercicio que estimule a la comunidad para que genere y movilice recursos. Estas estrategias tienen sus raíces en los orígenes de la Enfermería de la comunidad, pues nos conectan con nuestro pasado y nos permiten construir un futuro posible. No obstante, la manera de pensar biomédica es una de las cuestiones que más dificulta que la Enfermería en Atención Primaria se centre en la comunidad, en sus grupos naturales y que movilice sus capacidades”<sup>345</sup>.

## 6. Investigar ahora

### *Cuidadoras que descubrieron métodos para Ayudar a Vivir.*

Un caso singular y poco conocido lo constituye la figura de la enfermera Cecil Saunders, creadora de los *hospices* en el Reino Unido. Ella estudió medicina para poder dirigir este proyecto que nació desde la filosofía de los cuidados enfermeros. Los *hospices*, utilizan los métodos de los cuidados paliativos que desarrolló Saunders, es decir, el bienestar del enfermo es el eje de la atención. Sin embargo, no se suele divulgar que estos cuidados nacieron desde el pensamiento enfermero.

---

<sup>342</sup> Pérez, Alameda y Albeniz, 2002, pp. 517-530.

<sup>343</sup> Blanca, Álvarez y Cárdenas, 2003, pp. 72-76.

<sup>344</sup> Castanedo, García-Gómez, García-Revilla, y Redondo, 2004, pp. 28-34.

<sup>345</sup> Cuesta, 2004, pp.60-63.

Menos conocido todavía es el caso de Elizabeth Kenny, enfermera australiana que cambio radicalmente el abordaje del tratamiento de la poliomielitis infantil.

“Los libros de texto de medicina enseñaban que los gérmenes entran en las células del asta anterior de la espina dorsal y destruyen células y nervios, a consecuencia de lo cual los músculos correspondientes se volvían inmediatamente flojos y flácidos. La observaciones de Kenny fueron contrarias: los músculos, en lugar de volverse flojos y flácidos, se contraían fuerte y dolorosamente hasta el máximo y no se relajaban (como el calambre del nadador, pero mucho más fuerte). La parálisis venía después, cuando los músculos contraídos degeneraban debido a su incapacidad para relajarse... Para aliviar el espasmo utilizó compresas calientes y una vez aliviado, los músculos volvían a su función normal, pero el niño no andaba bien... Las tres fases de Kenny son: espasmo muscular, incoordinación muscular y alienación mental<sup>346</sup>.

Kenny tras aliviar el dolor, realizaba ejercicios fisiológicos para reenseñar la función que habían olvidado. Este principio es básico hoy en muchos procedimientos fisioterápicos y de rehabilitación neuromuscular. Los médicos australianos hicieron caso omiso a las observaciones y resultados de Kenny, pero si fueron escuchadas por muchos médicos y organizaciones médicas en Estados Unidos. Todavía hoy se utiliza el método de Kenny bajo otro nombre o sin nombre alguno en muchos hospitales del mundo.

Quizás debería estudiarse las aportaciones enfermeras a la Historia de la Ciencia. ¿Es posible que como los dos casos citados, otros inventos, descubrimientos o creaciones hayan pasado a la Historia de la Medicina como de autoría médica sin serlo? En la doble condición de mujer y enfermera, la pregunta no debe de extrañarnos, ya que estamos descubriendo las obras escritas por mujeres que han llegado hasta nosotros con autoría masculina ya sea en la música o en la literatura y mas recientemente también en la ciencia<sup>347</sup>.

#### *Nuevos enfoques y métodos “ad hoc”*

En 2000, las profesoras Roca y col de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Barcelona estudiaron los cuidados que prestan los cuidadores informales de personas dependientes y las repercusiones que pueden ocasionar estos cuidados en la salud del cuidador, así como conocer las características de los cuidadores informales y las de las personas cuidadas, 240 cuidadores informales de personas dependientes, de enero a diciembre de 1997, en

---

<sup>346</sup> Baron, 1975, pp. 159-162

<sup>347</sup> Magallón, 1998, *op. cit.*

el ámbito de la atención primaria de salud. Mediante el cuestionario ICUB 97, validado previamente por el equipo investigador, basado en las 14 necesidades del modelo de enfermería de Virginia Henderson. El cuestionario se cumplimentó a través de entrevista personal. El nivel de dependencia de las personas cuidadas se evaluó con los índices de Barthel y Philadelphia Geriatric Center. El análisis de los resultados reflejó que:

“Cuanto mayor es el nivel de dependencia de la persona cuidada, más cuidados presta el cuidador. Las principales repercusiones que ocasiona el hecho de cuidar en la salud de los cuidadores son: dolor de espalda (73%), cansancio (72%), disminución del tiempo de ocio (73%), insomnio (65%), ansiedad (72%) y alteraciones en la vida familiar (54%), y las que más se correlacionan con este hecho de cuidar son: alteraciones del sueño, economía, desarrollo personal y ocio. *Conclusiones:* La mayoría de personas cuidadoras son mujeres de mediana edad que realizan múltiples tareas de cuidados y dicha labor repercute en un deterioro de su calidad de vida”<sup>348</sup>.

En 2000, el equipo de Corrales y col del centro de salud Plaza de Argel de Cáceres, se propusieron mostrar las opiniones que manifiestan médicos y enfermeros sobre la organización y las competencias de enfermería en atención primaria (AP), así como sobre las relaciones interprofesionales basados en la técnica Philips 66. Cabe destacar sobre estos tres grupos de discusión, uno de enfermeros otro de médicos y otro mixto, con 6 componentes cada uno, procedentes la mitad de Cáceres y el resto de otras provincias, todos ellos con actividad asistencial en AP. del discurso producido:

“La coincidencia en cuanto a la importancia que conceden los 3 grupos a la consulta de enfermería (CE) y a la visita domiciliaria, en las ventajas organizativas que supondría la *adscripción normatizada* de población a enfermería, en la capacidad de los enfermeros para realizar las técnicas que han desarrollado habitualmente y en la defensa de una sola historia clínica. Se culpan mutuamente de realizar pocas visitas domiciliarias. Los médicos achacan a los enfermeros la poca utilización que hacen de los registros y los enfermeros a los médicos que no tienen en cuenta sus anotaciones. En cuanto a las relaciones, los médicos piensan que los enfermeros no se corresponsabilizan con las cargas de trabajo de los centros de salud, y los enfermeros piensan que los médicos no quieren compartir tareas, sino delegarlas/ordenarlas. *Conclusiones:* La adscripción de población a enfermería favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesionales”<sup>349</sup>.

En 2002, en un estudio multicéntrico financiado por el FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias), en el que participaron todos los profesionales de enfermería que realizaban la prueba de Mantoux, Córcoles y col en 100 centros de salud en todo el territorio nacional, “Hallaron deficiencias en los aspectos de la

---

<sup>348</sup> Roca, López, Pont, García y Pedreny, 2000, pp. 217-223.

<sup>349</sup> Corrales, Escobar, Palomo y Magariño, 2000, pp. 214-219.

conservación del preparado, lo que puede dar lugar a falsos negativos, siendo necesaria una formación continuada en este tema”<sup>350</sup>.

En 2002, en Lérida, varios enfermeros de diversas instituciones de la misma ciudad, Suarez y col. analizaron los registros de los usuarios de terapias complementarios encontraron que: “A las consultas acuden más mujeres que hombres, con una media de edad de 44 años. El nivel de estudios de la mayoría era de Primaria incompleta, Educación General Básica y Formación Profesional. Las ocupaciones más habituales eran ama de casa, actividad sin remuneración y empleados administrativos. Los problemas de salud más frecuentes fueron el dolor y problemas osteomusculares. El grado de satisfacción de los usuarios fue bueno”<sup>351</sup>.

En 2002, en Extremadura,<sup>352</sup> Galindo y col. estudiaron la adscripción de población a enfermería y encontraron que:

“Existe coincidencia acerca de la necesidad de adscribir formalmente población a enfermería. El 60% de los médicos cree que los enfermos dependen jerárquicamente del coordinador médico, opinión que no comparten los enfermeros. La mitad de los enfermos y los médicos consideran que los primeros dedican mucho tiempo al seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas”<sup>353</sup>.

En 2003, en Oviedo, el departamento de Medicina de la Universidad, Castro y col<sup>354</sup>, mediante encuesta a todos los médicos y enfermeras de los centros de salud de zona minera encontraron déficit de información y de formación entre los profesionales sanitarios que pueden tener que atender ante desastres industriales en Asturias.

En 2003, el equipo interdisciplinar de dos enfermeras y un médico del servicio de Psiquiatría del hospital del Carmen de Ciudad Real se propusieron valorar la utilidad del cuestionario CAGE administrado por enfermeras de Atención Primaria, como instrumento eficaz para detectar problemas de alcoholismo en consulta programada. El periodo de tiempo analizado desde noviembre de 2001 a abril de 2002, utilizando una mediante técnica de Muestreo Consecutivo, obtuvieron una

---

<sup>350</sup> Córcoles, Moreno, Comet, Orts, Gómez, Martínez, Ruiz, Lorenzo, Romero y Martín, 2002, pp. 135-142.

<sup>351</sup> Suárez, Gassó, Pascual y Pons, 2002, pp. 26-31.

<sup>352</sup> Pérez, Mira, García, Vázquez y Salazar, 1995, pp. 51-57.

<sup>353</sup> Galindo, Escobar, Corrales y Palomo, 2002, pp. 157-165.

<sup>354</sup> Castro, Arcos y Cuartas, 2003, pp. 639-655.

muestra de 130 pacientes que acudieron a consulta programada de Enfermería. se obtuvieron resultado de gran valor preventivo, “El 99% de los pacientes respondió al CAGE. El 11,5% puntuó  $\geq 2$ , sugiriendo un problema de alcohol. De ellos, el 93,3% eran varones y sólo el 13% había recibido tratamiento específico”<sup>355</sup>.

Continua la exploración sobre como percibe la población la profesión enfermera y las diferencias de mujeres y hombres. En 2003 Hernández y col en un municipio cubano encontraron que el 93,5 % opinó que el personal de enfermería puede ser de uno y otro sexo; el 91,8 % consideró haber sido atendido adecuadamente y un gran porcentaje opina que la profesión de enfermería le merece respeto y admiración<sup>356</sup>. La enfermera Nieto y la psicóloga Bolaños del Instituto Carlos III de Madrid, encontraron al entrevistar a cuidadoras y cuidadores de pacientes dependientes que “La imagen que tienen de la enfermera es muy positiva: alto grado de competencia profesional, actividades técnicas adecuadas, actividades de apoyo que no creen dentro de sus funciones, y que trabaja en equipo con el médico de familia. La satisfacción percibida es muy alta tanto a nivel de relación personal como profesional. La aceptación se basa en la relación humana: calidad y empatía. La única propuesta de mejora fue la atención telefónica directa. Conclusiones: la cuidadora tiene una visión muy positiva de la enfermera de A.P. pero hay intervenciones propias de su trabajo no conocidas por las cuidadoras”<sup>357</sup>. Martínez y col en un estudio multicéntrico en la comunidad valenciana encontraron que “El hecho de ser asistido siempre por la misma enfermera (enfermera de referencia) supone una mejor calidad en la atención de enfermería en Atención Primaria”<sup>358</sup>.

En 2003, el equipo interdisciplinar de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Morales y col<sup>359</sup> realizaron una revisión de la literatura sobre la efectividad de las intervenciones con apoyo de la tele-asistencia cuando están realizadas por enfermeras en el entorno de Atención Primaria.

“Concluyeron que: según la respuesta de las enfermeras asistenciales, los Descriptores de Resultados Enfermeros (DRE) recogen las respuestas habituales de las personas que reciben cuidados enfermeros y facilitan el registro en la historia clínica. Se han de considerar como un punto

---

<sup>355</sup> Martín, León y Rodríguez-Jiménez, 2003, pp. 56-61.

<sup>356</sup> Hernández, Rodríguez, Jiménez y Rangel, 2003, p.1.

<sup>357</sup> Nieto t Bolaños, 2003, pp. 14-18.

<sup>358</sup> Martínez, Pérez y Martínez, 2003, pp. 43-51.

<sup>359</sup> Morales, Morilla, Martín, Terol y Gonzalo, 2003, pp. 44-48.

de partida y requieren de una validación más amplia que nos ayude a detectar e incorporar las modificaciones necesarias<sup>380</sup>.

En 2004, realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, cuyos sujetos de estudio fueron directoras de Enfermería de los centros de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) del territorio español. En la encuesta se preguntaba sobre los recursos materiales, humanos y económicos con los que contaban estos centros para la investigación en Enfermería. El estudio fue llevado a cabo por varias enfermeras y una estadística del Instituto Carlos III de Madrid y del hospital Valle Hebron de Barcelona.

“De las 411 encuestas enviadas se recibieron cumplimentadas 130 (31,6%). Nueve de los centros encuestados (7%) tienen enfermeras con dedicación exclusiva a la investigación. Cuentan con unidad de apoyo a la investigación 102 centros (80%). En los últimos tres años, en 42 centros (33,6%) se ha realizado algún proyecto de investigación liderado por una enfermera con financiación externa y en 15 centros (11,6%) se ha dispuesto de financiación interna. Conclusión: de los resultados obtenidos se podría destacar la escasa dedicación de las enfermeras a la investigación, a pesar de que las directoras refieren que hay una infraestructura suficiente en los centros del SNS, para el desarrollo y la promoción de la investigación en Enfermería<sup>360</sup>.

También se ha analizado la propia producción científica enfermera, así González Soriano y col<sup>361</sup> hicieron una revisión de las publicaciones escritas por enfermeras en seis revistas españolas sobre los temas de Salud Pública y Enfermería Comunitaria durante 10 años (1984-1993). El número de artículos ha ido aumentando visiblemente en el período estudiado, siendo el diseño más frecuente el descriptivo. El tipo de artículo más artículo fue el artículo original. La revista que tiene mayor número de artículos de Salud Pública y Enfermería Comunitaria durante el período estudiado es Enfermería Científica, con un total de 89 artículos (37%)

El destacado enfermero Alberto Gálvez<sup>362</sup>, por su dedicación a la investigación documentalista, al analizar las características de la producción científica de enfermería en atención primaria, obtuvo interesantes resultados. El estudio analiza los artículos de revista indexados en la base de datos *Cuiden* bajo los descriptores Atención Primaria y Enfermería durante los años 1978-1998. El período 1991-1996 acumuló el 77,72% de lo publicado sobre Atención Primaria en Enfermería durante los 21 años analizados. Los autores que eran productores ocasionales suponían el 87,78% y los pequeños productores el 12,22% restante. El núcleo de Bradford lo

---

<sup>360</sup> Jones, Hidalgo, Fuentelsaz, Moreno y Hernández, 2004, pp. 28-32.

<sup>361</sup> González, Risco y Freixas, 1997, pp. 217-225.

<sup>362</sup> Gálvez, 1999, pp. 96-97; 2001 pp. 24-30.



ocupaba la revista Rol de Enfermería y las áreas temáticas de mayor interés fueron atención y cuidados de enfermería. Predominaron los artículos breves (31,61%). De manera general, el comportamiento de la comunidad científica de enfermería en Atención Primaria es similar al hallado en otras áreas de Enfermería, aunque anotamos dos cuestiones que destacan: la crisis y descenso de la cantidad de material publicado, iniciada en 1995-1996; y la ausencia de una revista especializada en Atención Primaria y Enfermería, situación que no ocurre en otras áreas de Enfermería (Gerokomos para Enfermería Geriátrica o Enfermería Intensiva para el área de intensivos y cuidados coronarios).

En el estudio bibliométrico<sup>363</sup> analizando los originales publicados en la revista *Atención Primaria* entre 1994 y 2003, un 12,6% de los autores fueron enfermeras y en un 40% figuraba la autoría de un médico de familia, mientras que solo un 3% fueron Trabajadores Sociales y un 1,4% psicólogos. Destacaron los temas de organización de servicios sanitarios 40,4%, solo un 4,3% son diseños experimentales y el 16,2% tuvieron ayuda o beca. Jiménez<sup>364</sup> al analizar el trabajo anterior en la misma revista se pregunta ¿Se envían artículos a otras revistas de mayor impacto?. No obstante concluye que: Hay estancamiento, falta de motivación y apoyo por parte de la Administración. Hay pocos estudios sobre factores psicosociales y pocos temas clínicos. A pesar de que hay muchos médicos que trabajan con la Medicina Basada en la Evidencia, los diseños son pobres, hay apenas revisiones sistemáticas, la prestigiosa revista Lancet se preguntaba En 2003 si la investigación en Atención Primaria no será una causa perdida. Sería interesante realizar estudios comparativos entre las investigaciones que se realizan de forma conjunta y uni-disciplinar en las profesiones médica y enfermera.

En 2004, Morales<sup>365</sup>, redactor jefe de *Evidentia*, revista electrónica de la fundación Index, aborda la continuidad de los cuidados en la Pre-alta Pérez de Cádiz, expone los hallazgos preliminares de un programa de planificación de cuidados de enfermería al alta (PREALTA) en pacientes con fractura de cadera sometidos a cirugía.

---

<sup>363</sup> López, Fernández, Molina, Rubio y Alejandre, 2005, pp. 415-23.

<sup>364</sup> Jiménez, 2005, pp. 415-23.

<sup>365</sup> Morales, 2004, p. 2

“Los resultados del programa, expresados en número de reingresos, demuestran que la planificación del alta y el seguimiento del paciente en domicilio, en cualquier caso, reduce el número de reingresos hospitalarios de manera significativa. Desde el punto de vista de la práctica de enfermería estos hallazgos dejan claro dos hechos: la importancia de la planificación de cuidados - proceso de enfermería- adaptada al paciente, la trascendencia del seguimiento por parte de un profesional entrenado”<sup>366</sup>.

### 7. Satisfacción profesional y demanda de la Especialidad

Las enfermeras Anglada y Cañadel en Girona, usando el cuestionario Font-Roja encontraron que: “El grado de insatisfacción general resultó medio ( $2,18 \pm 0,45$ ). La dimensión mejor valorada fue "competencia profesional" ( $1,72 \pm 0,44$ ) y la peor valorada "promoción profesional" ( $2,80 \pm 0,89$ ). Tensión y falta de autonomía se encontró en las personas que llevaban menos de un año de trabajo. El mayor número de diferencias significativas se dio entre las categorías de atención primaria (reformada/no reformada), mostrándose los no reformados menos satisfechos”<sup>367</sup>.

Pérez y col observaron algunos elementos comunes en su estudio con estudiantes y tutores en el que nos dan importantes claves para el cambio de actitudes en la formación:

“La falta de reconocimiento social condiciona su falta de identificación como colectivo, y ambos, que la angustia esté presente. El reconocimiento de la licenciatura para sus estudios universitarios y el desarrollo de las especialidades contribuirían a su reconocimiento social y a su identificación como colectivo profesional. Mientras no se resuelva la angustia que los profesionales de enfermería tienen, y que trasladan a los alumnos durante la realización de las prácticas, no se podrá alcanzar mayor nivel de satisfacción con las mismas, ni por parte de los tutores ni por parte de los alumnos”<sup>205</sup>.

Sobrido y col<sup>368</sup>, también encontraron que un 95% de las enfermeras profesionales de centros de salud encuentran necesaria una formación postgrado.

El equipo interdisciplinar y la gerencia de atención primaria de Baleares realizaron un estudio sobre la situación de enfermería, al ser este colectivo el que más ha cambiado su rol profesional y más expectativas pusieron en la reforma. Mediante ocho grupos focales encontraron que:

“Faltaba definición en el rol enfermero, no existe cartera de servicios propia de enfermería, a pesar de su claro protagonismo en atención domiciliaria y educación para la salud. Dificultades: la falta de ajuste de las plantillas en relación con el incremento poblacional, problemas de comunicación interna en los equipos y la escasa la difusión de los servicios de enfermería. Se percibe la necesidad de

---

<sup>366</sup> Pérez y García, 2004, p. 2.

<sup>367</sup> Anglada y Cañadell, 2000, pp. 326-330.

<sup>368</sup> Sobrido, García, García, Pita, Pichel y Prieto, 1998, pp. 43-46.

ampliar la formación en educación para la salud y habilidades trabajo en equipo. Un aspecto en el muestran su desacuerdo es en la definición del producto enfermero como intermedio del proceso asistencial y que se midan únicamente consulta y domicilio y no el trabajo de sala de curas, vacunaciones y otras actividades enfermeras. Quizás es que se aplica al trabajo enfermero iguales criterios que se aplica al médico, lo cual es erróneo<sup>369</sup>.

El síndrome del quemado estudiado por Faura y col.<sup>370</sup> Artiga en su estudio encontró que el nivel de Burnout en A. Primaria (centros de salud) es inferior al hallado en A. Especializada (hospitales).

“Existe una correlación directa entre Burnout y Ansiedad. No la encontraron entre Burnout y las variables sexo, edad, estado civil, antigüedad en la profesión y tiempo trabajado. Ni tampoco entre Burnout y situación laboral en Primaria. Si existía una correlación inversa en la Especializada”<sup>371</sup>.

Martín y col. estudiaron el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Clavería en su estudio con enfermeras de primaria de Lérida, encontró:

“Una situación intermedia de riesgo en: carga mental, autonomía temporal y supervisión-participación. Esto suele dar lugar a una situación de estrés, identificado como un riesgo laboral para la salud y la seguridad en el personal sanitario”<sup>372</sup>.

Según Goleman, la gente optimista tiene más éxito, no se dejan agobiar rápidamente y gobiernan mejor sus vidas, algo francamente valioso si se piensa que el trabajo por sí mismo es una fuente de estrés como puede ser el caso de las enfermeras y otras profesiones relacionadas con la salud y el campo de las relaciones interpersonales, en situaciones que a veces se presentan como dolorosas y extremas.

Sánchez Perruna<sup>373</sup> estudió el acceso al mercado laboral de las matronas desde 1994, con resultados muy positivos, ya que se colocaron en el plazo de un mes desde finalizar la especialidad.

---

<sup>369</sup> Sancho, Vidal, Cañellas, Caldés, Corcoll y Ramos, 2002, pp. 531-543.

<sup>370</sup> Faura, Roigè, Serra, Ortega, Monegal y Caja, Carmen, 1995, pp. 105-110.

<sup>371</sup> Artiga, 2000, pp. 11-16.

<sup>372</sup> Martín, Cortés, Morente, Caboblanco, Garijo, y Rodríguez, 2004, pp. 129-136.

<sup>373</sup> Sánchez, 2003, pp. 23-28.

### 6.6. Legislación y Reformas del Modelo de Atención Primaria

Los artículos 41 y 43 de la Constitución Española recogen el deber de los poderes públicos de garantizar el derecho a la protección de la salud de la población, así como, a mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos.

En 1978 la conferencia de la OMS en Alma Atá, estableció los principios de la Atención Primaria de Salud. Poco después establecieron los objetivos *Salud para todos en el año 2000*. Muchos han sido los autores que han analizado los cambios necesarios como verdaderos retos en los diversos niveles (educativo, administrativo, etc.).

En 1988, el enfermero Antonio Gracia del Centro de Salud Carrus de Elche, Alicante ya expresó algunos de los retos pendientes de la enfermería comunitaria. Entre ellos, legislación inadecuada, “La asignación de enfermeras a los médicos en lugar de a los pacientes y el confuso e insuficiente aparato legislativo sanitario... La mala gestión y distribución de los recursos, junto a la nula participación de las enfermeras/os en la planificación y administración sanitaria”<sup>374</sup>.

Todos estos hechos apenas modificados limitan la salud de los españoles y las oportunidades para el desarrollo de la enfermería. En Granada, Arcas y col<sup>375</sup> expusieron también los diferentes problemas que se oponen en nuestro país al cambio de rol profesional.

En 1992, los enfermeros de atención primaria de Jaén, Palomino y Frías<sup>376</sup>, a los seis años de puesta en marcha de reforma de la Atención Primaria de Salud en Andalucía abordaron dos aspectos fundamentales: los aspectos estratégicos que han guiado el proceso de reforma (los principios inspiradores, la legislación y la administración) y los cambios que suponen, de forma efectiva la transformación de los servicios ordenamiento geográfico, dotación, organización, recursos humanos,

---

<sup>374</sup> Gracia, 1988, pp.15-21.

<sup>375</sup> Arcas, Delgado, García, Lahoz, Marín, Navarro, Radial, Quesada, Rivas, Reyes y Vázquez, 1988, pp. 34-37.

<sup>376</sup> Palomino y Frías, 1992, pp. 269-274.

etc. En segundo lugar abordaron las limitaciones y disfunciones, condicionantes importantes del estado actual y del futuro inmediato de la Atención Primaria: orientación del sistema hacia la promoción y prevención, límite de las prestaciones, coordinación de niveles, política laboral y participación ciudadana.

En 1999 salió en la prensa diaria la noticia de que

“El Gobierno Británico está abordando la mayor reforma de la sanidad pública en 50 años, con el objetivo de agilizar la atención primaria de las afecciones leves. Pronto proliferarán en el Reino Unido dispensarios rápidos sin necesidad de cita previa, así como líneas telefónicas ininterrumpidas para atender dolencias menores. Equipos de enfermeras especializadas sustituirán en muchos casos al médico de cabecera”<sup>377</sup>.

En 2004, la enfermera Sheila Sánchez<sup>378</sup> de Atención Primaria. Centro de Salud Olaguibel. Comarca de Álava. Vitoria. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de Vitoria-Gasteiz. Licenciada en Estudios Europeos de Enfermería por la Universidad de Brighton (UK) analizó la toma de decisiones de la enfermera de atención primaria en el contexto anglosajón. Encontró que las expertas tienden a utilizar la intuición mientras que las novatas trabajan más con hipótesis.

### *Reflexiones enfermeras sobre la APS*

Se han cumplido los veinticinco años de los comienzos de la reforma de la atención primaria y a lo largo de estos años se han publicado numerosas reflexiones sobre el cambio logrado, lo no alcanzado y el papel de la enfermería comunitaria en este proceso.

Un tema central es el papel que la OMS y las declaraciones de Alma Atá, atribuía a las enfermeras comunitarias un papel decisivo en el cambio del sistema hacia la atención primaria. Al revisar la bibliografía hemos podido ver la evolución de la enfermería comunitaria y de la atención primaria.

“Tradicionalmente, la Enfermería extra-hospitalaria ha sido infrautilizada, actuando tan sólo como mera auxiliar del médico, en las labores que éste desarrollaba... Las enfermeras actuando como fuerza unificada en la APS podrían realizar modificaciones en el sistema de salud para corregir las

---

<sup>377</sup> Ferrer, 1999, p. 32.

<sup>378</sup> Sánchez, 2004, p.3.

deficiencias y conseguir que todos los habitantes del mundo puedan alcanzar una vida productiva y sana<sup>379</sup>.

El grupo de trabajo formado por enfermeras de la Asociación Española de Enfermería Docente expresó<sup>380</sup> en 1983 la doctrina de la enfermería en Atención Primaria. Partieron del principio expresado por la OMS y las declaraciones de Alma Atá y los resultados de este grupo suponen un giro copernicano en la orientación de los objetivos, acciones y responsabilidades que se esperaban de las enfermeras, respecto a décadas anteriores. Así, la enfermería debía impregnarse de los principios de la atención primaria, partir de las necesidades de la población en cada contexto, fomentar la participación de las poblaciones, intervenir en las políticas de salud y en la gestión de los recursos, acelerar la coordinación entre niveles sanitarios, estimular las investigaciones y reorientar en suma la atención sanitaria hacía un modelo más preventivo.

A mitad de los ochenta en la revista Atención Primaria de los médicos de familia se analizaba el papel de la enfermería<sup>381</sup>. Farrel y Flynn expresaban en 1984

“La Atención Primaria de Salud es un enigma. Su concepto abarca principios de salud considerados importantes para la mayoría de nosotros. Todavía, por su propia naturaleza, sugiere una manera de pensar tan amplia que su contenido constituye un reto a las disciplinas que tradicionalmente demuestran ser satisfactorias en la producción de cambios substanciales y en la obtención de progresos visibles. Se ha dicho que Atención primaria de Salud es una filosofía, una estrategia, un movimiento, un conjunto de principios orientadores, una manera de pensar. Es vista como una frase recién formulada para indicar viejos términos”<sup>382</sup>.

Cuesta en 1986<sup>383</sup> recogía las ideas ya expresadas por la OMS e inspiradoras de la reforma de la atención primaria. Con la Reforma de la Atención Primaria, se ha considerado prioritario *desmedicalizar* esta asistencia, a través de la transformación de este grupo profesional, se pretende lograr la meta propuesta por la OMS, *Salud para todos en el año 2000* y en 1988 Arcas<sup>384</sup> expresaba algo similar.

Elías y col. en 1989 definieron los objetivos y los cambios cualitativos y cuantitativos que para los profesionales de enfermería representaron la implantación de la reforma de la atención primaria en Cataluña.

---

<sup>379</sup> OMS, 1983, pp. 32-37

<sup>380</sup> AEED, 1983, pp.67-70.

<sup>381</sup> López, 1986, pp. 218-221.

<sup>382</sup> Farell y Flynn, 1984, pp. 40-45.

<sup>383</sup> Cuesta, 1986, pp. 44-46.

<sup>384</sup> Arcas, Delgado, Gómez, Lahoz, Marín, Navarro, Radial, Quesada, Rivas, Reyes y Vázquez, 1988, pp. 34-37.

“Se valoró la incidencia del aumento en el número de profesionales de enfermería por habitante y su extrapolación al conjunto del territorio catalán una vez culminado el proceso de reforma. También sobre la discusión sobre el rol de enfermería en atención primaria, en un contexto caracterizado por el trabajo en equipo de profesionales sanitarios de diferentes procedencias y, en consecuencia, con variadas interpretaciones del rol de enfermería. Se enfatizó la necesidad de la estrecha colaboración entre el sistema sanitario y las estructuras docentes para adecuar la formación de los futuros profesionales”<sup>385</sup>.

Los prestigiosos médicos de primaria en 1989 Pérez y Gervás<sup>386</sup> abordaron diversos temas como el de registros de enfermería en atención primaria, gestión de un centro de salud, consulta de enfermería, evaluación de la reforma de atención primaria, etc., con una fuerte dosis de pragmatismo. En 1990 persistían parte de los obstáculos y dificultades ya expresados anteriormente como: excesivas expectativas, deficiencias estructurales del sistema sanitario, falta de voluntad política, cierta resistencia de las propias enfermeras. Martín y col.<sup>387</sup>, propusieron el uso del marketing externo para extender y prestigiar la oferta de servicios nuevos y mejorados de la atención primaria.

Los trabajos de Alberdi y Jiménez destacan en el conjunto porque seis años después de la puesta en práctica de la reforma, realizaron una crítica amplia y lúcida, particularmente en Andalucía. Las dos ideas centrales fueron: que la enfermería cambia substancialmente su papel al incorporarse a la APS; y que podría haber cambiado de forma más y, de forma más cualitativa. Para ello analizaron qué se hizo, qué resultó y que deberían hacer las enfermeras para asumir mejor sus responsabilidades. Revisaron legislación y bibliografía, así como su perspectiva desde dentro del órgano planificador, ya que trabajaban en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Según estas dos enfermeras, se hicieron importantes cambios legislativos que sirvieron para poner en marcha la reforma:

“Estructura de zonas básicas de salud, ordenación de los servicios de atención primaria, reglamento de equipos y específico del personal de enfermería. Se idealizó la reforma en los discursos oficiales propuesta revolucionaria y se crearon expectativas enfermeras protagonistas del cambio, trabajo más creativo e independiente, mayor formación e investigación y la aparición en la normativa de la palabra Cuidados, por primera vez en la Historia. Se facilita el acceso de las enfermeras a la dirección de los centros de salud (solo en Andalucía) e importantes programas de formación continuada y reciclaje para los nuevos programas”<sup>388</sup>.

“Sin embargo no se aplicó la adscripción de población a las enfermeras, que sí estaba contemplada en el art.11.12, y se siguió manteniendo la retribución por cartilla a los médicos, con lo

---

<sup>385</sup> Elías, 1989, *op. cit.*

<sup>386</sup> Pérez y Gervás, Juan, 1989, pp.14-17.

<sup>387</sup> Martín, 1990, pp. 157-67.

<sup>388</sup> Alberdi y Jiménez, 1991a, pp. 19-22.

que se perpetuó la actuación individual y la hegemonía médica tradicional, frente a la filosofía del equipo propiciado en los textos conceptuales”<sup>389</sup>.

“Seis años después de la reforma si bien se confía en el modelo, se realizaron cambios substanciales y negativos para las enfermeras: disminución enfermeras por población, frente a la tendencia general europea a la inversa y, sustitución por auxiliares para apoyar trabajos burocráticos. Los incentivos de productividad solo se aplicaron a los médicos, llegando a ser el salario percibido a razón de 2,5 de médico a enfermera. También se bajó el nivel en los cargos técnicos de 24 a 22 y de cargos orgánicos se pasó a asesores. A pesar de esto las enfermeras aceptaron los retos y entre un 10 y un 20% ocuparon cargos de dirección de centros, destacando algunos por su especial eficacia. Aumentaron exponencialmente el número de publicaciones y mejoraron los programas formativos y el acceso a la investigación dentro del sistema sanitario. El estereotipo de género se consideró un obstáculo para el cambio exitoso del colectivo enfermero”<sup>390</sup>.

En 1991, la médica Ruiz<sup>391</sup>, siendo viceconsejera de salud en el País Vasco describió el proceso desarrollado en atención primaria durante el periodo del 87 al 90, para acercar las necesidades de la población con los servicios de enfermería. Una experiencia piloto en la ciudad de Vitoria a partir de la colaboración de enfermeras inglesas. *Esta experiencia trata de conciliar la libre elección de médico con el trabajo enfermero por población asignada y no por cupo médico*. Son abundantes los trabajos que analizan las luces y las sombras de las profundas transformaciones producidas en los últimos años en la Enfermería Comunitaria, en la que una serie de factores frenan el desarrollo profesional<sup>392, 393</sup>.

“Crisis económica, con las consiguientes restricciones presupuestarias. Falta de sintonía entre los objetivos de la administración y los de los profesionales. Deficiencias estructurales del sistema sanitario. Ausencia de incentivación de los profesionales por parte del sistema. Resistencia al cambio por parte de algunos profesionales. La falta de un marco legal que regule las funciones de los profesionales de enfermería y las del resto de los profesionales del equipo. La falta de la formación especializada en Enfermería Comunitaria. La persistencia del pensamiento biologicista”<sup>394</sup>.

No obstante, como hemos visto por estudio comentados, se va desarrollando paulatinamente el papel de Enfermería Comunitaria: trabajando con grupos de riesgo, atendiendo a los problemas de la familia mediante visitas domiciliarias, desarrollando programas de salud dirigidos a niños, adolescentes, a la mujer, enfermos crónicos y ancianos, coordinando grupos de educación para la salud. Y sin embargo, hay quién la define como *una profesión invisible*<sup>395</sup>.

---

<sup>389</sup> Alberdi y Jiménez, 1991b, pp. 19-24.

<sup>390</sup> Alberdi y Jiménez, 1991c, pp. 21-25.

<sup>391</sup> Ruiz, 1991, pp.15-18.

<sup>392</sup> Palomino y Frías, 1992, pp. 269-274.

<sup>393</sup> Rogero y Martín, 1992, pp. 8-10.

<sup>394</sup> SAMFYC, 1994, *op. cit.*

<sup>395</sup> Joyce y Zerwekh, 1993, pp. 1676-1678.



En 1995, Laflor y Benalte realizaron un diagnóstico de la situación de la enfermería en el distrito de Cádiz a través de un estudio Delphi y encontraron: “Precariedad laboral en lo titulados más que en los auxiliares, escasa formación continuada, falta de reconocimiento profesional por directivos y usuarios, escaso trabajo multidisciplinar, sueldos bajos, falta de legislación sobre funciones enfermeras”<sup>396</sup>.

Los mismos autores en un artículo posterior realizaron un cálculo económico, aplicando las tarifas mínimas colegiales, de las actividades llevadas a cabo por los enfermeros en dos distritos sanitarios de Cádiz, exclusivamente. Las actividades valoradas fueron: visitas domiciliarias, servicios comunes (Vacunas, Curas, Inyectables, Electrocardiogramas) avisos domiciliarios y consultas de cuidados. “Si los servicios de enfermería fueran facturados a la población, cada individuo pagaría anualmente entre 3000 y 3800 pts. Siendo muy inferior a lo que producen para la empresa y no habiéndose incluido algunos servicios que se llevan a cabo y no están incluidos en el Sistema de Información”<sup>397</sup>.

En 1995, el economista Ortún<sup>398</sup> consideraba clave la atención primaria pero ello requiere lograr el prestigio de los profesionales y una adecuada proporción poblacional.

En 1996 diversos autores reflexionaron sobre la evolución de la enfermería comunitaria<sup>399</sup>. El equipo enfermero de Corrales<sup>400</sup>, analizó las características definitorias de la atención primaria:

“Longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y coordinación/continuidad, teniendo en cuenta la influencia que ejerce sobre las mismas propuestas la organización enfermera. En la primera etapa de impulso o desarrollo florido hasta 1990 la enfermería se define como un servicio organizado y logros. En la siguiente fase de estancamiento, década de los noventa, se retrocede. Propone seis puntos para el desarrollo profesional: organización vinculada a la comunidad: trabajar con población formalmente asignada. Oferta clara de servicios asistenciales y preventivos. Método científico en el trabajo, planificando acciones y unificando la terminología. Utilizar la información derivada del registro de la actividad. Controlar la calidad y la eficiencia de los cuidados. Promover la investigación orientada hacia la fundamentación teórica y a la mejora de los cuidados”<sup>401</sup>.

---

<sup>396</sup> Laflor y Bernalte, 1995, pp. 37-44.

<sup>397</sup> Laflor, Benalte y Panal, 1998, pp. 39-42.

<sup>398</sup> Ortún, 1995, pp.1587-1602

<sup>399</sup> Antón, 1996, p. 3.

<sup>400</sup> Corrales, 1996, pp.577-80.

<sup>401</sup> Corrales, 1998, pp. 11-15.

Para Frías<sup>402</sup> se dio un gran paralelismo entre los principios inspiradores de la Ley, y la actual orientación profesional de la Enfermería Comunitaria. En gran parte de las actuaciones que la ley prevé que sean desarrolladas por los Servicios de Salud, la participación de la Enfermería se hace imprescindible. En actividades tales como la educación sanitaria, promoción de salud, prevención, asistencia domiciliaria, atención a grupos de riesgo, planificación familiar, salud mental y laboral, formación del personal, investigación y mejora de la calidad asistencial; la aportación de la Enfermería Comunitaria es clave para que éstas puedan desarrollarse de forma satisfactoria e integral. Sin la vertiente de los cuidados y autocuidados, sería difícil que esta serie de actividades contribuyesen eficazmente a la mejora de la salud de la comunidad.

En 1998, Alberdi<sup>403</sup> propuso el uso individual y colectivo del poder individual y colectivo para resolver los problemas de los cuidados asociados a la aportación enfermera.

En 1999 el diario *El País* se hizo eco de una publicación de *Lancet*, en la que a la Enfermería Comunitaria, se le reconoce su capacidad para proporcionar una atención coste-efectividad, tanto preventiva como cuidadora-curativa<sup>404</sup>. Amezcua<sup>405</sup> Úbeda y col<sup>406</sup> concluyeron que la enfermería ha logrado cambios notables, pero quedaban más por lograr.

“Se han llenado de contenido las consultas, pero al dedicarlas sobre todo a crónicos, se desatienden otros colectivos. Debería prestarse más atención al contexto de los usuarios y aumentar la atención a la familia y domiciliaria. Factores que habrá que superar: Los modelos culturales importados como el concepto de comunidad y escasa atención a colectivos. Aumentar el énfasis formativo en la salud que sigue siendo curativo. Superar los estereotipos de género que llevan implícitos la subordinación médica y el hospitalo-centrismo a la vez que un escaso desarrollo del modelo de cuidados por la preponderancia del modelo biomédico versus escaso valor al de cuidados por las propias enfermeras. Dificultades para aceptar como valiosa la labor de cuidado, que se resume en la frase “Nuestro lastre histórico es la excesiva dependencia de la visión médica de los problemas de las personas”<sup>407</sup>

---

<sup>402</sup> Frías y Palomino, 1986, pp.

<sup>403</sup> Alberdi, 1998, pp. 27-31.

<sup>404</sup> G.C, 1999, p. 46.

<sup>405</sup> Amezcua, 1999, pp. 7-9.

<sup>406</sup> Úbeda, Roca y García, 1999, pp. 226-231.

<sup>407</sup> Germán. BEC. 1996: 5-7.

En 1999, G<sup>a</sup> y col<sup>408</sup>, analizan las memorias del INSALUD de 14 años en Valladolid y concluyen que se ha implantado el 100% del nuevo modelo en el área rural y el 79,8% urbano. Las enfermeras trabajan con programas de salud, se han incrementado las consultas programadas y el total del alumnado realiza prácticas en centros de salud.

En 2000, el equipo médico de Martín Zurro y col. desde la responsabilidad de planificación de la Atención Primaria catalana realizaron un balance de logros y perspectivas de la Reforma Sanitaria. Consideraron entre los problemas:

“El ciudadano no es todavía el eje vertebrador de la organización de la Atención Primaria. Demasiada población asignada y muy dispersa en el área rural. Insuficiente infraestructura telefónica. Escasa sensación de confort. Duplicación de servicios con la especializada. Insuficiente desarrollo de las actividades preventivas y de la atención domiciliaria. Exceso de número en la composición de los equipos. Distribución heterogénea de las cargas de trabajo. Dotación insuficiente de servicios de urgencia. Adscripción a la atención primaria de gasto farmacéutico generado en otros ámbitos. Archivos obsoletos. Falta de política de recursos humanos y baja incentivación. Evaluación burocrática”... “Entre la soluciones proponían: equipos de tamaño reducido. Mejorar las insuficiencias de plantillas, telefónicas, telemáticas, horarias. Cuidar la imagen y el trato. *Potenciar e incentivar la atención domiciliaria y el papel de líderes de los profesionales de enfermería en estas actividades. No adscribir enfermeros por médicos, sino según necesidades de población. Facilitar la libre elección de médico y eliminar las bolsas de ineficiencia. Programa de mejora continua de la calidad*”<sup>409</sup>.

En 2001, el equipo madrileño de médicos de familia Gervás decía: “Si bien hay dificultades propias del colectivo de enfermería, también las hay del colectivo de médicos de familia, que a su vez describe los problemas en relación con el sistema, con otras especialidades médicas y con la enfermería. No son partidarios de la introducción de especialistas en la atención continuada, y expresan la falta de evidencia científica de decisiones tales como control del parto, control del climaterio por especialistas, y también de *anclaje* y re-cita innecesaria. Ineficacia del modelo de receta, ineficiente coordinación entre niveles para recetas y bajas laborales, equipos demasiado grandes, autocrítica de prácticas perversas y que la enfermería se cierre a la atención a crónicos”<sup>410</sup>.

Falta de tiempo, exceso de demanda, carencias formativas unido a la complejidad de las situaciones y descoordinación son dificultades que se ponen de manifiesto especialmente en la Atención Domiciliaria, todavía más cuando conviven dos modelos de abordar a las personas en su domicilio que indican dos maneras de trabajar y dos concepciones de cuidados. Esto tiene su reflejo en los indicadores de

---

<sup>408</sup> García y Busto, 1999, p. 89.

<sup>409</sup> Martín, Ledesma y Sans, 2000, pp. 48-58.

<sup>410</sup> Gervás, Palomo, Pastor, Pérez y Rubio, 2001, pp. 472-7.

gestión y en la satisfacción de usuarios y profesionales. En el modelo tradicional, predomina lo biomédico, la asistencia domiciliar se parte de la demanda, orientación curativa, escasa participación de la familia, visión parcial de la persona e ignorancia del autocuidado. En el modelo de cuidados se valora global, orientación al autocuidado y participación de la familia y el equipo de salud. La enfermera de enlace deberá subsanar estas dificultades en parte, cosa que deberemos comprobar en los próximos años.

### *Más innovaciones y retos*

A medida que se observa la discontinuidad de la atención entre la atención primaria y el hospital se van buscando nuevas alternativas asistenciales. Así surge la figura de la “Enfermera de Enlace Gestora de Casos”. En Andalucía a partir del decreto de apoyo a la familia en 2002,

“La familia juega un papel importante en la sociedad andaluza. En los últimos años ésta ha experimentado numerosos cambios que han provocado fuertes modificaciones en las estructuras familiares y en las relaciones en sí mismas. De este modo, ha cambiado la relación entre padres/madres e hijos/as; ha aumentado el número de hogares, pero disminuido el número de personas por hogar; se ha incrementado el número de personas que viven solas y también el de familias monoparentales. Sin embargo, las familias continúan siendo la primera expresión de solidaridad que percibe

Todo ser humano, constituyen el ejemplo más básico de organización social existente, y por ello merecen la máxima valoración social y el más importante y directo apoyo por parte de las Instituciones Públicas”<sup>411</sup>.

En el capítulo 24 de esta ley, se regulan los cuidados enfermeros a domicilio de forma reglada y continuada a cargo del sistema sanitario público. A estos efectos “Se reforzarán los equipos de enfermería en los grandes núcleos de población, en los que existe un elevado número de personas mayores o con discapacidad”<sup>435</sup>. Este decreto sirvió de base a la creación de esta nueva figura enfermera. Se planteó como una enfermera por Centro de Salud que atiende a una media de

---

<sup>411</sup> Decreto 137/2002, de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de Mayo de 2002:7127-7134. Es muy interesante la redacción del prólogo del decreto ya que tiene un enfoque de género. El 9 de marzo se publicó un texto integrado que ampliaba las medidas de apoyo.

25.000 usuarios, siendo modificable según tamaño y edad de la población. Se instaló en un despacho en el centro de salud, muchas veces compartido con la trabajadora social. Su trabajo es de apoyo a las enfermeras, médicos y trabajadores sociales tanto del hospital como de atención primaria, correspondiendo la continuidad de los cuidados a quien corresponda, principalmente la enfermera comunitaria.

Aunque la filosofía es muy similar, hay algunas diferencias entre Comunidades Autónomas. Así en Cataluña se ubica sobre todo en el hospital para gestionar el alta de los enfermos dependientes y realizar visitas conjuntas entre la EE y la supervisora de la Unidad hospitalaria para elaborar el Plan de Cuidados al alta. Jódar al evaluar 2 años de funcionamiento del programa de enfermera de enlace en Sant Boi (Barcelona) aportaban los siguientes datos:

“Se han estudiado 854 pacientes, 57,6% mujeres, con media de 69,82 y mas menos 14,7 años y de 61,7 hombre con intervalos de 19,6 años ( $p < 0,0001$ ). La Enfermera de Enlace ha realizado 2.241 visitas hospitalarias, 81 domiciliarias, 434 telefónicas y 636 coordinaciones con Atención Primaria. El Diagnóstico enfermero *trastorno de la movilidad física* ha estado en el 61% de los pacientes. Se ha creado un mecanismo que mejora la continuidad desde el alta. La EE coordina y gestiona los casos antes de que se traslade del hospital a la APS. No basta con la voluntad de algunos profesionales aislados. Ya va siendo hora de avanzar un paso más hacia la cooperación efectiva entre cualquier ámbito de actuación: facilitemos así el mantenimiento de la conexión de forma constante y adecuada”<sup>412</sup>.

Recientemente se ha puesto en marcha la figura de enfermería de enlace en Aragón con la contratación de ocho enfermeras, una por cada área de salud. Habrá que estudiar la evolución de esta nueva figura que es de gran importancia para la calidad de vida de los enfermos dependientes y las cuidadoras familiares.

Otras innovaciones que hemos de afrontar en estos años son: la Consulta telefónica<sup>413</sup> y mediante el uso de las llamadas TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). La informatización de la historia clínica<sup>414</sup>, Y sobre todo, las ventajas de una organización de los equipos de atención primaria en la que el eje central lo constituyen las familias, que centra una parte muy importante de la actividad enfermería, como profesión puntera en este tipo de organización. Por

---

<sup>412</sup> Jódar, Cadena, Parellada y Martínez, 2005, pp. 558-62.

<sup>413</sup> Gálvez, 2001, pp. 60-62.

<sup>414</sup> Martín, García, Puerta, Bermejo, Arribas, Ávila, Beamud, Hidalgo, Duralde y Peñacoba, 2001, pp. 48-52; Pérez, Macián, García, Álvarez, Fernández, Sánchez y Moreno, 2004, pp. 46-50.

familia se entiende el núcleo de convivencia de los individuos atendidos, y la propuesta presentada centra la visión de la cuestión familiar en los profesionales de enfermería, que actúan como nexo de unión entre el médico y el pediatra<sup>415</sup>.

El número total de publicaciones en el periodo estudiado ha sido de 768 artículos, lo cual supone un verdadero hito histórico ya que, es la primera vez en la historia de la enfermería comunitaria que se logra tal desarrollo de publicaciones lo cual refleja el proceso de institución científica de esta especialidad. Este proceso se ha realizado en un corto periodo de tiempo ya que los primeros artículos encontrados se publicaron en 1980 pertenecientes a la *Revista Internacional de Enfermería* y dos años después los primeros artículos de autoría enfermera, de manera que en 1986 se habían publicado 21 artículos. En 1990 fueron 195 los artículos y a mitad de los noventa 284, siendo la década de los noventa el periodo más fructífero. Se observa un cierto decrecimiento en los primeros años del 2000, tendencia que ya había observado Alberto Gálvez en otras especialidades enfermeras<sup>416</sup>.

La distribución de los artículos en revistas generales es mayor para las revistas mas antiguas como *Rol* (107 artículos) y *Enfermería Científica* (110) que nacieron entre finales de los setenta y principios de los ochenta e intermedia para *Enfermería Clínica* (60) e *Index de Enferm.* (46). Estas cuatro pertenecen al grupo de “gran repercusión” debido a que son muy citadas como han estudiado Gálvez y col<sup>415</sup>. Hay una gran dispersión de artículos (383) en numerosas revistas que pertenecen a las recién creadas asociaciones de enfermería del ámbito de la Atención Primaria, como por ejemplo *Cuidar y Educar* de Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia –SEAPREMUR- (creada en 1989) y desde 1998, indexada en la base de datos *Cuiden*, o *El boletín de Enfermería Comunitaria*, de la Asociación de Enfermería Comunitaria que nació en 1994. También hay artículos de las revistas de Salud Pública como *Gaceta Sanitaria* y *Revista Española de Salud Pública* y de los médicos de familia *Atención Primaria* (62 artículos) revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –SEMFYC-. Posiblemente debido a la novedad que supuso la puesta en marcha de la reforma

---

<sup>415</sup> Prats y Pueyo, 2003, pp.70-74.

<sup>416</sup> Gálvez, 2001, pp.24-30; Galvez y col, 2003, pp. 73-76.

de la Atención Primaria, enfermeras y enfermeros de otras especialidades publicaron artículos sobre enfermería y Atención Primaria como la revista *Matronas* y, también, una de las revistas más antiguas pertenecientes a la asociación de Urología *Rev AE ATS Urol.*; entre las más recientes la revista de Antropología y Humanidades *Cul. Cuidados*. A ello debemos de sumar algunos artículos de las revistas de carácter electrónico que nacen ya en el presente siglo cuyo crecimiento es rápido, entre ellas *Enfermería Global* de la Universidad de Murcia, *Nure* de la Fundación de Enfermería –FUDEN– y la hemeroteca digital *Cantárida* que comprende 11 revistas en el entorno de la Fundación Index de Enfermería.

Predominan la autoría de grupo sobre la individual, y lógicamente dominan la autoría enfermera si bien hay bastantes trabajos de autoría inter-disciplinar en la que predominan los médicos de familia, aunque también hay economistas, psicólogos y trabajadores sociales. No la hemos podido cuantificar porque no consta en todo el periodo. Hay estudios multi-céntricos cuando se realizan desde las instituciones sanitarias. Las y los enfermeros españoles citan artículos internacionales y no solo del área anglosajona, sino también de Francia, Alemania, México, Cuba, Colombia o Brasil, por lo que no hay aislamiento respecto a otras comunidades científicas. Gálvez y col. lo asocian al aumento de la disponibilidad de las revistas extranjeras en las bases de datos CUIDEN, CUIDATGE y BDIE y su acceso por Internet<sup>417</sup>. No hemos podido cuantificar la autoría por sexo debido a que con frecuencia consta la inicial del nombre y los dos apellidos. Esto no es imputable a la base de datos *Cuiden*, sino a las revistas que siguen ese criterio. No obstante, nos atrevemos a afirmar que los enfermeros publican en mayor número que las enfermeras, ya que si la relación de la profesión es 8 a 2 mujeres y hombres en las publicaciones de esta tesis están en un 1 a 1.

Si bien los primeros artículos son artículos de tipo ensayo, en los noventa se inicia un gran despliegue de investigaciones de manera que podemos decir que un 60% del total de los estudios son artículos originales, observándose una evolución temporal creciente. En cuanto a la metodología de los estudios observamos dos tendencias que corresponde con la posición conceptual de la disciplina, una tendencia más humanística que utiliza técnicas cualitativas y otras más positivista que utiliza el método epidemiológico, predominando claramente esta última en los

---

<sup>417</sup> Gálvez, Amezcuca, Hueso y Núñez, 2003, pp. 76-79. Véase también Gálvez y col. 2005 pp.73-77. Véase también Sobrido y col, 2005, pp. 74-77 y Serrano y col, 2005, pp. 78-82.

trabajos analizados. Son muchos los enfermeros y enfermeras que han cursado estudios superiores de Antropología, Sociología, Documentación y otros, esto se refleja en las publicaciones por el aumento de las técnicas cualitativas. También hay autores que han cursado sus estudios de segundo ciclo de enfermería y que a través de los convenios internacionales han realizado estudios de doctorado.

Existen grupos de investigación que abordan estudios multicéntricos sobre vacunas y sobretodo sobre gestión de servicios, no obstante no observamos que sean grupos consolidados, salvo el “Grupo de estudios documentales” de la Fundación Index<sup>418</sup> que de forma periódica y sistemática evalúan las publicaciones enfermeras en lengua española y portuguesa. Este grupo ha creado *Cuiden citation* que ofrece indicadores de cita de repercusión inmediata, de repercusión histórica (con y sin autocita) e índice de revistas citadas. Ha sido reconocido por la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud como un indicador para los sistemas de selección de su personal.

Los objetivos y temas de investigación que abordan las enfermeras son muy amplios y diversos, corresponde a problemas reales y sentidos de los servicios de salud, por lo que la mayor parte de los estudios son de carácter local y tratar de dar respuesta a preguntas formulados por ellos mismos. En los puntos anteriores hemos visto que abordan desde problemas de vacunas, de atención domiciliaria, atención a la dependencia, de calidad de vida de cuidadores y cuidadoras familiares, malos tratos, inmigración, hasta la calidad de los programas clínicos que reciben los estudiantes. Temas de tipo técnico de la profesión: registros, informe de alta, diagnósticos, curas, evaluación de técnicas grupales entre otros, destacan los temas de tipo administrativo existiendo una gran preocupación por ofrecer servicios de calidad a los usuarios de la Atención Primaria del sistema público. Esta preocupación es compartida con otros profesionales con los que realizan los estudios, especialmente los médicos de familia.

Son pocos los estudios financiados y esto está estrechamente relacionado con las dificultades de la carrera académica e investigadora de la profesión enfermera que ha tenido su “techo de cristal” y que a lo largo de esta investigación podemos

---

<sup>418</sup> Gálvez, Amezcua, Hueso, 2005, pp. 7-9. La Fundación Index recibió hace varios años un requerimiento del “Institute for Scientific Information” para que retirase de su página web los indicadores bibliométricos que viene publicando desde 1993 referidos a la repercusión de las revistas de enfermería en Iberoamérica. El reconocimiento por el Servicio Andaluz de Salud fue según la Resolución del 18 de octubre de 2005).



informar que se ha roto, al menos en los condicionantes legales, con la aprobación del Master<sup>419</sup> en Ciencias de la Enfermería. Desde 1988, el FISSS aceptó que pudieran firmar proyectos de investigación como investigadores principales enfermeras y enfermeros diplomados. Esto ha dado sus pequeños frutos en estudios multicéntricos y en los trabajos del grupo INVESTEN de la Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III en Madrid.

Como conclusión general podemos afirmar tras el análisis de las publicaciones de este capítulo que, las enfermeras comunitarias han hecho frente a los retos que la Sociedad actual demanda y también han ido por delante de las propias instituciones sanitarias y académicas, organizando su propia formación en investigación y sus propios medios de difusión desde iniciativas privadas que han logrado amplio reconocimiento. Por tanto, hemos estudiado un periodo que creemos clave en el proceso de institución. Los cambios académicos suponen un cambio cualitativo importante en cuanto a aumentar la capacidad de investigación, tanto por su formación como por su financiación, de la profesión enfermera.

---

<sup>419</sup> “Master en Ciencias” según la convergencia europea es un postgrado oficial que se cursará después del Grado (o Diplomatura actual) y da acceso al doctorado. No confundir con otros Masters de diferente duración y especialización profesional. Estos Masters en Ciencias de la Enfermería se iniciaran el próximo curso 2006/07 en algunas Universidades entre ellas las ocho del Master Inter-Universitario.

## 7. CONCLUSIONES

La revisión historiográfica ha permitido constatar diferencias en la interpretación del pasado enfermero según perspectivas disciplinares. Los trabajos de autoría médica y antropológica han conceptualizado la enfermería como una profesión auxiliar supeditada a la Medicina, mientras que los trabajos de autoría enfermera suelen destacar el amplio trabajo de cuidados desempeñados por los enfermeros hospitalarios en un contexto social de escaso desarrollo de la Medicina.

La revisión histórica de la enfermería, independientemente de su ideología religiosa o profesional pero desde una perspectiva de género, nos permite afirmar que la socialización diferenciada de mujeres y hombres es imprescindible en Historia de la Enfermería. Si no se tiene en cuenta este presupuesto, se corre el riesgo de realizar un análisis de las técnicas enfermeras que han ido cambiando a lo largo de la Historia y excluir todas las acciones inherentes al cuidado. Proporciona una visión reduccionista e injusta especialmente para las mujeres enfermeras que invierten más tiempo y energía en los cuidados intangibles o invisibles, hoy considerados de menor valor por la sociedad, pero imprescindibles para el desarrollo (autonomía en su propio cuidado en la salud y en los estados crónicos) y bienestar de los seres humanos (disminuir el dolor, afrontar la muerte).

Desde el punto de vista heurístico hemos constatado el valor del uso combinado sinérgico de fuentes escritas y orales. Los relatos de vida de profesional, añadidos al tradicional uso de fuentes escritas (manuales, libros, artículos, leyes...), ofrecen al menos tres aportaciones: convalidan las fuentes históricas, aportan significación de episodios vividos, y enlazan, complementan y explican hechos históricos opacos o desenfocados por las fuentes bibliográficas convencionales.

El orden social patriarcal se fundamenta en una educación que prepara a los hombres para desenvolverse en lo público y no en lo doméstico, generando un modelo de sociedad a su medida (dominio simbólico de lo masculino). Se trata de un modelo jerárquico, de poder, en el que el valor se atribuye al ámbito de lo público con valor mercantil, dominando, ignorando o infravalorando el trabajo del ámbito doméstico y todo lo que se relacione con lo que no esté mercantilizado. La socialización diferenciada de hombres y mujeres tiene consecuencias duales: en las mujeres, una falta de habilidades para desenvolverse en el espacio público, para ensayar la vida de relación en lo público y para ejercer la autoridad en lo público, y

en los hombres, una falta de interés y valor por las tareas, habilidades y valores morales e intelectuales vinculados al cuidado de la vida.

El núcleo de la identidad profesional es el estereotipo de la subordinación enfermera, que es una herencia de la sociedad patriarcal y teocrática que se ha configurado en torno a tres conceptos sociales estrechamente asociados al “género”: 1) un rol profesional de la mujer-enfermera que es jerárquicamente inferior a la del médico-hombre; 2) una concepción religiosa de la figura del médico con atributos divinos (el “dios” en la tierra haciendo el bien y la enfermera, el “ángel” que le debe obediencia sobrenatural); y 3) una concepción científico-técnica que organiza una formación profesional de la enfermería a la medida de las necesidades, expectativas y valores del médico. Los numerosos y sucesivos cambios de nombre de la labor enfermera han sido dependientes del género sexual de sus practicantes y de los espacios de ejercicio. Los practicantes heredaron la posición social de los antiguos sangradores y barberos, posición social pretendida para los ATSM, bien diferenciada de las ATSF. La denominación común y mixta posterior recupera la genealogía centrada en el cuidado.

Respecto a la motivación profesional hemos observado que para la mayoría de los hombres, la elección de la carrera de enfermería ha estado motivada por la obtención de un trabajo tras una carrera corta, mientras que para la mayoría de las mujeres, en la elección se mezclan obtener un trabajo y el deseo de ayuda, como una extensión de su misión doméstica ampliada al género humano. Subyace también el deseo de emancipación económica y de “conocer mundo”.

La institución de la enfermería como una profesión universitaria mixta (1976-1978) fue el triunfo de la perspectiva del cuidado defendida por las enfermeras frente a la concepción médica defendida por el sector de los practicantes, logrado tras una intensa lucha que generó instituciones de coordinación nacional y de formación académica paralela, en un contexto de cambio político radical. Este cambio profesional fue liderado por las jóvenes generaciones de ATS y coincidió con las propuestas profesionales de las organizaciones internacionales como el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud. El estudio del nacimiento y desarrollo de una especialidad -enfermería comunitaria- (1977-2005) ha confirmado la validez de la teoría de la institucionalización

profesional, con las fases típicas previstas por la sociología de las profesiones, perteneciendo al modelo de especialidad de origen sociopolítico.

Las enfermeras y enfermeros asumieron la formación académica de sus futuros colegas de un modo informal en la primera fase (1977-1984). La LRU (1984) permitió por primera vez en la historia el acceso a ciertos puestos docentes de estos profesionales sanitarios, en igualdad de condiciones que otros profesores, al crearse la figura de “profesor/a asociado clínico de enfermería”, pero limitando su carrera profesional al puesto intermedio de profesor titular. La LOU (2003) sancionó la minusvaloración profesional al excluir explícitamente de la gestión académica a los titulares no doctores. Estas limitaciones legales han favorecido la continuidad de los colonialismos profesionales y conceptuales de las viejas profesiones y un retraso en el desarrollo de las nuevas. La Convergencia Europea ha creado un nuevo marco legal que garantiza la vida profesional académica completa.

Respecto a la identidad profesional el estudio cualitativo realizado muestra una diversidad considerable de perfiles profesionales. La generación, ámbitos de actividad asistencial (primaria u hospitalaria), compromiso político-social, ambición profesional, carácter personal, clase social, especialidad profesional, reconocimiento social y apoyos familiares son elementos claves de las diferencias en los discursos, prácticas y expectativas profesionales halladas. En el conjunto, destacan valores y discursos comunes: 1) en la medida en que la enfermería desarrolla técnicas biomédicas adquiere más prestigio; 2) la preocupación y la pasión por aprender es una constante a lo largo de toda la vida profesional; 3) es central para la enfermería la promoción de la salud, los cuidados y la información sobre autocuidados; 4) se sienten reconocidas y reconocidos por los enfermos y familiares, escasamente por las instituciones, e infravalorados por los médicos y médicas (observándose diferencias relacionadas con la conciencia femenina o feminista); 5) hay discrepancia entre las numerosas y sostenidas innovaciones laborales observadas -técnicas, relacionales u organizativas- y la conciencia de su contribución, que aumenta significativamente con el reconocimiento explícito.

El estudio de la producción científica de las enfermeras/os de Atención Primaria ha permitido establecer tres fases diferenciadas y confirmar la hipótesis de que ha respondido a los retos sociales implicándose plenamente en el cambio sanitario

planificado. Se han desarrollado todas las actividades de una enfermería comunitaria moderna ofreciendo servicios de atención a los usuarios sanos, dependientes, enfermos y convalecientes y sus familias desde diversas modalidades: atención en el domicilio, en la consulta, en trabajo en grupo, en los programas de salud y en a la atención a crónicos, dependientes y moribundos. La enfermería comunitaria ha realizado programas de formación continuada e investigación original de cuidados y técnicas asociadas. Desde el punto de vista de la organización del trabajo, ha contribuido a desarrollar el equipo de salud, favorecer un estilo horizontal en las relaciones interdisciplinarias, reducir el efecto del iatrocentrismo tradicional y valorar el papel de los cuidadores familiares.

## 8. BIBLIOGRAFIA

## **8.1. Fuentes Bibliográficas**



- Abad Piquero, Alicia Cristina y Gaspar Escayola, José Ignacio. Atención continuada de Enfermería. Un estudio de la provincia de Huesca. *Rev Rol Enferm* 1993; 184:15-21.
- Abelairas Cadahía, Cristina. Programa de educación sanitaria a pacientes con patrón respiratorio ineficaz. *Enferm. Cientif.* 2000 Feb-2000 Feb 28; 214-215:26-33.
- Acámer Raga F, López Arribas C y López-Torre Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria.* 1997; 20: 401-407.
- Agra Varela, Yolanda; Sacristán Rodea, Antonio; Pelayo Álvarez, Marta, y Fernández, Julia. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 31; 77(5):567-579
- Agudo Polo, Santiago y González Pascual, Juan Luís. Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?. *Enferm Clínica* 2002; 30; 12(3):104-108.
- Aguilera Manrique, Gabriel; Belmonte García, M<sup>a</sup> Teresa; Cañadas Murcia, María; García Cáceres, Esther del Rocío; Aguilera Manrique, Francisco, y Cristóbal Cañadas, Carlos. La inyección intramuscular a examen. *Enferm. Cientif.* 2001 Mar-2001 Mar 31; 228-229:59-62.
- Albadaño Antoñanzas, Delia; Alastuey Ederra, Mercedes, y Gaztelu Sanz, Francisco Javier. Estudiantes de enfermería aprenden en un servicio de atención primaria. *Rev Rol de Enferm.* 1990; XIII(138):33-37.
- Alberdi Castell, Rosamaría y Jiménez Otero, María de la O. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (I-III). *Rev. Rol Enferm.* 1991; XIV(152):19-22; XIV(153):19-24; XIV(154):21-25.
- Alberdi Castell, Rosamaría y Jiménez Otero, María de la O. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev. Rol Enferm* 1998; (239-240): 27-31.
- Albertín Carbó, Pilar y Vilanova Vilá, Marta. Actitudes de los estudiantes hacia la materia de enfermería comunitaria. *Metas Enferm.* 1999; II(15):47-53.
- Alvarez Nebreda Carlos. *Código enfermero español. Siglo XX: compendio legislativo.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2002.
- Amezcuca Manuel. De enfermería comunitaria. El liderazgo y la atención primaria de salud. *Rev Cient Inf.* 1991; 31; 15:5.
- ¡Enfermeras a la calle! Nuevos retos para la atención primaria en Andalucía. *Garnata.*1994; 7:5-6.
  - La responsable de la unidad es una enfermera. *Bol. Enfer Com.* 1997; 31; 3(4):15.
  - Veinte años después de Alma-Ata: la necesaria renovación de la utopía. *Index Enferm.* 1999; Año VIII (24-25):7-9.
  - El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud lic. Un grupo para la humanización de los Cuidados. *Index Enferm* 2000, año IX (28-29):41-4

- Anadón Lázaro, Eulalia; Larrosa Gonzalo, Carmen; López Mallén, M<sup>a</sup> Pilar; Lucea Suescun, M<sup>a</sup> Pilar, y Olivás Infante, Juan Carlos. Importancia de la consulta de enfermería en el control de las patologías crónicas. Estudio de la H.T.A. en una población de demanda. *Sal Ciencia* 1991; 2(1):7-22.
- Anglada Mirabent, N y Cañadell Ledesma, E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. *Aten Primaria* 2000; 25(5):326-330.
- Antón Nardiz, María Victoria. Hacia la enfermería comunitaria del 2015. *Bol. Enferm Comunit.* 1996; II(9):3.
- Antón, JJ; Menárguez, JF; Alcántara, PA; Díaz, MJ, y Sánchez, MC. Calibración y seguridad de los esfigmomanómetros en los centros de salud de Murcia. *Aten. Primaria* 1992; 10(6):817-820.
- Aparicio Casals, MR y Martorell Poveda, Antonia. Registros de Enfermería en la Atención Primaria: pieza clave de la investigación. *Enferm Científ.* 1993; 133:11-14
- Aparicio Casals, MR y Martorell Poveda, Antonia. Atención domiciliaria al enfermo terminal. *Gerokomos* 1993 Nov; IV(9):104-108.
- Arazola Corvera, JM; Contreras Martín, Ángela; Sánchez Ramos, JL; Mora Moreno, F, y Casado Martínez, José Joaquín. Evaluación de la calidad de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Aten Primaria.* 1992; 10(8):911-915.
- Arcas Ruiz, Pilar; Delgado Sánchez, Mercedes; Gómez García, Gabriel; Lahoz Vargas, Marisol; Marín López, Manuel; Navarro Jiménez, María del Carmen; Padial Ortiz, Mar; Quesada Lupiáñez, Paula; Rivas López, Antonio; Reyes Ruiz, Consuelo, y Vázquez Teja, Teresa. Enfermería, pieza clave de la atención primaria. *Rev. Rol Enferm* 1988 May; XI(117):34-37.
- Arce A. *Estudio de la satisfacción y estrés laboral en los profesionales de atención primaria.* Tesis doctoral. 1992. Universidad Complutense.
- Arevalillo, Pilar; Cirach, Josefina, y Gol, Jordi, Enfermeros<sup>1, 2</sup> / Médico<sup>3</sup>. C.A.P. Una experiencia de trabajo en equipo. *Rev. Rol Enferm.* 1986; IX(92):43-52.
- Arribas Gutiérrez, A; Sánchez-Girón Gutiérrez, Purificación, y Rodríguez Alcalá, Francisco Javier. Cuidados de enfermería en atención primaria a pacientes intervenidos en unidades de cirugía mayor ambulatoria. *Metas Enferm.* 2000; III(30):34-37.
- Arroyo Aniés, MP; Cortés Ugalde, F; Cariñanos Chavaque, JJ, y Sáenz Bañuelos, JJ. La cartilla de largo tratamiento, instrumento de evaluación de los tratamientos prolongados. *Aten Primaria* 1992; 9(9):493-495.
- Artiga Ruiz, A. La enfermería ante el Síndrome Burnout. Estudio comparativo entre atención primaria y atención especializada. *Enferm Científ.* 2000 Jul-2000; 31; 220-221:11-16.
- Artigas Lelong, Berta y Sánchez Martínez, M Luisa. Acercamiento al diagnóstico de Enfermería en A.P.S. *Enferm. Científ.* 1992; 122:41-43.
- Artigas Lelong, Berta; García Suso, Araceli; Nespral Gaztelumendi, Celia; Serrano Gallardo, M<sup>a</sup> Pilar, y Vera Cortés, Manuel. La materia de enfermería comunitaria en

- el plan de estudios de diplomado en enfermería. *Formación Continuada*. 1996 May-1996; 30; 3:126-146.
- Asociación Española de Enfermería Docente. La enfermería en una declaración. *Rev. Rol Enferm* 1983; VI(62):67-70.
- Ayuso Margañón, Sonia; Ayuso Margañón, Raquel; Navarro Félez, Inma, y García Pérez, Marta, Enfermeras. Salud sexual en los varones jóvenes: programa de atención al hombre. *Enferm. Clínica* 2004; 31; 14(2):93-101.
- Azagra Ledesma, R; Mengual Martínez, L; Calvet Junoy, Silvia; Castro Vila, Carmen de; Simón Muela, Consuelo, y Medina Molina, Carmen. Demanda asistencial y sistemas de acceso en la Atención Primaria de Salud. *Gac. Sanitaria* 1992; 6(32):212-215.
- Azúa Blanco, M<sup>a</sup> Dolores y Piñol Monserrat, Juan. Investigación sobre las dermatitis de contacto más frecuentes en enfermería geriátrica. *Enferm. Cientif.* 1989; 82:32-38.
- Bellido Vallejo, J. Enfermería hospitalaria-enfermería atención primaria. Una experiencia conjunta en reparación de heridas. *Inquietudes* 1999; IV(15):11-16.
- Beltrán, X y Delás, J. Alternativas en atención primaria. *Jano* 1991; XL(947):63-66.
- Benito Rodríguez, Óscar; Franco Burgos, Yolanda; López López, Lourdes; Mayol Cañellas, María del Carmen; Pons Otxoa de Olano, Carolina, y Pades Jiménez, Antonia, Alumnos de tercero de Enfermería y Profesora. ¿Puede reducirse la agresividad en adolescentes violentos? *Metas Enferm* 2003; VI(58):6-10.
- Bermejo Ascorbe, Rafael; Allo Comas, L; González Pérez, M<sup>a</sup> Dolores, y Ollero Bañuelos, Oscar. Enfermería comunitaria e hiperlipidemia. *Enferm Cientif.* 1993; 31; 136-137:44-51.
- Bermejo-Ascorbe, Rafael; Loma-Osorio, R, y López, A. Programa de Atención Domiciliaria: análisis de una realidad enfermera. *Enferm. Cientif.* 1994; 30; 146-147:16-19.
- Bilbao Acedos, Izaskun; March Cerdá, Joan Carles; Lozano Rojas, Oscar, y Prieto Rodríguez, MA. Aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en atención primaria. *Index Enferm.* 2002; XI(36-37):91.
- Blázquez Rodríguez M<sup>a</sup> Isabel. La promoción de salud en la población inmigrada. Una experiencia en la Escuela Nacional de Sanidad. *Index Enferm.* 2003; XII(42):34-38.
- Blanca Gutiérrez, J; Álvarez Nieto, Carmen yCárdenas Antón, David, Profesores. Medición del producto enfermero de los alumnos de la escuela universitaria de enfermería de Jaén (II). *Enferm Cientif* 2003; 260-261:72-76.
- Blanco Rodríguez, José María; Fernández Gonzalo, JC; Calvo San Basilio, B; Morales Romero, N; Cantos de la Cuesta, Y; Pozo Sánchez, P del, y Martín Guzmán, E. Evaluación de la calidad del procedimiento del sondaje vesical. *Enferm Clínica* 1997; 30; 7(6):279-282.
- Boada Apilluelo, Enriqueta; Ruiz Barranco, Jesús; Tobajas Asensio, Enrique, y Tobajas Asensio, José Antonio. Protocolo de atención de enfermería sobre la

- obesidad del adulto, en la atención primaria de salud. *Enferm. Cientif.* 1988; 31; 76-77:7-11.
- Buendía, Carmen; Manito, I; Médez, Manel, y Narbona, Pere. Distribución del tiempo de enfermería en equipos de atención primaria. *Rev. Rol de Enferm.* 1997; XX(231):53-56.
- Bueno Alfaro, Faustino. Protocolo de curas para atención primaria. *Sal Ciencia* 1990; 1(5):167-177.
- Busquet Durán, X; Porta Serra, M; Jarrod, M; Busquet Mas, C; Sánchez Blanco, AM, y Duocastella Bastardes, P. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Aten Primaria* 1994; 13(6):291-298.
- Cabedo García, VR; Serra Roig, A; Vaquer Vadell, A; Cantos Escudero, R; Minuesa González, E; Arce Juan, T, y García Ibáñez, C. La prescripción de inyectables por vía intramuscular: estudio comparativo. *Aten. Primaria* 1992; 9(1):13-18.
- Cabello Sediles, Ana; Lacarta Vicioso, Pilar; Esquivias Jaramillo, Carmen; Martínez Merodio, Pilar; Sáez Lavilla, Carmen y Lou Arnal, Salvador. Atención domiciliaria. P.A.E. y diagnósticos de Enfermería. *Rev. Rol de Enferm.* 1992; XV(161):19-23.
- Cabra Lluva, Rosa Isabel; Carrasco Fernández, Beatriz; Delgado Pareja, R; Gómez Quevedo, Rosa; López Gómez, Yolanda, y Santamaría García, José María. Planes de cuidados enfermeros en cinco consultas de atención primaria del área III de Madrid. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):78-79.
- Cabrera, Sonia; Alonso, Sergio; Gorrindo Domínguez, Carmen de las Nieves; García, María Rosa, y González, Socorro. Educación sanitaria grupal a pacientes con limitación del flujo aéreo en atención primaria. *Enferm. Clínica.* 2002; 30; 12(6):301-305.
- Caja López Carmen y López Pisa Rosa M<sup>a</sup>. Enfermería Comunitaria III. Barcelona: Científicas y Técnicas SA. Masson. Salvat. 1993.
- Caja López Carmen. Enfermería comunitaria III. Atención primaria. Barcelona: Massón. 2000. 2<sup>a</sup> ed. 2003
- California State Nurses' Association en Nursing Practice in California Hospitals: A Report Based on a Study of Actual Practice in Forty California Hospitals. 1953
- Calvo Rubio Burgos M, Montero Pérez FJ, Barco Enríquez C, Tapia Berbel G y Aragón Moreno C. Impacto del programa de consulta de enfermería sobre la asistencia primaria. *Aten Primaria* 1989; 6: 566-71.
- Calzada Gómez, M<sup>a</sup> Luz; Heierle Valero, Cristina y González Carrión, Pilar. Evaluación de un instrumento para medir el clima social en los Centros de Salud. *Index Enferm.* 1993 Jul-1993 ; II(6):12-15.
- Campbell C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona. Doyma 1987.
- Campo Osaba, M Antonia; García Gutiérrez, Celia; Val García, JL del; Núñez Juárez, Esther; Figueiras Novelle, Guadalupe y Gascón Segundo, Dolors, Descriptores de resultados enfermeros en Atención Primaria. *Metas Enferm.* 2004; VI(61):18-22.

- Campo Osaba, M Antonia; Oriach, MR; Viladot, A; Espinalt, A, y Fernández, C. Servicios de cuidados enfermeros según modelo conceptual de Virginia Henderson: implantación, resultados y costes. *Metas Enferm.* 1999; II(13):8-14.
- Capillas Pérez, Raúl; Cabré Aguilar, Victoria; Gil Colomé, Anna María; Gaitano García, Amparo, y Torra i Bou, Joan Enric. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras vasculares y por presión. *Rev. Rol Enferm.* 2000; 23(1):17-24.
- Carbelo Baquero, Begoña; Casas Martínez, M<sup>a</sup> Francisca; Rodríguez de la Parra, Sonsoles, y Romero Llord, Marta. Los cuidados de enfermería y el sentido del humor ¿Un tratamiento enfermero?, ¿un reto?. *Med Fam* 1997; 30; 7(6):377-381.
- Casajuana Brunnet J. El trabajo médico-enfermera. *Aten Primaria* 1998; 22 supl 1: 49-57.
- Casamada Humet, Nuria. Apósitos hidrocoloides en atención primaria. *Metas Enferm.* 1999; II(16):21-29.
- Castanedo Pfeiffer, Cristina; García Gómez, A; García Revilla, P, y Redondo Figuero, C, Reflexiones sobre un programa de prácticas de Enfermería Geriátrica en un centro de salud con perfil geriátrico. *Gerokomos* 2004; 15(1):28-34.
- Castro Delgado, Rafael; Arcos González, Pedro, y Cuartas Álvarez, Tatiana. Preparación del personal sanitario en un área de salud de Asturias altamente industrializada para responder ante un desastre industrial. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 31; 77(5):639-655.
- Cebrián Pujol, Helia, Enfermera. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001; 28(supl. I):45-46.
- Cia J., Blasco M., Rodrigo C., Monzón P. El camino de Santiago y los Hospitales de Zaragoza en los siglos XIII al XV. *Híades. Actas IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería.* 2001; 8: 291-297.
- Cia J., Blasco M., Los Hospitales de Zaragoza dedicados al cuidado de Peregrinos durante los siglos XIII al XV. Cuadernos de Aragón 27. *Institución Fernando el Católico (C.S.I.C.) Zaragoza* 1995; 33-39.
- Cid Losada, Purificación; Florencio Bellido, María del Carmen; Jurado Hernández, Rosario; González Burguillos, José Ángel, y Aparcero Bernet, Luis Alfonso. Alta de enfermería hospitalaria a pacientes de urología. *Rev. AE ATS Urol* 1998; 31; 66:64-68.
- Circular 18/86 de 17 de abril. Consejería de Salud. Sevilla. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA)
- Clavería Señas, Magín. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enferm Cientif.* 1997 May-1997; 182-183:49-54.
- Cobas Couto, Elvira; Fernández Puente, Elvira; Castro Pastor, Avelino; Fernández Cao, M<sup>a</sup> José, y Varela Feal, Nuria E. Análisis de los registros de la vacunación antitetánica de los individuos que acuden a un consultorio local. *Enferm Cientif.* 1996; 28; 166-167:15-20.

- Cobas Couto, Elvira; Movilla Fernández, M<sup>a</sup> Jesús; Noval Cinza, J; Romero Martín, Manuel, y Varela Feal, Nuria E. Protocolo de actuación de enfermería ante la aparición de un shock anafiláctico en la visita domiciliaria. *Cad Aten Primaria* 1997; 4(4):203-205.
- Cobb Leahy. Enfermería de Salud de la Comunidad. México: La prensa médica mexicana, 4<sup>a</sup> ed. 1984.
- Cohen B.I. Florence Nightingale. *Investigación y Ciencia*; 1992, páginas 92-100.
- Colborn T, Peterson MH y Dumanoski D. *Nuestro futuro robado*. Madrid Eco-España y Vida Sana. 1997
- Colomina Fuentes, Penélope; Lucena Aguilera, M<sup>a</sup> Carmen; Toledano Estepa, Manuel; Vaquero Abellán, Manuel; Barrios Blasco, Luciano; Domínguez Ramírez, Antonia; Herruzo Caro, Beatriz, y Muñoz Alonso, Adoración. La cartera de servicios de enfermería en atención primaria: Doppler y diabetes. *Enferm. Cientif.* 2000; 30; 224-225:25-29.
- Coma Colom, Concepción y Montesinos Molina, I. Transformación de la actividad de un Servicio de vacunaciones en un Ambulatorio (C.A.P.), a un Área Básica de Salud (A.B.S.). Pauta protocolizada. *Enferm Cientif.* 1993; 139:23-24.
- Consejo General de Enfermería. Código Deontológico. Madrid. 1988:85
- Contreras E. Presidente de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. *Discurso de inauguración del III Congreso*, www.asanec.es. (10 de Junio de 2003)
- Córcoles Jiménez, M<sup>a</sup> Pilar; Moreno Casbas, M<sup>a</sup> Teresa; Comet Cortés, P; Orts Cortés, Isabel; Gómez Lorenzo, Isabel; Martínez Ibáñez, M<sup>a</sup> Ángeles; Ruiz Gómez, Teresa; Lorenzo Díaz, Marca; Romero González, Antonia; Martín Arribas, M<sup>a</sup> Concepción; Sancristán, Carmen; Martín Acero, Teresa; Díaz, Esperanza, y Grupo de Trabajo del ECPT, Enfermeras. Conocimientos de los profesionales de enfermería de atención primaria con relación a la prueba de intradermorreacción de Mantoux. *Enferm Clínica* 2002; 31; 12(4):135-142.
- Corominas Clemente, Cristina; García, J; Muela, AM; Muñoz, RI; Pinar, R y others. Formación de Enfermería en Atención Primaria de Salud. *Enferm Cientif.* 1994; 31; 144-145:61-66.
- Corral Santoveña, R; Cañas Sancho, JJ, y Fernández Rodríguez, P. Encuesta de opinión sobre el personal de enfermería de Atención Primaria en la visita domiciliaria. *Cent Salud* 1995 Feb; 3(2):109-112.
- Corrales, D; Galindo, A; Escobar, MA; Palomo, L, y Magariño, MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25(4):214-219.
- Corrales Nevado, Dolores. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18 (10): 577-80.
- Corrales Nevado, Dolores. Organización, funciones y eficiencia de enfermería. *Rev. Rol Enferm.* 1998; Año XXI(244):11-15.

- Cruz Cañas, Eva; Vázquez Gallego, Josefa; Aguirre Trigo, V; Fernández San Martín, MI; Villagrasa Ferrer, José R, y Andradadas Aragonés, V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Aten Primaria* 1994 May; 13(9):469-473.
- Cuesta Benjumea Carmen de la (coord.). Jiménez Larrea Cristina, Larrosa Ferreira Angelita y Presser Juste Ernestina. *Salud Pública*. Madrid: UNED. 1981
- Cuesta Benjumea, Carmen de la. I Jornadas Nacionales de Enfermería: Reforma de la Enfermería en la Atención Primaria. *Rev. Rol Enferm* 1986; Año IX(91):44-46.
- Investigación Cualitativa. *Index Enferm*. 2000; IX (28-9):7-8.
  - Estrategias de futuro para el desarrollo de la Enfermería Comunitaria. *Metas Enferm*. 2004; 7(2):60-63.
- Dalfó Baqué, A; Gibert Llorach, E; Vila Coll, MA, y Sabartés Saperas, Teresa. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial: ¿es relevante el papel del personal de enfermería? *Aten Primaria*. 2000; 31; 26(3):180-183.
- Darias Curvo, Sara; Leal Felipe, Milagros; Arias Hernández, Mercedes; Cabrera Figueroa, Julián, y Alonso Díaz, Montserrat. Opinión de los profesionales sobre el informe del alta de enfermería. *Metas Enferm*. 1999; II(19):22-24.
- Dasí M. José; García María José; Antó Boqué Jose M<sup>a</sup>; Banús Guerrero Andreu y Portella Argelaguet Eduardo. *Salud Pública*. Madrid: UNED. 1983
- Delgado Arranz, J; Herán Hernández, MD; Laorden de la Macorra, M<sup>a</sup> Jesús; Navarro Jiménez, M; Quesada Amorós, M, y Vega Santamaría, R. Una experiencia de trabajo de enfermería en atención primaria de salud. *Rev. Rol Enferm* 1985 Jul-1985 Jul 31; Año VIII(84-85):29-34.
- Domingo, Rafael; Villacañas, Emilia; Cantero, M Pura; Nieto, Esther; Monleón, Manuela; Diz, Jorge; Pino, Benito del; Casado, Amparo; Sánchez, Covadonga, y Domínguez, Margarita. Tiempos estimados en las intervenciones de enfermería a domicilio: validación y consenso. *Enferm Clínica* 2003; 30; 13(6):337-347.
- Donahue M.Patricia. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma. 1993
- Duanys Neyra, Norbelis y Llorente, Yasell B. Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud. *Rev. Cubana Enferm*. 2000; 16(3):180-184.
- Duarte Climents, Gonzalo; Montesinos Afonso, Nieves; Sarduní Querol, Ángel; Sicilia Sosvilla, I, y Aparicio Parrado, Claudio. Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. *Enferm Clínica* 1998; 31; 8(5):203-209.
- Duarte Climents, Gonzalo; Pérez Díaz, Gálata, y Montesinos Afonso, Nieves, Enfermero/a. Diagnósticos de enfermería en niños/as de 2 a 5 años incluidos/as en el Programa del Niño Sano. *Metas Enferm*. 2001; IV(41):39-44.
- Dummer Mary Jo Clark. Virginia. *Community Nursing*. N.York: Reston Publishing Company, Inc.1984.

- Dupuy Layo, M<sup>a</sup> José; Marín Torrens, Rosa M<sup>a</sup>, y Donat Colomer, Francisco. Promoción de salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rev. Rol de Enferm.* 1994; 193:17-23.
- Duro Martínez, Juan Carlos. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2002; 31; 76(5):545-559.
- Duro Martínez, Juan Carlos. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 31; 77(5):615-627.
- Edeso Hedo Jorge y Torres Cabrero Raquel. Antropología, alimentación e inmigración en Zaragoza. *Index Enferm.* Año XII(42):92
- Elías Castells, Àngels; Piqué Sánchez, Joan Lluís, y Torra i Bou, Joan Enric. Reforma de atención primaria en Cataluña: un nuevo rol de enfermería. *Rev. Rol Enferm* 1989; XII(134):12-18.
- Escobar Bravo, Miguel Ángel. Úlceras por presión en atención primaria: frecuencia y características. *Rev Rol Enferm.* 1998; XXI(237):55-58.
- Escobar Bravo, Miguel Ángel; Galindo Casero, Antonio, y Palomo Cobos, Luís. Criterios de selección de preguntas para un cuestionario sobre organización y funciones de enfermería en atención primaria. 1999 Nov; II(20):25-28.
- Espejo Matorrales, Flora. Relación Atención Primaria-Atención Especializada. *Rev. Rol Enferm* 1998; XXI(233):13-17.
- Espejo Matorrales F. Granda Menéndez MC, Custey Male MA, Sánchez Miró J. ¿Es satisfactorio trabajar en atención primaria?. *Rev. Rol Enferm.* 1990; (148):21-24.
- Espinaco Garrido, María José; Ruiz Plaza, José Manuel, y Román Oliver, José. Educación sexual. Experiencia en centros educativos. *Rev. Rol de Enferm.* 1999; 22(11):795-802.
- Espinosa, JM; Burgos, ML; Muñoz, F, y Salazar, JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. *Aten Primaria* 1992; 10(5):761-765.
- Farell, Marie y Flynn, Beverly. Rol de enfermería en atención primaria. *Rev. Rol Enferm* 1984; Año VII(72-73): 40-45.
- Faura Vendrell, Teresa; Roigè, Mercè; Serra, Rosa; Ortega, Cristina; Monegal, Mariona; Roigé Boté, Ana, y Caja, Carmen. Prevalencia del síndrome de burn-out en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enferm Clínica* 1995; 30; 5(3):105-110.
- Feito, M Alicia; Bozzolo, Silvana; Calvo, M Silvia, y Larrain, Ana I. Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos. *Enferm. Clínica.* 2001; 30; 11(6):256-261.
- Fernández Camiñas, José Antonio y Machín Fernández, Antonio Javier. Autovaloración de la importancia de diversos problemas de salud por profesionales de Enfermería y Medicina de la provincia de Lugo. *Cen Salud.* 1998; 6(2):116-119.



- Fernández Collado, Epifanio. *Memoria de Tesis Doctoral*. Alicante: Universidad de Alicante. 2005
- Fernández García, M<sup>a</sup> Rosa; García Jorge, RM, y Melero Pellicer, Isabel. Cuidados de enfermería en la osteoporosis: educación sanitaria en atención primaria. *Rev. Rol de Enferm*. 2000; 23(3):193-195.
- Fernández Ruiz, M<sup>a</sup> Luisa y Sánchez Bayle, M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanitaria* 2003; 28; 17(1):5-10, v. mar.
- Fernández San Martín, MI; Villagrasa Ferrer, José R; Gamo, M<sup>a</sup> Fe; Vázquez Gallego, Josefa; Cruz Cañas, Eva; Aguirre Trigo, V, y Andradas Aragonés, V. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios en un área de Madrid. *Rev Esp. Salud Pública* 1995; 30; 69(6):487-497. Notes: Madrid (España)
- Fernández, Margarita; González Montes, Alfredo; Galiama, Luis, y Amandi González, Fe. El alumno de enfermería en la asistencia primaria de salud. *Enferm. Cientif*. 1984; 31:7-15.
- Figueiras Guzmán, Adolfo; López-Álvarez, XL; Monteagudo-Romero, J, y Taboada-Rodríguez, XA. VIH/Sida en atención primaria: opiniones y necesidades de los profesionales sanitarios gallegos. *Aten Primaria*, 1997; 20(6):319-323.
- Flores Bienert, M<sup>a</sup> Dolores; Armero Barranco, D, y García Herrero, Mercedes, Profesora Titular de Educación para la Salud<sup>1</sup> / Profesor Ayudante<sup>2</sup> / Enfermera. Funcionaria del ISSORM<sup>3</sup>. La enseñanza de la educación para la salud en la diplomatura de enfermería vista por el alumno. *Enferm Cientif*. 2002; 31; 246-247:5-15.
- Forcén Beltrán, M<sup>a</sup> José; Fernández Fortún, Tomás; Used Vintanel, Carmen; Sánchez Mainar, Amor; Gonzalo Til, Ascensión, y Lahuerta Pérez, Eva. Evaluación de la actuación preventiva sobre cáncer de mama desde atención primaria. *Cuid Salud* 2000; 2:4-7.
- Fornés Vives, Joana, Profesora de Ciencias de la Conducta y Enfermería Psiquiátrica. Corresponsabilidad de enfermería en un equipo de salud. *Rev. Rol Enferm* 1990; XIII(145):33-36.
- Franch Ferrer, M; Puigvert Vilalta, Margarita, y Puigvert Vilalta, Carmen. Alteración de la necesidad de eliminación: incontinencia urinaria. *Rev AE ATS Urol*. 1997; 31; 65:35-39.
- Frías Antonio y Palomino Pedro. Marco conceptual de Enfermería Comunitaria. Modalidades de atención y su organización en atención primaria. En: Mazarrasa. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana. 1996.
- Frías Osuna, Antonio; Pino Casado, Rafael del; Germán Bes, Concepción; Alguacil González, F; Cantón Ponce, Dolores; Pulido Soto, Adoración; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D, y Romero Aranda, Ana María. Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm Clínica* 1993; 30; 3(3):102-108.

Frías Osuna Antonio. (Coord.) *Enfermería Comunitaria*. Madrid: Masson. 2000.

- *Salud Pública y Educación para la Salud*. Madrid: Masson. 2000.
- *Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso*. Madrid: Ministerio de Sanidad. 1990.
- Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Criterios y estándares de Proceso de Enfermería. *Not. Enferm.* 1991; 1(2):73-87.

Fuguet Ferrer, José; Gonzano Rubio, M, y Martínez Sellarés, R. Continuidad del plan de cuidados individualizado de un paciente geriátrico derivado por agudización de su patología. *Gerokomos* 2002; 13(1):27-31.

Fuster Caballero, Dolores; Navarro Terol, Pilar; García Garví, José Luis; Pérez Jiménez, M<sup>a</sup> Dolores; Gómez Molina, Isabel, y Ruiz García, M<sup>a</sup> Victoria. Demanda de la población a enfermería en atención primaria de salud. Albacete capital. *Enferm Univ. Albacete*. 1999; 9:12-21.

Jódar-Solá G., Cadena Andreu A., Parellada-Esquinas N y Martínez-Roldán J.. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Prim* 2005; 36 (10), 558-62.

Galindo, Antonio; Escobar, MA; Corrales, D, y Palomo, L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enferm Clínica* 2002; 12(4):157-165.

Gálvez Toro, Alberto y Poyatos Huertas, Encarnación. 18 años de investigación en Atención Primaria: una extensa producción científica. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):96-97.

Gálvez Toro, Alberto. Consejo telefónico realizado por enfermeras en atención primaria. *Index Enferm* 2001; X(32-33):60-62.

Gálvez Toro, Alberto. Producción científica de la enfermería española en atención primaria. *Metas Enfer.* 2001; IV(34):24-30.

Gálvez Toro Alberto, Amezcua Manuel, Hueso Montoso César y Núñez Negrillo Ana M<sup>a</sup>. Repercusión de las revistas extranjeras de enfermería citadas por las enfermeras española en el año 2002: una década de evolución. *Index Enferm.* 2003; 43:76-79

Gálvez Toro Alberto, Hueso Montoso César, Núñez Negrillo Ana M<sup>a</sup> y Amezcua Manuel, Impacto 2002 de las revistas españolas de enfermería y su evolución en los últimos diez años. *Index Enferm.* 2003; 42:73-77.

Gálvez Toro Alberto, Hueso Montoro César y Amezcua Manuel. Revistas internacionales de enfermería: comunidad científica hispano-portuguesa (año 2002) *Index Enferm.* 2005; 50:73-77.

García Alcaraz, Francisco. Vacunación antigripal en pacientes con riesgo cardiovascular. *Enfer. Univ. Albacete* 1990-1994. Albacete. 1995; 5:31-39

García Bermejo, S; Lekube Angulo, K; Andikoetxea Agorria, A; Solar Barruetabeña, M, y Olaskoaga Arrate, Adela. Características socioeconómicas, problemas y

- necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1997; 20(5):230-236.
- García Chamorro, M<sup>a</sup> Isabel. Técnicas oftalmológicas básicas. *Rev. Rol Enferm* 1994; 187:27-32.
- García García, M<sup>a</sup> Paz y Busto Pico, M<sup>a</sup> Soledad. Historia del desarrollo del Nuevo Modelo de Atención Primaria de Valladolid. Evolución de la enfermería desde el Modelo Tradicional al Nuevo Modelo. *Index. Enferm*. 1999; VIII(24-25):89.
- García García, Manuel. Cómo extraer un tapón de cerumen. *Rev. Rol Enferm* 1994; XVII(191-192):93-95.
- García Grande, Sonsoles; Pastor Agudo, Rosario, y Puche Togores, Emilia. Modificación de hábitos alimentarios. *Metas de Enferm*. 1998; 10:15-19.
- García Laborda, Ana, Enfermera Psiquiátrica. Socióloga. Consultoría de enfermería en salud mental para atención primaria. *Cul Cuidados* 2001; Año V(10):30-35.
- García Laborda, Ana; Bermejo Caja, Carlos J, y Megías Lizancos, Francisco. Satisfacción profesional de las enfermeras. Un estudio en el Área 10 del INSALUD de Madrid. *Rev Rol Enferm* 1996; XIX(219):38-42.
- García Maeso, Tomás; Cuevas Moreno, M<sup>a</sup> José; Cantarero Lafuente, Lourdes, y Martínez Martínez, M<sup>a</sup> Isabel. Tabaquismo y diabetes: una intervención protocolizada. *Rev Rol de Enferm*. 1998 Jun; XXI(238):37-41.
- García Martín-Caro Catalina. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Harcourt. 2001.
- García Megido, Isabel. Formación pregrado de Enfermería en Salud Comunitaria. A propósito de un método activo. *Rev. Rol Enferm*. 1991; XIV(155-156):39-46.
- García Olmos, L; Arias, P; Barrios, M; Cuesta Benjumea, A de la, y Aguado, M. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Aten. Primaria* 1992; 9(4):187-191.
- García Sánchez, M<sup>a</sup> Matilde; Raña Lama, Camilo Daniel; Castro Rodríguez, M<sup>a</sup> Pilar; Romero Martín, Manuel; Sampedro Moreno, Cándido, y García Gómez, José. Estudio de los pacientes diabéticos en un Centro de Salud. *Enferm Cientif*. 1992; 127:4-11.
- García Sánchez, M<sup>a</sup> Matilde; Raña Lama, Camilo Daniel; Isasi Fernández, Carmen, y Novo, C. Actitudes de Enfermería de Equipos de Atención Primaria ante la Comunidad. *Enferm. Cientif*. 1994; 146-147:4-15
- García Sanz, Gabriel y Almodóvar López, M<sup>a</sup> Ángeles. Plan de cuidados nº 47: inadaptación a la imagen corporal y autocuidados. *Comunic Enfermera* 1998; 2(11):7-9.
- García Suso Araceli. Vera Cortés Manuel Luis y Campo Osaba M<sup>a</sup> Antonia. *Enfermería comunitaria: bases teóricas*. Madrid: Paradigma. 2001
- García Vallejo, R, Enfermero. Los alumnos realizan prácticas de enfermería comunitaria ¿cómo evaluarlas?. *Rev. Rol Enferm*. 2003; 26(3):69-72

- García Vallejo, Raúl; Martínez Hernández, Enriqueta; Amal Selfa, Rosa, y Cañada Dorado, Asunción. Trabajar con método científico. *Rev Rol Enferm* 2004; 27(1):15-18.
- García Velázquez, María del Castillo, Enfermera. Un anciano sano: plan de cuidados basado en la teoría de D. Orem. *Gerokomos* 2002; 13(1):17-26.
- García Vilchez, AM; Bonilla Puertas, E, y Rubio Jaime, A. Valoración al alta de enfermería: un método científico para cuidar. *Gerokomos* 2000; 11(1):24-30.
- Garvi García, Miguel; García Retamar, Sonia, y Villa Andrada, José M<sup>a</sup>. La población inmigrante desde la perspectiva asistencial. *Enferm. Cientif.* 2003; 256-257:26-30.
- Germán Bes, Concepción y Calle, J. S.H.I.V.A. Sistema Hospitalario de Información y Valoración de la Autonomía. *Index Enferm.* 1993; II(4-5):41-47.
- Germán Bes Concha, Zunzunegui Victoria, Luna Juan de Dios, Pedraza Miguel. El control de la hipertensión arterial en atención primaria: evaluación de un programa de autocuidados. *Atención Primaria.* 1994; 13(1):3-7
- Germán Bes, C. Tomás Aznar C. Moreno Aznar, L. Escenarios de aprendizaje en Educación para la Salud en la diplomatura de Enfermería. Teruel. III<sup>a</sup> *Actas de las Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud.* Del 11 al 13 de Septiembre de 1997.
- Germán Bes C. y Marcén Letosa JJ. Medio Ambiente y Salud. En: Sánchez y col. *Enfermería Comunitaria 1.* Madrid. McGraw Hill Interamericana. 2000
- Germán Bes Concha.
- Diagnóstico de Enfermería en Atención Primaria. *Actas Jornadas.* Sevilla: Colegio Enfermería 1990: 72-5.
  - Germán Bes Concha. Entrevista. *Boletín de Enfermería Comunitaria.* 1996: 5-7.
  - *Pensamiento y cuidados visibles e invisibles en los últimos 25 años en España.* Diploma de Estudios Avanzados. Septiembre de 2003. Universidad de Zaragoza. N. p.
- Gervás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria;* 2001; 28: 472-7.
- Gérvas, Juan; García, Ester, y Pérez Fernández, Mercedes. Información en enfermería de atención primaria: ¿cómo se obtiene y utiliza? *Rev. Rol Enferm* 1990; XIII(137):13-17.
- Gil, F; Gil, S; Fontova, MA, y Climent, C. La consulta de Enfermería en la atención al enfermo crónico. *Not. Enferm.* 1991; I(10):569-575. Notes: Granollers, Barcelona (España)
- Girbau García M<sup>a</sup> Rosa. *Enfermería Comunitaria I.* Barcelona: Masson. 2002.
- Gómez Galán, Rafael; Peña Tejeiro, Esperanza de la; Garrido González, Joaquín; Sanz de la Torre, Juan Carlos; Herrero Olea, Aurora, y López Gómez, M<sup>a</sup> José. Perfil socio-cultural de la primera relación sexual en mujeres. *Enferm Cientif.* 2000; 220-221:30-33.

- Gómez Sal, P y Gavilán Alba, Silvia. Organización de enfermería por familias en atención primaria. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):90.
- González Calatrava, Guadalupe; Caro Quesada, Raimundo, y González Barbosa, Fernando. Recomendaciones de enfermería al alta en pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Traumatismos torácicos. Celulitis odontógenas. 2004; (19). <http://ciberrevista.enferurg.com/Febrero5.htm>
- González de Haro, M<sup>a</sup> Dolores; Barquero González, Ana; Carrasco Acosta, M<sup>a</sup> del Carmen; García Padilla, Francisca M<sup>a</sup>; Sánchez Ramos, JL; Mariscal Crespo, M<sup>a</sup> Isabel, y Domínguez Bonet, Luis. Desempeño profesional en Andalucía. expectativas y dificultades en enfermería. *Rev. Rol Enferm.* 2000; 23(12):888-894.
- González Nebauer, V; Solas Gaspar, O; Bailón Gómez, R; Guerrero González, M, y Aznarez Marco, C. EASY CARE (Elderly Assesment System): un instrumento de valoración y seguimiento de ancianos y crónicos en Atención Primaria. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):88-89.
- González Pascual, Juan Luis, Profesor. Minimización de costes en la prolongación extrahospitalaria de la profilaxis de la trombosis venosa profunda. *Metas Enferm* 2004; 7(5):8-12.
- González Rodríguez, Angustias. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enferm. Cientif.* 2001; 234-235:33-40.
- González Ruiz, JM; Ayuso Gil, M<sup>a</sup> Encarnación; Recuero Tejeda, E; Rodríguez Oliva, AE; Díaz González, E, y Blanco Rodríguez, José María. Monitorización de la incidencia y prevalencia de los pacientes con úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12(3):132-141.
- González Soriano, Magda; Risco Otaolaurruchi, Concepción, y Freixas Pascual, María Jesús. Evolución de las publicaciones de salud Pública y enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm. Clínica* 1997; 7(5):217-225.
- González Zapata, Benjamín; Marqués Andrés, Manuela; Pérez Vaquero, Isabel, y Prada García, Justina de. Proyecto de programa sobre alimentación y nutrición en el embarazo. *Sal Ciencia* 1990; 1(5):178-184.
- Gracia Ortuño, Antonio. Diez preguntas de atención primaria. *Enferm Cientif.* 1988; 80:15-21.
- Granollers Mercader, Silvia; Pont Ribas, A, y Úbeda Bonet, I. Tabaquismo: resultados de una intervención de enfermería en atención primaria. *Enferm Clínica* 1991; 1(4):105-110.
- Granollers Mercader, Silvia y Pont Ribas, A. Cuidados de enfermería en atención primaria: diagnóstico y seguimiento de problemas de salud. *Aten Primaria.* 1993; 11(2):64-68.
- Grau Fibla, G; Solas Gaspar, O; González Nebauer, V; Gayarre Jorge, R, y Fernández Jiménez, A. Utilización del COOP/Darmouth en Atención Primaria para la valoración de la calidad de vida de los usuarios mayores de 65 años. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):89.

- Guillén Ramos D, Puxan Romagosa R. la enfermera en el equipo de atención primaria. *Aten Primaria* 1990; 7:407-408.
- Guirao i Goris, Josep Adolf; Moreno Pina, Patricia, y Martínez del Campo, Paloma. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". *Enferm. Clínica* 2001; 11(4):135-140.
- Guilbert. *Guía pedagógica de la OMS para el personal de salud*. Universidad de Salamanca. 1979.
- Hernández Adeba, Remedios; Rodeño Abelleira, M<sup>a</sup> Ángeles, y Novo Casal, Carmen. Estudio sobre el cuidado de los catéteres implantados subcutáneos de acceso directo. *Enferm Científ.* 1998; 190-191:57-59.
- Hernández Borges, Yamilka; Bernardo Crespo, Ivonne; Catalá Navarro, Isabel, y Domínguez Ramos, María del Carmen, Enfermera. Ejercicio Físico en Pacientes Geriátricos . 2003. *Medwave* \2003\Diciembre\8.act.htm.
- Hernández Conesa, J. [Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería](#). Madrid: Interamericana, 1995.
- Hernández Costales, Isabel; Acanda Díaz, Maritza, y Rodríguez Torres, Caridad, Enfermeras. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. *Rev. Cubana Enferm.* 2003; 19(3).
- Hernández Martín Francisca. *Historia de la Enfermería en España desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis. 1996
- Hernández Francisca, Pinar M<sup>a</sup> Eugenia y Moreno M<sup>a</sup> Angeles. Reseña histórica del Seminario Permanente de H<sup>a</sup> de la Enfermería. *Híades*, 1995; (2):21-26
- Hernández Vergel, Lázaro Luis; Rodríguez Brito, Martha Elena; Jiménez Pérez, Mireya, y Rangel Marín, Fany, Enfermeras. Imagen social de la enfermería. *Rev. Cubana Enferm* 2003; 19(1).
- Herrero Narváez, E; Torra i Bou, Joan Enric, y Martínez Climent, M. Utilización de un colchón alternante de aire en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión en una paciente de atención domiciliaria. *Gerokomos* 2000; 11(2):95-101.
- Hill Lyda y Smith Nancy. *Self-Care Nursing*. Englewood: Prentice-Hall. 1985
- Hofstadt Roman, Carlos J van der; Baena Hernández, Carmelo; Sánchez Escámez, Antonia, y Mira Solves, JJ. Organización del trabajo de enfermería en Atención Primaria y satisfacción y estrés laboral: Enfermería Comunitaria versus Enfermería por programas. *Cent Salud* 1995; 3(10):757-760.
- Icart Isern, M<sup>a</sup> Teresa; Icart Isern, M<sup>a</sup> Carmen; Pulpón Segura, Anna M; Mena Sánchez, J; García de las Mestas Castilla, AM, y Carrés Esteve, L. Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios. *Aten. Primaria.* 2001; 28(4):263-268.
- Icart Isern M<sup>a</sup> Teresa. Guardia Olmos Joan e Isla Pera Pilar. *Enfermería Comunitaria II: Epidemiología*. Barcelona: Masson 1996. 2<sup>a</sup> ed. 2003.
- Infante Alberto, Alvarez Teresa, Germán Concha y col. *Cambio Social y Crisis Sanitaria*. Madrid: Ayuso 1975.

- Izquierdo Carrasco, JM; Pérez Badía, María Belén; Ramírez Rodríguez, Francisco José; Serrano Escalona, Inmaculada; Torres Montero, MD, y Conde Lara, G, DUE. Implantación del proceso enfermero. *Rev. Rol Enferm.* 2002; 25(7-8):8-13.
- Jarvis Linda L. *Community health nursing. Keeping the public healthy.* Philadelphia: 2ª ed. F.A.Davis Company. 1985.
- J.Jiménez villa. Investigación en APS: hacemos los necesario? *Aten Prim* 2005; 36 (8), 415-23.
- Jiménez Madero, Inmaculada; Marín Campaña, Ana María, y Paneque Sánchez-Toscano, Inmaculada. Continuidad en los cuidados. Informe de enfermería al alta en urgencias traumatológicas. 2004; 21. <http://ciberrevista.enferurg.com/abril/5>
- Jones Mallada, Cristina; Hidalgo García, Raquel; Fuentelsaz Gallego, Carmen; Moreno Casbas, Teresa, y Hernández Faba, Eva. Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería en el sistema nacional de salud. *Metas Enferm* 2004; 7(5):28-32.
- Jordán Gil, I; Blázquez Moreno, V; Bendicho Rojo, C; Gayarre Jorge, R; Martínez Martínez, S; Pellejero Gracia, C, y Torcal Casado, C. Catálogo de actividades de enfermería en Atención Primaria. *Index Enferm.* 1995; IV(12-13):99-100.
- Joyce V. Zerwekh, Ed. Commentary: Going to the people - Public Health Nursing today y tomorrow. *A.J.P.H.* 1993; 12: 1676-1678.
- Juanola Pagés, Mª Dolores; Blanco Sánchez, Rafaela; Cónsul Giribet, María, y Zapico Yáñez, Florentina. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). Atención Primaria de Salud. *Index Enferm.* 1998; 8(6):254-262.
- Kathleen M. Leahy, M. Marguerite Cobb y Mary C. Jones. *Enfermería para la salud de la comunidad.* México: La prensa médica mexicana. 1977.
- Kérouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André y Major Francine. *El pensamiento enfermero.* Barcelona. Masson, 1996.
- Klainberg Marilyn, Holzemer Stephen, Leonard Margaret y Arnold Joan. *Community Health Nursing. An alliance for health.* N. York. Mc Graw-Hill nursing core series. 1998.
- Lacarta Vicioso, Pilar; Arto Serrano, Asunción; Sediles Cabello, Ana; Esquivias Jaramillo, Carmen; Monge Campo, José Antonio, y García Aranda, Concha, Un rol propio en Atención Primaria: Experiencia práctica en un Centro de Salud. *Rev.Rol Enferm.* 1990; XIII(142):19-24.
- Laflor Carot, Mª Victoria y Bernalte Benazet, Álvaro. Diagnóstico de la enfermería del distrito universitario de Cádiz de Atención Primaria de Salud. *Enferm. Cientif.* 1995; 154-155:37-44
- Laflor Carot, Mª Victoria; Bernalte Benazet, Álvaro, y Panal Garrido, F. ¿Qué hacen los enfermeros de E.B.A.P.? *Enferm. Cientif.* 1998; 194-195:39-42.
- Lanuza Usieto, Mª Esther y Cabré Verdú, Mª Montserrat. Trabajos de investigación de alumnos de enfermería en las prácticas de atención primaria. *Index Enferm.* 1996; V(16-17):90-91.

- Lanza Velasco, Consuelo, Enfermera Matrona. Gestación consciente. *Horizonte Enferm.* 1992; 3(2):78-83.
- Lara, Norma; Sánchez, Adelita, y Contreras, María Elena, Profesora. El aprendizaje multiprofesional en el primer nivel de atención en salud, una propuesta para su evaluación. *Horizonte Enferm.* 1999; 10(1):19-29.
- Larrea Killinger, C y Plana, M. Las salas de espera, reflejo de las contradicciones de la organización sanitaria. *Jano.* 1994; 1074:67-74.
- Lavín Bollain, M<sup>a</sup> Rosario; Blas, Aurora de; Gutiérrez Padilla, Leonor; Elena, Pilar, y Fuente, Florencia de la. Informe de alta de enfermería: experiencia coordinada: Hospital de Laredo-Atención primaria. *Nuberos.* 200; 6(22):8-11.
- Legarra, A; Giacchi, A; Recalde, I, y Sergio, A. Demencia senil. *Rev. Rol Enferm* 1992; XV(167-168):16-21.
- Leahy Kathleen M., Cobb M. Marguerite y. Jones Mary C. *Enfermería para la salud de la comunidad.* México. La prensa médica mexicana. 1977.
- Lerma García, D; Garrido Miranda, José María, y Arrazola, Marcelina. Pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Rev. Rol Enferm.* 2001; 24(10):66-70.
- Llauger MA, Muñoz J, Solá M et al. Motivos de citación médica y de enfermería en un centro de asistencia Primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 1990; 7:190-193.
- Lledó Rodríguez, F; Torres Rayo, Pedro; Barrionuevo de la Torre, Ana, y Cruz Mondejar, M. Actuaciones de enfermería en una piscina municipal e incidencias más comunes. *Inquietudes* 1999; IV(16):27-33.
- Llor, Bartolomé; Saturno, Pedro J; Gascón, Juan J; Saura, J; López, María J; Sánchez, Montse; Blasco, José R, y García, Mariano. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. *Enferm Clínica* 2002; 12(1):22-28.
- Lomas Campos, María de las Mercedes; Lima Rodríguez, JS, y Lagares Vallejo, Eloisa. Docencia práctica de enfermería en Salud Pública: evaluación de cinco años de experiencia. *Enferm. Cientif.* 1996; 176-177:66-80
- Lomas Campos, María de las Mercedes; Álvarez Leiva, M<sup>a</sup> del Carmen; Lima Rodríguez, JS; Alcalde Sierra, M<sup>a</sup> Carmen; Laorden de la Macorra, M<sup>a</sup> Jesús, y Lagares Vallejo, Eloisa. Descripción de la metodología seguida en las consultas de enfermería de atención primaria. Análisis del trabajo enfermero en nueve centros de salud relacionados con la E.U. Ciencias de la Salud. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):85-86.
- López de Castro, F. Fernández Rodríguez O. Molina Chozas M. E. Rubio Hidalgo E. y Alejandro Lázaro G.. Investigación en APS: 1994-2003. *Aten Prim* 2005; 36 (8), 415-23.
- López García, Gumer; Rodero Fons, Lola; García García, M<sup>a</sup> José, y Gérvas, Juan. Consulta de enfermería en atención primaria. *Rev. Rol Enferm* 1989; XII(136):15-18.



- López González, M<sup>a</sup> Luisa; Fernández Carreiram, Jose Manuel; López González, Santiago; Valle Gómez, M<sup>a</sup> del Olivo del; García Casas, Juan Bautista, y Cueto Espinar, Antonio. Evaluación de la implementación del programa FAPACÁN para prevenir el riesgo conductual de Cáncer en usuarios de Atención Primaria del Norte de España. *Rev Esp. Salud Publ.* 2003; 77(6):681-690.
- López López, Begoña. Elaboración de un programa de formación de alumnos en los centros de salud. *Hygia.* 1991; 16:26-28.
- López Martínez, Soledad y Rodríguez Quesador, Ana M<sup>a</sup>. Nivel de satisfacción del personal de enfermería en el distrito sanitario de Linares. *Enferm Jaén* 1997; 13:2-5.
- López Medina, Isabel María; Pancorbo Hidalgo, Pedro L; Sánchez Jurado, Laura Isabel, y Sánchez Criado, Vicente. Diagnósticos e informes de enfermería. ¿Una relación adecuada? *Rev Rol Enferm.* 2003; 26(3):62-66.
- López Morales, Manuel. Control de calidad en consulta de enfermería. *Higya* 1990; 13:5-8.
- López Palenzuela, Ainara, Diplomada en enfermería. La prevención en las visitas domiciliarias. 2004; 7(3):50-53.
- López Pisa, Rosa María y Julià Nicolàs, María Teresa. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. *Enferm Clínica* 1999; 9(5):220-225.
- López R.. Enfermería de Atención Primaria: desarrollo de sus funciones en España. *Atención Primaria*, 3,4, 1986:218-221.
- Lora Espinosa, A; Nogales Estévez, J, y Ávila Rodríguez, A. Test de Denver: aplicación en consulta de enfermería. *Rev. Rol Enferm.* 1993; 173:15-19.
- Lozano del Hoyo, M<sup>a</sup> Luisa; Arenaz Cajal, Carmen; Martínez Andrés, M<sup>a</sup> Jesús, y Cortel Vicente, Ana. Evaluación de actividades grupales informativas a hipertensos en centro de atención primaria. *Sal Ciencia.* 1993; 2(4):143-146.
- Luker Karen y Orr Jean. *Health Visiting.* Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1985.
- Macías Rodríguez, Ana Carmen; Fera Lorenzo, Diego José; Arenas Fernández, José; León López, R, y Barquero González, Ana. ¿Cómo influyen los factores familiares sobre la salud del diabético?. *Enferm Cientif.* 2000; 216-217:21-24.
- Macías Rodríguez, Ana Carmen; Mena Navarro, Francisco José; Median Cordero, Andrea; Merino Navarro, Dolores, y Marquinez Orube, Asunción. Control de calidad, realidad en una cirugía. *Enferm. Cientif.* 1998; 200-201:26-29.
- Maderuelo Fernández, JA; González Fernández-Conde, MM; Hernández Martín, M; Almaraz Gómez, A, y González Fernández-Conde, M. ¿Qué factores determinan la satisfacción de los profesionales de enfermería en atención primaria? *Aten Primaria* 1995; 16(supl.1):201.
- Magro Perteguer, R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semer* 1998; XXIV(9):711-718.

- Maldonado Chiarri, Pilar. Propuesta de temario para las oposiciones de A.P.S. Personal de Enfermería. *Enferm Cientif.* 1991; 115:38.
- Mancera Romero, J; Muñoz Cobos, F; Paniagua Gómez, F; Fernández-Lozano, C; Fernández Tapia, ML, y Blanca Barba, F. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria.* 2001; 27(9):658-662.
- Manso Martínez. M<sup>a</sup> E, Matrona. Terapeuta sexual. Sexualidad y afectividad en el climaterio. *Matronas Prof.* 2002; 8:13-20.
- Mañá González, Manuel y Mesas Sáez, Amparo. Resultados obtenidos en consulta de enfermería tras la protocolización de planes de cuidados. Experiencia en un E.A.P. de Torrejón de Ardoz. *Enferm Cientif* 1997; 184-185:34-39.
- Mañá González, Manuel y Mesas Sáez, Amparo, Enfermeros comunitarios. Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria. *Enferm Clínica.* 2002; 12(5):193-200.
- Mañá González, Manuel; Mesas Sáez, Amparo, y González López, Esther. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enferm Clínica* 2000; 10(4):135-141.
- Marco Carcelén, Ana Isabel y Jiménez Bondía, Lourdes. Proyecto de interrelación: cuidados al paciente nefrostomizado. *Metas Enferm.* 1999; II(16):16-20.
- Marco Martínez, MP y Abad Díez, JM. Atención domiciliar de enfermería en un servicio especial de urgencias: características de la población atendida. *Aten Primaria.* 2000; 25(4):248-252.
- Marcolini Roura, Pierina Paula. Salud para todos en el año 2000 por los cuidados de enfermería: Perspectivas de la enseñanza de enfermería en la atención primaria de salud. *Enferm. Cientif.* 1984; 31:3-6.
- Marquilles Bonet, Carmen; Quesada Santaulaira, Lourdes; Florensa Roca, Cristina; Piñol Jové, María Alba; Cruz Esteve, Inés, y Rodríguez Rosich, Antonio. Examen de salud de un área básica: enfermería orientada a la comunidad. *Rev Rol de Enferm.* 1997; XX(227-228):73-78.
- Marriner Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería.* Barcelona. Rol. 1989. 2<sup>a</sup> edic
- Marriner-Tomey. *Modelos y teorías en enfermería.* Madrid: Mosby/Doyma, 1994 (1<sup>a</sup> ed. Española de la 3<sup>a</sup> ed. Inglés).
- Martín Barroso Clemente. *Enfermería: presente y futuro.* Madrid: Colegio de ATS. 1978
- Martín López, M<sup>a</sup>S, Enfermera. Atención domiciliar y enfermería: Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliar como consulta de Enfermería desde Atención Primaria. *Enferm Integral* 2004; 66:XVII-XXII.
- Martín López, M<sup>a</sup>S; León Moraleda, María Isabel, y Rodríguez-Jiménez Caumel, Roberto. Detección de problemas de alcoholismo en la consulta de enfermería en atención primaria. *Rev, Rol de Enferm.* 2003; VI(56):56-61.

- Martín Martín. Et al. Los cambios necesarios para continuar la Reforma Sanitaria I. El cambio externo. *Gac. Sanit.* 1990; 19:157-67.
- Martín Robledo, Elena; García López, Francisca; Puerta Calatayud, Marisa de la; Bermejo Caja, Carlos J; Arribas Cachá, Antonio; Ávila Vivar, Beatriz; Beamud Lagos, Milagros; Hidalgo García-Consuegra, MA; Duralde Rodríguez, Esperanza, y Peñacoba Herrero, Ramona. Aplicación informática de la metodología enfermera. *Metas Enferm* 2001; IV(40):48-52.
- Martín Zurro A, Ledesma Castelfort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
- Martín, Jesús; Cortés, Alfonso; Morente, Manuel; Caboblanco, Marcial; Garijo, Javier, y Rodríguez, Alberto. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac. Sanitaria.* 2004; 18(2):129-136.
- Martínez del Campo, Paloma y Moreno Pina, J Patricia. Calidad metodológica de los artículos de investigación de enfermería. *Enferm. Cientif.* 1998; 196-197:12-15.
- Martínez del Campo, Paloma. Investigación participativa en salud. *Index Enfer.* 1999; VIII(27):50-51.
- Martínez del Campo, Paloma. Proceso y elaboración de dos guías de práctica clínica de cuidados enfermeros en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. *Actas AENTDE* 2001; IV(2):6-7.
- Martínez Marcos, M y Custey Malé, M<sup>a</sup> Ángeles. Acreditación de tutores y centros de salud para la formación básica de enfermería. *Metas de Enferm.* 1998; 1:16-20.
- Martínez Molina Ana. Ante la vida o la muerte. La actitud ético-religiosa de la Matrona (un caso de la vida real...). *Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios.* 1992 mar; 169:72-77.
- Martínez Molina Ana. *La profesión de la matrona según el tratado de Damiá Carbó* (Siglo XVI). Valencia. Fundación de Enfermería Internacional. 1994.
- Martínez Riera, José Ramón. Enfermería comunitaria: alerta roja. *Bol Enferm Comunit.* 1995; IV(4):7.
- Enfermería en atención primaria: una evolución necesaria. *Cuader. Gestión* 1996; 2(2):108-111.
  - Las úlceras de piel: necesidad de cuidados y aproximación al producto enfermero. *Cent Salud* 1997; 5(6):380-386.
  - Informe de enfermería al ingreso (I.E.I.): instrumento específico de interrelación. *Rev. Rol de Enferm.* 1999; 22(2):133-139.
- Martínez Riera, José Ramón y Martínez Cánovas, P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. *Cuad. Gestión* 1998; 4(3):152-156.
- Martínez Riera, José Ramón; Pérez Pont, I, y Martínez Canovas, Pablo, Enfermeros. Importancia de la enfermera de referencia en la actividad de enfermería en Atención Primaria. *Enferm Cientif.* 2003; 258-259:43-51.

- Martínez Roche, M<sup>a</sup> Emilia; Carrillo García, César; Nicolás Vigueras, M<sup>a</sup> Dolores; Murillo Murillo, Rosa, y Campos Aranda, Matilde. Evaluación de las enseñanzas prácticas en enfermería comunitaria. *Metas Enferm.* 2000; III(26):34-39.
- Martínez Villarreal, D y Blanco Gual, C. Evaluación de las consultas de enfermería. Experiencia en un Área Básica de Salud. *Enferm Clínica.* 1993; 3(4):142-148.
- Martínez, María A; Aguirre, Álvaro; Sánchez, Mar; Nevado, Armando; Laguna, Isabel; Torre, Alberto; Manuel, Esther; Villar, Carmen, y García-Puig, Juan. Determinación de la presión arterial por médico o enfermera: relación con la presión ambulatoria y la masa del ventrículo izquierdo. *Med. Clínica.* 1999; 113(20):770-774.
- Martínez, V y Martínez, MA. Investigación de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Publicaciones de los años 1989-90. *Enferm Cientif.* 1992; 119:18-20.
- Martos Monereo, Miguel Ángel. Justificación para la formación continuada en Ostomías. *Enferm. Cientif.* 1992; 126:11-14.
- Mazarrasa Alvear, Lucía. La formación de enfermería en atención primaria de salud. *Salud 2000.* 1989; IV(21):20-21.
- Mazarrasa Alvear Lucía, Germán Bes Concepción, Sánchez Antonio, Miralles Toni, Sánchez Ana y Aparicio Vicente. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria.* Tres Tomos. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana. 2<sup>a</sup> ed. 2003.
- Mazarrasa Alvear, Lucía; Francisco del Rey, Cristina, y Sánchez García, A. Salud pública y enfermería. *Rev. Rol Enferm.* 1996; XIX(210):65-70.
- Megías Lizancos, Francisco; Martínez Megías, Marisol y Pacheco Borrella, Germán. Apoyo de la Enfermera Especialista en Salud Mental a la Enfermera de Atención Primaria de Salud. *MedWave.* 2003 Sep. \ \Medwave\2003\Septiembre\3.act.htm
- Menárguez Puche, JF y Saturno Hernández, PJ. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten. Primaria* 1998; 22(10):636-641.
- Merino Carrillo, Juan José; Rogero Anaya, P; Martín Santos, Francisco Javier; García Díaz, Javier; Sandino Daban, Luis; Nazario Dobán, Víctor; Valladares López, J Ramón; Contreras Fernández, Eugenio, y Pérez Merino, Inmaculada. Reorientación de las actividades de Enfermería en Centros de Salud. *Rev. Rol Enferm* 1993; 179-180:82-85.
- Mínguez Arias, J y Mínguez Moreno, I. La historia de la enfermera comunitaria, una historia reciente: la consulta de enfermería. *Híades.* 2001; VI(8):479-486.
- Mira Solves, JJ y Hofstadt Roman, Carlos J van der. Modelo INCOTESP: La matrona en las tareas de información y asesoramiento en sexualidad. *Enferm Cientif.* 1987; 67:14-18.
- Molina Habas, A; Manjón Arce, P; Puerto Barber, J, y Girón Giménez, M. Aceptabilidad, fiabilidad y validez del cuestionario de problemas sociales de Corney y Clare. *Aten Primaria* 1993; 12(8):441-447.
- Morales Asencio, José Miguel; Morilla Herrera, Juan Carlos; Martín Santos, Francisco Javier; Terol Fernández, Javier, y Gonzalo Jiménez, Elena. Telecuidados.

- Posibilidades de una alternativa asistencial en enfermería comunitaria. *Index Enferm.* 2003; XII(42):44-48.
- Morales Suárez-Varela, M; Llopis González, A; Ruiz Rojo, E, y Domingo Cebrián, ME. Características de los pacientes hipertensos en un programa de seguimiento de un centro de asistencia primaria de Valencia. *Todo Hosp.* 1992; 87:27-31.
- Morales, JM. Alta hospitalaria: algo más que la entrega de un sobre [Pérez Cabezas, Francisco Javier; García Villanego, Luis. Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuye los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? *Evidentia* 2004; 1(2). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php>. 2004; Año 1(2).
- Moreno Preciado Manuel. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. *Index Enferm.* 2003; XII(42):29-33
- Morilla Herrera, Juan Carlos y Martín Santos, Francisco Javier. Consulta de enfermería para pacientes crónicos. *Rev. Rol de Enferm.* 2001; 24(6):467-471.
- Muñiz Bargados, Sierra. Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *Enferm. Cientif.* 1997; 188-189:42-45.
- Muñiz Bordas, Rosa; Domínguez Santamaría, Ana Esther, y Prieto Gondell, Araceli. Intervención domiciliaria. *Rev. Rol de Enferm.* 1992; XV(163):25-38.
- Navarro Moya, Francisco Javier; Martíne Ros, María Teresa; Viguera Lorente, María Dolores, y Rodríguez González, M<sup>a</sup> Concepción. Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Estudio. *Index Enferm.* 2002; XI(39):16-19.
- Netzel Carmen y col. *Protocolos de Enfermería*. Barcelona: Doyma, 1988.
- Nieto García, Esther y Bolaños, Eva, Responsable. Representación social de los cuidadores de pacientes dependientes. Sobre la Atención de los Profesionales de enfermería de Atención Primaria. *Index Enferm.* 2003; XII(42):14-18.
- Nieto García, Esther; Domínguez Ruiz, Margarita; Casado Lollano, Amparo; Monleón Just, Manuela; Díz Gómez, Jorge; Sánchez Pérez, Covadonga; Pino Casado, Benito del; Cantero García, Pura; Villacañas Novillo, Emilia, y Domingo Martín, Rafael, Diplomados de Enfermería. Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria. *Metas Enferm* 2004; 7(3):6-12.
- Noval Cinza, J y Calvo Mosquera, G. Vacunación antigripal en atención primaria. protocolo y consentimiento informado. *Sal Rural* 1997; XIV(14):69-81.
- Novales Aso, M<sup>a</sup> Victoria; Nogales Espert, Amparo; Pastor López, María del Pilar, y Charco Izquierdo, Josefina. Experiencia de organización de las enseñanzas prácticas en la materia de Enfermería Comunitaria desde el modelo de cuidados de H. Peplau. *Metas Enferm.* 1998; 2:33-44.
- Novales Aso, M<sup>a</sup> Victoria y Charco Izquierdo, Josefina. Enfermería comunitaria. Descripción y análisis de la materia. *Rev EUE La Fe.* 1999; 1:89-95.
- Novo Muñoz, MM; Rodríguez Gómez, JA; Sicilia Sosvilla, I; Izquierdo Mora, D, y Daroqui Agustí, P. Proceso de implantación de Diagnósticos de Enfermería en E.A.P. de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. *Index Enferm.* 1995; IV(12-13):92.

- Olesti Baiges, Montserrat; Bonet Porqueres, Ricard; Fuente García, Marta de la; Fornos Montiné, M<sup>a</sup> Teresa; Fortuny Núñez, Montserrat, y Mallo Mirón, Frederic. Hábitos tóxicos en los adolescentes de los institutos de enseñanza de Reus. *Enferm Clínica*. 2000; 10(2):63-70.
- Oliva, M. Estudio prospectivo de la evolución del sobrepeso en grupo de pacientes crónicos ambulatorios. *Aten Primaria*. 1992; 10(2):599-603.
- Olmos Carrasco, O; Miranda, C; Doria, MA, y Barrios, M. Educación para la salud en consultas de enfermería. *Rev. Rol de Enferm*. 1993; 178:29-33.
- Oltra Rodríguez, Enrique y Mediolaigoitia Cortina, Luis A de, Enfermeros. Enfermería y Cirugía Menor. Antecedentes históricos, legalidad y situación actual en Asturias. *Cent Salud* 1999; 7(4):255-260.
- Orem Dorothea E. *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Pirámide.1983.
- Ortegón Gallego, José Alejo y Zurita Mancha, Cristina. Informe de enfermería al alta de UCI. Nuestra experiencia tras 4 años de cumplimentación. *Tempos Vitales* 2002; 2(3).
- Otero, A; Morales, JF, y López-Sáez, M. Relaciones intergrupales (médicos y personal de enfermería) en los equipos de atención primaria. *Cuad Gestión* 1996; 2(1):13-22.
- Pacheco Borrella, G, Enfermero Especialista en Salud Mental. Antropólogo. Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Del manicomio a la comunidad: relato de una experiencia profesional. *Evidentia* 2004; Año 1(2). <http://www.index-f.com/evidentia/n2/21articulo.php>
- Palomino del Moral, Pedro A y Frías Osuna, Antonio. Atención primaria de salud: un análisis sobre la transición en Andalucía. *Gac Sanitaria* 1992; 6(33):269-274.
- Pardo Monzón Ana, Monzón Chavarrías Marina, Martínez Casamayor Florencia y Monzón Fernández Araceli. La inmigración en la prensa española. *Index Enferm*. XII(42):91
- Parera, Francesca; Estopá, A; Pedret, Roser; Giner, Carme; Martí, Emilia; Sanz, Júlia; Espelt, Pilar; Costa, Bernardo, y Grupo de Investigación ITG Reus-Tarragona. Intolerancia a la glucosa en atención primaria. Valor predictivo de la impresión del educador sobre su evolución a diabetes mellitus tipo 2. *Enferm Cientif*. 1999; 210-211:5-9.
- París Álvarez, M<sup>a</sup> Begoña; Pérez Ruiz de Cortázar, Carlos; Olóriz Rivas, Rosario, y Marín Ortega, Dolores. Evaluación de la formación práctica de los alumnos de Enfermería en el Centro de Salud 'Cazoña'. *Enferm. Cientif*. 1993; 133:30-34.
- Paz Baña, Aurea; Aldrey Rey, Dolores; Carbajosa Blanco, Rosario; Castiñeiras Pérez, Dorinda; Bello Cambón, Lourdes; Vidal Fernández Fernández, Manuel, y Vidal Bahamonde, Mercedes. Recomendaciones y registro de seguimiento de enfermería al alta hospitalaria y en atención primaria del paciente con sonda vesical. *Rev. AE ATS Urol* 1999; 73:44-53.
- Pedreny Oriol, R; Icart Isern, M<sup>a</sup> Teresa; Caja López, Carmen, y Maiques Azcarraga, Julia, Diplomados en Enfermería. Características del servicio de visitas domiciliarias (I). *Rev. Rol de Enferm*. 1986; Año IX(96-97):66-70.

- Peiró JM. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria. *Psicología de la salud*. 1989; 14: 1: 135-174
- Pereda Arregui, Enrique; Blaya López, Enrique; Delgado Aguilar, Herminia, y Remírez Suberbiola, José Manuel. ¿Coordinación de altas hospitalarias? *Enfuro* 2003; 87:12-13.
- Pérez Andrés, Cristina; Alameda Cuesta, Almudena, y Albeniz Lizarraga, Carmen. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud Publ.* 2002; 76(5):517-530.
- Pérez Cabezas, Francisco Javier y García Villanego, Luis. Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? *Evidentia* 2004; Año 1(2). <http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php>
- Pérez Fernández, Mercedes y Gervas, Juan. Pragmatismo en atención primaria. *Rev. Rol Enferm.* 1989; XII(131-132):14-17.
- Pérez Fernández MM, López García E, García García E, Gervás JJ. Contenido y organización de una consulta de enfermería. *Aten Primaria* 1988; 5:272-6.
- Pérez Mora, María Jesús; Mira, José Joaquín; García Alonso, Miguel Ángel; Vázquez, Isabel, y Salazar, Modesta. Enfermería comunitaria: repercusiones en los centros de salud. *Rev Rol Enferm.* 1995; XVIII(201):51-57.
- Pérez Rivas, FJ; Carrera Manchado, Concepción; López Blasco, MªA; Auñón Muelas, Ángela; García López, Mercedes, y Beamud Lagos, Milagros. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enferm Clínica* 2004; 14(2):70-76.
- Pérez Soler, César; Macián Morro, Maribel; García Marína, Piedad; Álvarez Párraga, Salustiano; Fernández Solla, José Rogelio; Sánchez López, Flora, y Moreno Molina, Rosa Encarna. Adaptación de la "Guía práctica clínica de cuidados de enfermería al adulto" al programa informático OMI-AP. *Enferm Clínica* 2004; 14(1):46-50.
- Pérez-Franco, B; Turabián, JL; Magaña, E; Manzano, J y others. Factores asociados a la participación comunitaria en la atención primaria de la provincia de Toledo. *Aten Primaria*. 1993; 12(6):339-344.
- Pingarrón Montes, Mª Teresa; Marcos Peña, Susana; Martínez Marquínez, Marta, y Sánchez Martínez, Gisela, Matrona. Visita domiciliaria de la matrona a la madre y al recién nacido. *Garnata* 2002; 17:5-8.
- Pino Casado, Rafael del; Cantón Ponce, Dolores; Alarcón Juárez, Araceli; Fuentes Martínez, Ana; navas Anguis, Vicen; Rincón Montilla, Mª Carmen, y Ruiz Cejudo, Rafaela. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. *Enferm Clínica* 2001; 11(1):3-8.
- Poletti Rosette. Enfermería como Profesión. *Actas del Primer Congreso para el desarrollo de la Enfermería*. Madrid: 1982.

- Poletti Rosette. Cuidados de Enfermería. Barcelona: Rol. 1982.
- Ponce Blandón, JA. Niño con problemas crónicos. Atención continuada de enfermería. *Rev Rol Enferm*. 1993; 181:19-23.
- Porto Porto, Benjamín; Fernández Aldao, Marian; Caramés Fariña, Sandra; Besada Montenegro, Montserrat; Fernández Freire, Oliva, y Hermida Martínez, M<sup>a</sup> José. Atención domiciliaria a ancianos: un camino para la enfermería comunitaria. *Rev. Rol de Enferm*. 1988; XI(116):21-24.
- Prados Castillejo JA. Relaciones Interpersonales en el equipo. *Aten Primaria* 1998; 22 supl 1: 57-60.
- Prats, M y Pueyo, MJ. Las familias como eje central de la organización. *Rev Rol Enferm* 2003; 26(2):70-74.
- Puig González, Luis; Martí Sotus, Maribel, y Farras Salles, Cristina. Diagnósticos de enfermería en A.P. Situación actual en la provincia de Lérida. *Enferm Cientif*. 1995; 164-165:47-53.
- Puig González, Luis; Sáez Pastor, Vicente, y Morales Jovellar, Teresa, DUE. Atención domiciliaria rural y diagnóstico enfermeros. *Enferm Cientif*. 2003; 250-251:12-19.
- Pujol Puyané, Teresa y Pujol Puyané, Celia. Cronograma de enfermería pediátrica para el desarrollo del programa del niño sano. *Enferm Cientif*. 1999; 202-203:12-19.
- Pujol Puyané, Teresa y Martí Sotus, Maribel. Evaluación de la implantación de la hoja de seguimiento de enfermería en el enfermo domiciliario. *Enferm Cientif*. 1999; 204-205:60-64.
- Ramos Calero Enrique (Coord.) *Enfermería Comunitaria: Métodos y Técnicas*. Madrid: DAE. 2000.
- Raña Lama, Camilo Daniel; García Sánchez, M<sup>a</sup> Matilde, y Méndez Pazos, M<sup>a</sup> Carmen. Satisfacción de los usuarios en atención primaria de salud. *Enferm. Cientif*. 1998; 192-193:4-9.
- Raña Lama, Camilo Daniel; Pita Vizoso, R; Conceiro Rúa, A; Fernández Fraga, I, y García Martínez, Carmen María. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el area sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enferm Clínica* 2004; 14(2):77-82.
- Rayón Valpuesta, Esperanza; Narvaiza Solís, M<sup>a</sup> Jesús; García Gurría, Alicia, y Martínez Salgado, H. Formación de la enfermera en la atención primaria a la salud una experiencia internacional en salud comunitaria. *Aten Primaria* 1995; 16(5):289-292.
- Redacción de Rol. Andalucía. Granada. Centro de Salud Zaidin-Sur. Servicio de Enfermería. Comunicado. *Rev Rol Enferm* 1986; 94, 55.
- Redacción de Rol. Cristina Heierle y José Argente. Un paso hacia el futuro. Curso de capacitación al programa de implantación de la Consultas de Enfermería en Andalucía. *Rev. Rol Enferm* 1986; 94, 49-50.
- Redacción de Rol. Dr. Marron. Consultas de Enfermería. *Rev. Rol Enferm* 1986; 94, 47-49.



- Redacción de Rol. M. José Argente. Entrevista a un usuario de la Consulta. *Rev.rol Enferm* 1986; 94, 55.
- Redacción de Rol. M.Victoria Antón. Consultas de Enfermería. Un instrumento de trabajo en APS. *Rev Rol Enferm* 1986; 94, 53-54.
- Redacción de Rol. Máximo González. Consultas de Enfermería. *Rev Rol Enferm* 1986; 94, 41-44.
- Redacción de Rol. Carmen de la Cuesta. Consultas de Enfermería. *Rev Rol Enferm* 1986; 94, 45-7.
- Reid, Una V. Educación básica de enfermería de atención de la salud primaria en el Caribe. *Rev.Int. Enferm.* 1982; 9-17.
- Rendón Pérez, P; Pérez Castillo, J; Alonso Martínez, R, y Saiz Moreno, C. Barreras que dificultan la asistencia de los inmigrantes en urgencias. *Caber Revista* 2003; 17.
- Revilla, Queta de la; Constan, E; Úbeda, Pilar; Fernández, Genoveva; Fernández, Rosario, y Casado, Isabel María. Genograma y ciclo vital de la familia. *Rev. Rol Enferm.* 1998; XXI(241):25-30.
- Rey Juan. *Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario*. Santander: Sal Térrea. 1967. 4ª ed.
- Riesco, JL; Casado, RM; Iglesias, MJ, y Mateos, A. Atención Primaria. Protocolo para el cambio de sonda vesical en el consultorio y/o domicilio. *Rev. AE ATS Urol* 1992; 43:43-48.
- Riquelme Pérez, M; Miquel Gómez, A; Gómez López, E; Aguado Álvarez, M; Verdú Botellar, JM, y Ballesteros Álvarez, C. Estudio de cobertura vacunal en niños de un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14(4):730-732.
- Rivas Campos, Antonio; Toral López, Isabel; Peña Gómez, Enrique; Barranco Navarro, Jerónimo; Arcas Ruiz, Pilar, y González Carrión, Pilar. Correspondencia entre problemas clínicos y categorías diagnósticas de la NANDA en atención primaria. *Enferm Clínica* 1994; 4(4):150-155.
- Rizo, M y Cortés, E. Resultados obtenidos por enfermería pediátrica en un programa de atención primaria en nutrición. *Enferm. Científ.* 1990; 96:32-35.
- Roca Roger, Montserrat; Úbeda Bonet, I; Fuentelsaz Gallego, C; López Pisa, R; Pont Ribas, A; García Viñets, Lourdes, y Pedreny Oriol, R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26(4):217-223.
- Rodríguez Manzanilla, L; Martínez García, E; Crespo Martínez, E, y García Pérez, MA. Promoción de la lactancia materna en la visita domiciliaria a la puérpera. *Enferm. Clínica* 1992; 2(1):3-8.
- Rodríguez Palma, Manuel; Malia Gázquez, Rosario, y Barba Chacón, Antonio. Quistes cutáneos. *Rev. Rol enferm.* 2001; 24(1):17-23.
- Rodríguez Palma, Manuel; Malia Gázquez, Rosario, y Barba Chacón, Antonio. Valoración de úlceras por presión y heridas crónicas. Un modelo de hoja de registro de Atención Primaria. *Gerokomos.* 2001; 12(2):79-84.

- Rogero Petra y Martín Francisco Javier. Una opinión del sistema sanitario en Andalucía desde Enfermería. *Salud 2000*, 39, 1992:8-10.
- Romá Ferri, M<sup>a</sup> Teresa y Ruiz Royo, María Teresa. Enfermería infantil en Atención Primaria. *Enferm. Cientif.* 1992; 127:24-31.
- Romera Rufián, PF. Evaluar la calidad de los registros enfermeros. *Rev. Rol de Enferm.* 1993; 183:38-47.
- Rovira, A y Corbella, A. Evaluación de calidad asistencial. *Rev. Rol Enferm.* 1992; XV(166):18-22.
- Ruiz Iglesias, Dolores. Reforma de Atención Primaria y desarrollo de Enfermería Comunitaria. Un nuevo enfoque en País Vasco. *Rev. Rol Enferm* 1991; XIV(154):15-18.
- Ruiz Vélez-Frías, C. ¿Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años? *Híades.* 1995; 2:57-62.
- Sáez Torralba, Eva; Millán Olmo, Aurora; López de Castro, F; Carrasco Rodríguez, J; Arribas Gutiérrez, A, y Albarca López, MJ. Grado de control y atención a los pacientes con hipertensión en el Área de Salud de Toledo. *Aten Primaria.* 1999; 24(10):559-562.
- Saiz Puente, Soledad, Jiménez Arques, M Inmaculada y Ortiz Villanueva, Lourdes. Recuperación de la silla partera: una nueva experiencia en el hospital "Príncipe de Asturias" de Alcalá de Henares. En: *Actas. VI Congreso Nacional y I Internacional de Historia de la Enfermería* (Alcalá, 3-5 de abril de 2003). Alcalá: Universidad, 2003. pp. 30-36.
- Salazar Agullo, M. Los cuidados a domicilio en Andalucía. Una aproximación desde la enfermería comunitaria. *Index Enferm.* 1992; I(2):3-6.
- Salido Moreno, M<sup>a</sup> Paz y Gálvez Toro, Alberto. Comparación entre la asistencia prestada por enfermeras y médicos con las mismas responsabilidades y funciones en Atención Primaria [Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WT, Cleary PD, Friedewald WT, Siu A, Shelanski ML. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. A randomized trials. *JAMA* 2000; 283(1):59-68]. *Index Enferm.* 2000; Año IX(31):58-59.
- Sánchez Antonio, Mazarrasa Alvear Lucía, Germán Bes Concepción, Miralles Antonio, Sánchez Ana y Aparicio Vicente. *Enfermería Comunitaria 1, 2 y 3* Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
- Sánchez Delgado, Seidel; Sánchez Nico, Sheila; Delgado Moreno, Juana Elsa, y Negrete Redondo, Maribel, Exprofesor de Salud Pública, Facultad general Calixto García. Formación de recursos humanos en la enfermería cubana. *Rev Enferm IMSS* 1999; 7(1):57-61.
- Sánchez Ludeña, ML; Martínez Aguayo, C; Arce Anaéz, A; Ayala Luna, S; Martín-Rabadán, M, y Álvarez Herrero, C. Evaluación del absentismo laboral en los trabajadores de Atención Primaria en un área sanitaria. *Cent Salud* 1993; 1(2):95-100.

- Sánchez Moreno, A; Torralba Madrid, M<sup>a</sup> José; Paredes Sidrach de Cardona, A; Flores Bienert, M<sup>a</sup> Dolores; Ramos García, E, y Marset Campos, P. Estudiantes de Enfermería y promoción de la salud. *Rev. Rol de Enferm.* 1993; 184:33-40.
- Sánchez Perruca, M<sup>a</sup> Isabel. Situación profesional de las nuevas matronas. *Matronas Prof.* 2003; 4(13):23-28.
- Sánchez Perruca, M<sup>a</sup> Isabel. Evolución de la formación de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) y sus actividades en atención primaria. *Metas Enferm.* 2001; IV(33):46-53.
- Sancho Viudes, Salvadora; Vidal Thomas, Clara; Cañellas Pons, Rosa; Caldés Pinilla, María José; Corcoll Reixach, Josep, y Ramos Montserrat, María. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio de grupos focales. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76(5):531-543.
- Sanchón Macías, M<sup>a</sup> Visitación; Nespral Gaztelumendi, Celia, y Llorca Díaz, J. Las enfermeras/os de Atención Primaria ante el SIDA. *Enferm Cientif.* 1993; 136-137:38-43.
- Santos, Beatriz Regina Lara dos; Funcke, Lia Brandt; Schneider, Juliana Boettcher; Souza, Simone Duarte de, y Krilow, Ingrid. La educación de cuidados primarios de salud. Evaluación diagnóstica y de la formación mediante microcomputadores. *Rev. Cubana Enferm.* 1995; 11(2).
- Sarmiento Gallego, M; Martínez Ros, MT; Sánchez Sánchez, F; Sánchez Esteban, JM; Meseguer Zaragoza, A, y Jiménez Belló, JJ. Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud. *Aten Primaria* 1997; 20(6):311-314.
- Seco Salcedo, M<sup>a</sup> Carmen; Puig Girbau, M<sup>a</sup> Nuria; Torán Frasnado, Carmen, y Castaño Martín, Mercedes. Mejora de la eficiencia asistencial mediante análisis de métodos y tiempos. Experiencia en una consulta de enfermería. *Enferm. Clínica* 1998; 8(1):13-23.
- Segura López, Gabriel y Giménez Andreu, María del Rosario. La labor de enfermería ante el inmigrante enfermo de hidatidosis. *Enferm Cientif.* 2000; 220-221:56-58.
- Segura Noguera, Josep María; Bastida Bastus, Núria; Martí Guadaño, Núria; Riba Romeva, Montserrat; Marsá Cantero, Mireira, y Lancho Lancho, Santiago. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de Salud Raval Nord, 1993-2002. Barcelona, *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 77(5):581-594.
- Serrano Gallardo, M<sup>a</sup> Pilar. Características profesionales de la enfermera comunitaria. ¿Qué opina la población? *Metas Enferm.* 1999 Jun; II(16):30-38.
- Sevilla Sierra, Victoria; Sampelayo Matos, Ana Hernández; González Lluva, Concepción, y Pérez Martínez, T. Opinión de las enfermeras sobre el informe de recomendaciones al alta de enfermería. *Metas Enferm.* 2002; V(47):6-11.
- Sidney LK, Kark E, Abrason JH y Gofin J. *Atención primaria orientada a la comunidad.* Barcelona: Doyma SA. 1994.

- Siles José. Historia de la enfermería comunitaria en España: un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):25-31.
- Siles José. *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara, 1999. .
- Sobrido Prieto, N; García Sánchez, M; García Martínez, M; Pita Vizoso, R; Pichel Guerrero, F, y Prieto Díaz, Amelia. Formación postgrado en enfermería comunitaria. *Enferm Cientif.* 1998; 194-195:43-46.
- Solano Javier. Manual de la enfermera. Pequeña enciclopedia práctica número 80. Impreso en Avila. (Contemporáneo de José M<sup>a</sup> Bedoya). (s.f.)
- Soldevilla Agreda, J Javier y Torra i Bou, Joan Enric. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Gerokomos* 1999; 10(2):75-87.
- Soto Mancebo, Inés; López Palacios, Sonia, y Santamaría García, José María. Tres años de experiencia en planes de cuidados en atención primaria: nuevas experiencias de desarrollo. *Index Enferm.* 1999; Año VIII(24-25):83.
- Suárez Magaña, Eva; Gassó Giral, Daniel; Pascual García, Alexandra, y Pons Viaña, Marta, Diplomado/a en Enfermería. Perfil de los usuarios de terapias complementarias. *Metas Enferm.* 2002; V(44):26-31.
- Teixidor Freixa M. los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enferm. Clínica* 1997; 7(3): 126-36.
- Tejero Carmen. Notas de clase. Programa de Master de Ciencias de la Enfermería. 2º Ciclo. Universidad de Zaragoza: 2004, n. p.
- Tierno Reina, Margarita; Cassinello Espinosa, Cristina; Rey Camacho, Eva, y Maldonado Tierno, Sara. Educación grupal en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad. *Metas Enferm.* 2003; VI(52):6-10.
- Tomás Aznar, Concepción y Ariño Martín, Dolores, Profesora / Médica. Necesidades sociosanitarias en población inmigrante: percepción desde la atención primaria. *Index Enferm.* 2003; XII(42):92.
- Torra i Bou, Joan Enric. Atención de enfermería en un área básica de salud: marco de referencia. *Rev. Rol Enferm.* 1990; XIII(143-144):37-43.
- Atención domiciliaria: utilidad estratégica y objetivos. *Rev. Rol de Enferm.* 1990; XIII(137):31-36.
  - Tratamiento de úlceras venosas en consultas de enfermería: estudio multicéntrico sobre la aplicación de un nuevo apósito combinado de carboximetilcelulosa y alginato cálcico con acción hidro-reguladora. *Rev Rol Enferm* 1995; XVIII(206):55-63.
- Torres Navarro, María del Mar; Cazorla Pérez, Jesús; Fernández Ayala, José Carlos; Fernández Lozano, Gema, y Gil Milán, María Luisa. ¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria? *Enferm Cientif.* 2000; 222-223:6-10.

- Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson, 1997.
- Trigueros Aguado, Pilar; San Martín Aparicio, Montserrat; Ballesteros Álvaro, Antonio Manuel, y López Merino, Pilar, Diplomados en enfermería. Situación actual de los diagnósticos de enfermería en el área de salud de atención primaria de Palencia. *Metas Enferm.* 2003; VI(53):6-10.
- Trincado Agudo, María Teresa; Gómez Castro, Silvia E, y Rodríguez Delgado, Lourdes. Enfermería en la atención primaria. *Rev. Cubana Enferm.* 1987; 3(2):161-169.
- Úbeda Bonet, I. Roca Roger, Montserrat, y García Viñets, Lourdes. Enfermería de atención primaria: un análisis crítico. *Enferm. Clínica* 1999; 9(5):226-231.
- Valencia, M; Navarro, J; Martín, S; Pascual, JM, y Pujol, C. Protocolo normalizado de trabajo en un servicio de radiología de atención primaria como norma de calidad. *Enferm. Radiol.* 1999; Año XI(40):53.
- VV.AA. *Actas de las I<sup>as</sup> Jornadas sobre Diagnóstico de Enfermería*. Asociación de Enfermería Andaluza. Jaén 1989
- VV.AA. Consultas de Enfermería. *Rev Rol Enferm* 1986 (94):41-55.
- VV. AA. Programas y objetivos Docentes. Madrid: UCM. 1982.
- VV.AA. Programa de atención integral al crónico. *Enfermería y Salud.* 1983; 23, 18:21. Esta revista fue publicada por el Colegio de Enfermería de Madrid.
- Vázquez Teja, Teresa. Atención de enfermería. *Rev. Rol Enferm.* 1990; XIII(141):35-42.
- Ventosa Esquinaldo Francisco. *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Ciencia 3. 1984.
- Vidal Martín, Carmen; Cifuentes Mora, Esther; Aranda, Carmen, y Alcázar de Lares-Franco, Julia. Informe de enfermería al alta hospitalaria. *Enferm Clínica* 1999; 9(2):49-54.
- Vidal, Clara; Artigas, Berta; Gogorcena Aóiz, MA, y Gallo Estrada, Julia. Satisfacción laboral en Atención Primaria. Una encuesta. *Rev Rol Enferm* 1993; 176:13-17.
- Viera Camacho, FD; Fernández Viñas, PA; Tejera Carballo, S, y Imbernon Melián, E. Hábito tabáquico de médicos y enfermeros/as de atención primaria del Área de Salud de Lanzarote. *Med Gener.* 2002; Segunda Época (40):19-23.
- Vila Córcoles, A; Llor Vilà, C; Pellejá Pellejá, J; Gisbert Aguilar, A; Jordana Ferrando, P, y Casacuberta Monge, JM. Evaluación de la efectividad del consejo dietético personalizado y frecuente en el tratamiento de la obesidad. *Aten Primaria* 1993; 11(6):298.
- Villalta García, Pedro. Procedimiento en la consulta de enfermería. *Enferm. Cientif.* 1988; 76-77:4-6.
- Werner y Rouslin. *Teoría interpersonal en la práctica de la Enfermería*. Barcelona. Masson. 1996.

## **8.2. Fuentes De Archivo**

1. Literatura gris (APCGB)\*
2. Fuentes Orales. Indice de Relatos de Vida Profesional (APCGB)

### 1. Literatura Gris (APCGB)

- Anónimo. ATS protestan por intervención de un médico. *Ya*. 7 de Mayo de 1977.
- Anónimo. Lo que se baraja no es un nombre sino la sanidad del país. *Mundo Diario*, 11 Marzo de 1977.
- Asamblea permanente de 9 de Junio de 1976. Zaragoza. Comunicado a la prensa, a la dirección y a todos los estamentos.
- Asamblea permanente de ATS y Enfermeras. Zaragoza 4 de Junio de 1976. Escrito dirigido al Señor delegado del Ministerio de Educación y Ciencia de Zaragoza.
- Asamblea permanente de ATS. Comunicado a la dirección y al estamento médico. 7 de junio de 1976. Zaragoza. Archivo personal-
- Carta abierta a los ats rurales solicitando el voto para las elecciones de Junio en Madrid.
- Catavella J. Diario *Pueblo*. Información Nacional. 5-XII-74
- CC.OO. Problemática ATS. 1976; Noviembre, 1-2 pp.
- Circular 16/86 contempla cinco modalidades de atención de enfermería en atención primaria: Consulta de Enfermería, Visita Domiciliaria, Sala de Curas, Trabajo con la Comunidad y Atención a la Consulta Médica. Esta última fue una concesión para compaginar que la enfermera pudiera seguir apoyando la consulta médica. Así mientras algunas enfermeras siguieron con su papel tradicional de escribir rectas, otras apoyaban puntualmente la consulta médica y otras la convirtieron en Interconsulta para abordar conjuntamente casos complejos.
- Circular nº 14 del colegio de Matronas de Madrid y Provincia. Junio de 1977. Informa de que no iba a comparecer el colegio a las próximas elecciones de Madrid los días 26, 27 y 28.
- Club siglo XXI. "Día Internacional de la Enfermería" 12 Mayo 1978.
- Colegio oficial de ATS de Zaragoza. Anteproyecto de bases para un nuevo plan de estudios de la carrera de ATS. 1976:2-3.
- Comisión Interministerial y Coordinadora. 1976. Informes varios: Julio, Octubre, Noviembre y Diciembre.
- Comisión Interministerial. Acuerdo de la denominación de Enfermería. 21 de diciembre de 1976.
- Comisión Nacional de Estudios de Enfermería del Consejo Nacional de ATS-Enfermeras. V V Informe del Comité de Expertos en Enfermería. OMS. Ginebra 1966. Madrid, mayo de 1976.
- Conferencia "La primera transición enfermera" en el 25 aniversario de la enfermería en la universidad. Pronunciada el 13 de Diciembre de 2002 por Concha Germán Bes en la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid.
- Conferencia de Julia González en Zaragoza, Septiembre de 2002. Presentación de los "primeros resultados del estudio Tuning 1ª fase". Paraninfo de la Universidad de Zaragoza. Notas personales.
- Congreso de Enfermería Médico-quirúrgica, 1982. Madrid.
- Convalidación de enfermeras. Impreso en 1973 en Bilbao, imprenta vizcaína.

- Coordinadora Nacional de Profesionales. Comunicado de 8 de Junio de 1976. Madrid.
- Coordinadora Nacional. Comunicado de Médicos del Hospital Infantil. Zaragoza 7 de junio de 1976. Archivo personal.
- Coordinadora Nacional-Colegios. Acta de la reunión 11 de julio de 1977.
- Coordinadora. Colegio Madrid 1977-78. Informes varios: Actas, desestimaciones de impugnaciones, circulares informativas.
- Declaraciones de la coordinadora provincial de Madrid. Diario *Ya* 6/06/76. El doctor Martínez Bordiu era el yerno de Franco y la conferencia versó sobre "Nuevos métodos en asistencia circulatoria", acorde con el tema de su especialidad.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de Mayo de 2002:7127-7134.
- Díaz Alvarez Carmen. Nuevas técnicas de trabajo en enfermería. *Actas. Jornadas Nacionales de Enfermería*. Barcelona. 1974.
- El conflicto de las ATS. Las enfermeras no quieren "escuelas de élite". *El País*, viernes 11 de junio de 1976.
- Eseverri Chaverri Cecilio. Control de calidad en enfermería. *Actas. Jornadas Nacionales de Enfermería*. Barcelona. 1974; Actas.
- Ferrer, Isabel. Las enfermeras británicas harán tareas de médico de cabecera. *El País* 1999 19; 32 pp
- Folleto informativo. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. 1982.
- G.C. La visita domiciliaria de una enfermera mejora la supervivencia y ahorra costes. *El País*, 28 de Sept. 99:46. Estudio publicado en *Lancet*.
- Germán Bes Concepción, Profesor Urraca Martínez Salvador (de Psicología Matemática del Campus de Somosaguas) y Serrano Victoriano. Necesidades y actitudes de los estudiantes de enfermería ante los enfermos terminales. Madrid. Julio 1983:12.
- Germán Bes Concha y Rubio Carlos. Ponencia escrita. Madrid. Mayo 1976:6. Colegio de médicos de Madrid.
- Germán Bes Concha. Informe del Congreso Cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermería –CIE-. Los Angeles del 27 de Junio al 3 de Julio de 1981. Presidenta del Colegio. 17 páginas.
- Germán Concha. Informe de la Presidenta de la Comisión Provincial de Madrid. 23 de Mayo 1978:5. Asamblea de presidentes.
- Hall Dorothy.C. Informe OMS sobre enfermería española. *Tribuna Médica* 1976; Separata, I-VIII.
- Ibáñez M.E. Enfermeras y practicantes a la greña. A la unificación de ambos colegios se oponen concepciones muy personales de las respectivas Juntas. *Mundo Diario*. 9 Marzo de 1977.
- III Taller pedagógico de especialidades de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense. 1984.
- J.R.C. conflicto de ATS: negociaciones. Un problema con veinte años de antigüedad. *Tribuna Médica*. Nº 664, 11 de Junio, 1976:8.



- M<sup>a</sup> Angeles Martín Burriel. Sobre enfermeras. Heraldo de Aragón 21 de Febrero de 2005.
- Mayordomo J. Demasiado dolor en el postoperatorio. *El País*, 8 de Marzo de 1999
- Memoria de la Fundación Index 2005. (carta fundacional otorgada ante el notario de Granada D. José Lorenzo Iribarne Pérez, 24.XI.94, protocolo nº 5.135/94).
- Montoliú Martínez Enrique. Informe sobre las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Universidad Complutense. Madrid: UCM 1978:136. Informe técnico.
- Notas de clase, tomadas de Ovalle Miriam. Curso de reciclaje 1976. Universidad Complutense.
- Notas de prensa: *Pueblo, El País, Informaciones* durante Julio de 1977
- Orden de 15 de julio de 1980 (BOE: 23 de julio de 1980). Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el de Diplomado de Enfermería.
- Organización sindical de Zaragoza. Sindicato de Actividades Sanitarias. Nota del Ministerio de Educación y Ciencia, 4 de junio de 1976.
- Piulachs Teresa (Coord.). Libro de programas de enfermería de la Escuela de Enfermería (ATS) San Pablo. Barcelona. 1976.
- Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado en Enfermería
- Real Decreto 13/1984 de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Real decreto 1466/1990 de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de diplomado en enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención. (B.O.E. de 20 de noviembre de 1990)
- Ruiz de Elvira Malen. Practicante, enfermeras y matronas: hacía un colegio profesional único. *El País*. 30 de Marzo de 1977 p. 21
- Ruiz y col. Programa de consulta de enfermería para el control y seguimiento de crónicos. Sevilla: Junta de Andalucía. Red Asistencial Sanitaria de la Seguridad Social Andaluza. 1984
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública. Evaluación del modelo de reforma de la Atención Primaria en Andalucía. Jaén, 1994.
- Tejero Carmen. Mujer y tierra. Repaso de hechos relevantes de mujeres. Jaca: 2004. Curso de verano. Lección. Materiales didácticos.
- Un poco de Historia. *ENE (Organo de la Escuela Nacional de Enfermeras)*. Caracas. 1948. (por gentileza de Encarna Gascón).

## 2. Fuentes Orales. Índice de Relatos de Vida profesional (APCGB)

Archivo Personal Concha Germán Bes

- And. 1951. Inf. 1. 26 de diciembre de 2002 y 22 de diciembre de 2005. (transcripción de 18 págs<sup>1</sup>.)
- And. 1953. Inf. 2. 26 de diciembre de 2003 y 23 de diciembre de 2005. (transcripción de 10 págs.)
- And. 1956. Inf. 7. 22 de septiembre de 2005. (transcripción de 31 págs.)
- And. 1945. Inf.14. 23 de septiembre de 2005. (transcripción de 29 págs.)
- Ara. 1952. Inf. 4. 2 de enero de 2003 y 20 de enero de 2005 (transcripción de 24 págs.)
- Ara. 1952. Inf. 6. 26 de febrero de 2003. (transcripción de 5 págs.)
- Ara. 1952. Inf. 8. 19 de septiembre de 2005. (transcripción de 44 págs.)
- Ara. 1979. Inf. 9. 9 de septiembre de 2005. (transcripción de 14 págs.)
- Ara. 1979. Inf.10. 20 de septiembre de 2005 (transcripción de 28 págs.)
- Ara. 1962. Inf.12. 10 de septiembre de 2005. (transcripción de 29 págs.)
- Ara. 1979. Inf.11. 20 de octubre de 2005. (transcripción de 11 págs.)
- Ara. 1962. Inf.13. 2 de enero de 2003, (transcripción de 9 págs.)
- Ara. 1951. Inf.16. 19 de septiembre de 2005. (transcripción de 54 págs.)
- Ara. 1945. Inf.20. 25 de septiembre de 2005. (transcripción de 45 págs.)
- Cat. 1924. Inf.19. 25 y 26 de Noviembre de 2005. (transcripción de 74 págs.)
- Cat. 1941. Inf.21. 25 de noviembre de 2005. (transcripción de 23 págs.)
- M. 1951. Inf. 3. 12 de enero de 2003 y 23 de diciembre de 2005) (transcripción de 27 págs.)
- M. 1953 Inf. 5. 13 de febrero de 2003 y 14 de febrero de 2005 (transcripción de 24 págs.)
- M. 1948. Inf.15. 25 de septiembre de 2005. (transcripción de 88 págs.)
- M. 1937. Inf.17. 4 de octubre de 2005. (transcripción de 42 págs.)
- M. 1938. Inf.18. 4 de octubre de 2005. (transcripción de 39 págs.)

---

<sup>1</sup> Letra Arial 12. Espacio 1,5.

### **8.3. Bibliografía Crítica**

Aguilá Esperanza. La perspectiva de género en la salud: la reflexión desde el CAPS. n.p. 2 Nov. 2005

Alberdi Castell, Rosa María. La enfermería ¿profesión femenina? *Rev Rol Enferm.* 1983; 6(57):21-26.

- Atención primaria de salud. Un camino para la enfermería española. *Rev Rol Enferm* 1984; VII(72-73): 34-38.
- Género, enfermería y desarrollo profesional. *Actas. XVI Jornadas de la AEED.* Madrid. 1995 pp. 215-237
- Mujeres enfermeras en España: una historia de márgenes. *Rev Rol Enferm.* 1997; XX (223):64-70.
- [La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España.](#) *Metas Enferm.* II(11):20-26. 1998. Revisión,
- Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX. *Híades.* 1999; IV(5-6):63-73.
- Nosotros cuidamos: la práctica del cuidado en el ámbito comunitario. 2000; *Actas IIIº congreso de la AEC.* Palma de Mallorca.

Alfonso González Georgina. La mujer en la lógica económica, cultural y simbólica de la globalización. [www.Filosofia.Cu/Contemp/Gina001.Htm](http://www.Filosofia.Cu/Contemp/Gina001.Htm). 2003 Apr 4:7.

Altamirano, Francisco, Prieto Moreno, Jesús, Hernández Neila, Luis M y Galindo Casero, Antonio. Los estudios de practicantes, matronas y enfermeras: evolución 1916-1936. En: VIº Congreso Nacional y Iº Internacional de Historia de la Enfermería (Alcalá, 3-5 de abril de 2003). Alcalá: Universidad, 2003, pp. 291.

Alvarez Nebreda Carlos. *Código Enfermero Español Siglo XX: Compendio Legislativo.* Madrid. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002. Obtuvo el primer premio ex-aequo del XXII Certamen de Enfermería "San Juan de Dios", organizado por la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios en 2002.

Alvarez Teresa y Germán Concha. Los ayudantes técnicos sanitarios. En: Infante y col. *Cambio Social y Crisis Sanitaria.* Madrid: Ayuso 1975.

Álvarez-Dardet Díaz, Carlos; Gascón, Encarna; Alfonso Roca, MT, and Almero, A. Lo orígenes de la enfermería de Salud Pública. *Gaceta Sanit* 1988; 2(9):290-292.

Álvarez-Sierra, J y Murga Serret, J. *Historia de la profesión (enfermera-practicante-matrona).* Adaptada al programa de ATS. 2º curso. Madrid: Academia Murga, 1955. 63 p

Alvarez-U de F. Enfermeras y médicos. Necesidad de un modelo de colaboración. *Actas XV reunión de actualización nefrológica para ATS y DUE.* Madrid. 1991

Aller Gay Isabel. Una visión sociológica de la transformación de la maternidad en España: 1975-2005. Curso de Verano, Jaca: n.p. 2005: 29.

Amara Fadela. *Ni putas ni sumisas.* Madrid: Cátedra, UPV, 2004 (2ª ed.). 177 pp.

- Amezcu Martínez Manuel. Los estudios y los estudiosos de los cuidados en España. *Index Enferm.* 1993; II(4-5):16-24
- El estudio de los cuidados marginales en España: a propósito de las fuentes. *Híades.* 1995; II(2):9-16.
- Brujas, visionarias y adivinas. En: Rodríguez Becerra Salvador. *El diablo, las brujas y su mundo.* Madrid: Signatura Demos 2000:117-13.
- Amezcu, Manuel, Germán Bes, Concepción, Heierle Valero, Cristina y Pozo, M Carmen del. *Sanidad y colectividad sanitaria en Almería. El colegio de Practicantes (1885-1945).* Almería: Colegio Enfermería Almería, 1994. 264 p.; 17x24 cm. 84-600-8783-2. Monografía.
- Amorós Celia. *Diez Palabras clave sobre Mujer.* Navarra: EVD. 1995.
- Anderson ET, Mc Farlane JM. Community as Partner. *Theory and practice in nursing.* Nueva York: Lippincott, 1996.
- Anónimo. Compendio de Flebotomía y operaciones propias de la Cirugía Menor o Ministrante. *Híades.* 1994; I(1):37-43.
- Anónimo. Vademécum del practicante. *Híades.* 1994; I(1):53-60.
- Anónimo. *Híades,* 1994; I(1):63-68.
- Antón Nardiz M<sup>a</sup> Victoria. Enfermería y Atención Primaria de Salud. *De enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad.* Madrid: Díaz de Santos 1989.
- ANUIES Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. *Los cursos básicos para formación de profesorado que la componían dos áreas: Área de sistematización de la enseñanza,* compuesta por 11 cursos y el *Área de lenguaje y comunicación,* con 6 cursos. México: Universidad Autónoma. Mitad de los setenta y los ochenta.
- Arcas Ruiz, M Josefa, Ortega Martín, Encarnación, Navarro Jiménez, María del Carmen y Arcas Ruiz, Pilar. Fuentes del archivo histórico del Colegio Oficial de Matronas de Granada. *Actas. II Congreso de Historia de Andalucía: Las Mujeres en la Historia de Andalucía (Córdoba, 1991).* Córdoba: Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía//Obra Social y Cultural Caja Sur, 1994, pp. 139-144.
- Arcas Ruiz, Pilar, Arcas, MJ, Ortega, E y Herrera, F. Formación y ejercicio profesional de las matronas en la provincia de Granada: 1900-1987. *Enferm Clínica.* 1994; 4(2):73-77.
- Asociación Española de Enfermería Docente. La enfermería en una declaración. *Rev Rol Enferm* 1983; VI(62):67-70.
- Ausubel, Novak, Hanesian. *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo.* México: Trillas. 1983, 2<sup>a</sup> ed.
- Avila García Patricia. Conflictos sociales por el agua en la región norte de México: los casos de Tijuana, Durango y Monterrey. *Ecol. Polít.* 18; 1999:37-44.
- Baigorri Artemio. *El hombre perplejo.* Badajoz: Junta de Extremadura.1995.

- Baron A.L. *Hombres contra gérmenes*. Barcelona: Círculo de lectores. 1975 (Men Against Germs, 1969)
- Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD (eds.). *Interacciones ciencia y género*. Barcelona: Icaria. 1999.
- Barros González, M Elena, Fernández García, Alicia, Fueyo Rodríguez, Mariola y Menéndez Robledo, Elena. Atención domiciliaria en Gijón desde 1882 hasta nuestros días. *Híades*. 2001; VI(8):431-440.
- Beckmann R, Proctor J. *Nursing concepts for Health Promotion*. Londres: Prentice-Hall, 1985.
- Bengoechea Mercedes. La comunicación femenina y el mundo laboral. *Iralia*, 2003, 52. 2003:14-9.
- Bergua José A. Lo social sagrado. *Nómadas* 2004 p.9. (consulta 24/04/2006) [www.ucm.es/info/nomadas/9/jabergua.htm](http://www.ucm.es/info/nomadas/9/jabergua.htm).
- Bernabeu, J y Cotanda, S. Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. *Enferm Científ*. 1991; 111:28-36.
- Bernabeu Mestre Josep y Gascón Pérez Encarna. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis* 1995; 15, 151-176.
- Bernabeu Mestre Josep y Gascón Pérez Encarna. [De visitadoras a instructoras: La enfermería de Salud Pública durante el primer franquismo, 1941-1955](#) en: J. Castellanos Guerrero et al. (coords). *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998
- Bernabeu Josep (Reseña) Marland Hilary, Rafferty Anne Marie eds. Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period. *Dynamis* 1999; 19, 530-2.
- Bernárdez Sanchíz Enrique. *Los mitos germánicos*. Madrid: Alianza. 2002
- Bernués Cuenca Luís y Peya Margarita. *Libro Blanco de enfermería*. Madrid: ANECA. 2004.
- Bienert Flores, García Herrero Mercedes, Rivera Sánchez Patricia y Munuera Marín Juan Antonio. Murcia: ICE-Universidad. 2002
- Blanchet A. Ghiglione R. Massonnat J. Trognon A. *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Narcea. 1989
- Blasco Ordóñez, Carmen. La incorporación de practicantes y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). *Index Enferm*. 1993; II(4-5):7-10.
- Blasco Solana Mercedes, Cía Blasco Javier y Cía Blasco Pedro. El oficio de enfermero en la orden de San Jerónimo a través de sus Historias Generales. *Actas. Congreso de Enfermería*. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. 20001. p. 53.
- Blasco Solana Mercedes. *María Rafols, enfermera*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico. Cuadernos de Aragón nº 23, 1995:33-39.

- María Rafols. Enfermera de ayer y de hoy. *Anales de Ciencias de la Salud*. Zaragoza; 2001; 24:169-174.
- María Rafols y sus Hermanas en la Historia de la Enfermería. *Actas*. III Congreso Internacional y VIII nacional de Historia de la Enfermería. Zaragoza. 2005. En prensa.
- Bover, A, Gallego Caminero, G, Mulet i Ferrer, JM y Ruiz González, D. El arte de las matronas del siglo XVI. ¿Enfermería integral? *Not Enferm*. 1991; 1(6):349-354.
- Bordieu Pierre. La ilusión biográfica. *Historia y fuente oral*, nº 2. 1989:27-33.
- Bordieu Pierre. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama. 2000
- Box María-Cospedal, A. Manual Teórico-Práctico para Practicantes, Matronas y Enfermeras. Madrid: Inst. ed Reus, 1942-43. 2 v.; 16x22 cm. Manual.
- Brandi CL. Relationships between nurse executives and physicians: the gender paradox in healthcare. *J. Nurs. Admi* 2000; 30 (7-8):373-8.
- Brundtland Gro Harlem. Perfiles. Cuando la Salud es el mejor negocio. *Investigación y Ciencia*, 275, Agosto 1999:26-7.
- Buendía Muñoz, Alejandro, García Morales, Inmaculada y Guil López, Francisca. El intrusismo en las matronas de Almería. Siglos SVIII y XIX. En: Vº Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. 2001.
- Bueno González José. Arte de Enfermería para la asistencia teórico práctica de los pobres enfermos que se acogen a la de los hospitales de la sagrada religión de S. Juan de Dios. Zaragoza: Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Aragón, 1997 (reedición).
- Burin Mabel. El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada. Paidós. 1991:237.
- Género y familia, poder, amor y sexualidad. Paidós. 1998:437.
- Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. 2000.
- El techo de cristal en la carrera laboral de las mujeres, obstáculos subjetivos y objetivos. <http://www.mujereshoy.com/secciones/236.shtml>
- Caballé Mónica. *La filosofía maestra de vida*. Madrid: Aguilar. 2004.
- Cabré i Pairet Montserrat y Ortiz Gomez Teresa. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa siglos XIII-XIX*. Barcelona: Icaria. 2001. Introducción. 2001: 9-10.
- Cabré i Pairet Montserrat y Salmón Muñiz Fernando. Poder académico versus autoridad femenina: la facultad de medicina de París contra Jacoba Félicíe (1322). *Dynamis* 2001; 19, 55-78.
- Cabré i Pairet Montserrat. Nacer en relación. En: VV.AA. De dos en dos. Las prácticas de creación y recreación de la vida y la convivencia humana. Madrid: Horas y Horas, 2001, pp. 15-32

- Cabré i Pairet Montserrat. Como una madre como una hija: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja edad media. En: Morant I (dir) *Historia de las mujeres en España y América Latina*. Madrid: Cátedra, 2005, pp. 637-657
- Caja López Carmen y López Pisa Rosa M<sup>a</sup>. *Enfermería Comunitaria III*. Barcelona: Científicas y Técnicas SA. Masson. Salvat. 1993.
- Caja López Carmen. *Enfermería comunitaria III. Atención primaria*. Barcelona: Massón. 2000. 2<sup>a</sup> ed. 2003
- Calvo Calvo José Manuel. La formación de las enfermeras en el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla, desde el siglo XVI al XVIII. *Actas. VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad de Alcalá. 2003; 69:75.
- Calvo Calvo, Manuel Ángel. Aspectos socio-laborales de los enfermeros del Hospital del Espíritu Santo de Sevilla, a finales del siglo XVI. *Híades*. 2001; VI(8):355-379.
- Camaño-Puig, Ramón y Forero Rincón, Olga. Escuelas de Enfermería: de la escasez a la abundancia. Su evolución histórica (1857-1977). *Híades*. 1999; IV(5-6):155-167.
- Camaño Puig, Ramón y Pedro de la Torre, Carmen. Estudiantes de la carrera de matrona. Universidad de Valencia 1882-1904. En: V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: *Qalat Chábir*, 2001. Pp. 45-46.
- Campbell Claire. Tratado de Enfermería. *Diagnósticos y métodos*. Barcelona: Doyma 1987.
- Canal Macías, M Luz, Morlans, M José Carrero, Aurora y Prado Álvaro. [Influencia de las peregrinaciones en la Salud Pública](#). Gijón. La enfermería en el Camino de Santiago. *Actas*. 1999.
- Canal Macías, M Luz, Morlans, M José, Álvaro, P y Pedrera Zamorano, Juan Diego. La atención a los ancianos en las Reglas de San Fructuoso del Bierzo. *Híades*. 2001; VI(8):245-248.
- Canals Josep. Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Jano* 1985 18; XXIX, nº 660-H, 365:72.
- Cano-Caballero Galvez M<sup>a</sup> Dolores. Enfermería y Género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index. Enferm*. 2004 (46):34-39.
- Carlson Judith H., Craft Carol A. y McGuire Anne D. *Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: Pirámide. 1985. En inglés 1982. Saunders company.
- Carpenito Linda. *Diagnóstico de enfermería*. Madrid: Pirámide. 1986.
- Carr Ian. Women in Healing and the medical profession. [www.Umanitoba.Ca/Outreach/Manitoba Women Health/Wominmed.Htm](http://www.Umanitoba.Ca/Outreach/Manitoba_Women_Health/Wominmed.Htm). 20 Jul.04
- Cassany Daniel. *La cocina de la escritura*. Barcelona: Anagrama. 1994.
- Castells Manuel. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. La sociedad red*. Vol. 1. Madrid: Alianza editorial. 1996.



- Cia Blasco J.; Miguel Garcia I.; Blasco Solana M.; El Hospital de Nuestra Señora de Gracia en el siglo XVI: Institución de la Cofradía de las Honestas Mujeres (27-I-1575). *Actas. III. Congreso Internacional y VIII Nacional de Historia de la Enfermería*. Zaragoza 2005. En prensa.
- Cigarini Lia. La política del deseo. *La diferencia femenina se hace historia*. Barcelona: Icaria, 1996.
- Co Helvie. *Advance practice nursing in the community*. Sage publications, inc. California. Thousand Oaks, 1998.
- Cobb Leahy. *Enfermería de Salud de la Comunidad*. México: La prensa médica mexicana, 4ª ed. 1984.
- Colliere M.Françoise. *Promouvoir la vie*. Paris: Intereditions. 1982.
- Colliere M.Françoise. A conversation about nursing and the invisibility of care. Interview by Jocalyn Lawler. [Biography; Historical-Article; Interview]. *Nurs-Inq*. 1998 Sep; 5(3):140-5.
- Comas D'Argemir Dolors. *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria. 1995.
- Comas D'Argemir Dolors. Mujeres, familia y Estado del Bienestar. En Del Valle (ed) *Perspectivas feministas en antropología social*. Barcelona: Ariel. 2000:187-204.
- Comas D'Argemir Dolors y Roca i Girona Jordi. El cuidado y asistencia como ámbito de expresión de la tensión entre la Biología y Cultura. *Actas. Congreso de antropología*. Zaragoza. 1996: 57-69.
- Consejo de Universidades. *Reforma de las Enseñanza Universitaria del Diplomado en Enfermería*. Propuestas alternativas, observaciones y sugerencias formuladas al informe técnico durante el periodo de información y debate públicos. Madrid: MEC, 1988
- Consejo General de Enfermería. *Código Deontológico*. Madrid. 1988:85
- Consejo Internacional de Enfermería. *Bienestar social y económico de las enfermeras*. [www.icn.ch](http://www.icn.ch) (10 de Julio de 2003)
- Córdoba Cristobal. Falange Española de las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista. Junta provincial de Córdoba. En: *La Falange durante la segunda guerra mundial*. S.p. 2001:22
- Corrales, D Galindo, A Escobar, MA Palomo, L y Magariño, MJ. [El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo](#). *Aten Primaria*. 25(4):214-219. 2000.
- Crooks, D-L (mcmaster University School of Nursing, Hamilton, Ontario, Canada. Crooksd@fhs.mcmaster.ca). The importance of symbolic interaction in grounded theory research on women's health. *Health-Care-Women-Int*. 2001; 22(1-2):11-27.
- Cuadra Cristina, Lorenzo Josemi Muñón Angels Segura Cristina. *Las mujeres y la historia: ciencia y política*. Madrid: Al-Mudayna 1997: 73-93.
- Cuadri Duque, M José. La ciencia y el arte de partear: antecedentes históricos de la enfermería maternal. *Rev Rol Enferm*. 1985; VIII(84-85):13-16.

- Cuadri Duque, M José. Antecedentes históricos de la formación de matronas. *Híades*. 1999; IV(5-6):261-270. Histórico, artículo.
- Cuesta Benjumea Carmen de la (coord.). Jiménez Larrea Cristina, Larrosa Ferreira Angelita y Presser Juste Ernestina. *Salud Pública*. Madrid: UNED. 1981
- Cuesta Benjumea, Carmen. Estrategias de futuro para el desarrollo de la Enfermería Comunitaria. *Metas Enferm* 2004; 7(2):60-63.
- Cuesta Benjumea, Carmen. Desafíos de la investigación cualitativa. *Nure Invest* 2005.
- Cuesta Zambrana Andrés, Benavent Garcés M<sup>a</sup> Amparo y Guirao i Goris J. Adolf. *Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Chaboyer WP, Patterson E. Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration. *Nursing and Health Sciences*. 2001; 3(2): 73-79
- Chamizo Vega C. Magdalena V. Barbon Arguelles R. Gallardo A. Movimiento asociativo y enfermería: reflexiones de pasado, presente y futuro. *Actas. VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad de Alcalá de Henares. 2003; 91:96. [www.hcabuenes.es/enfermeria/aginae.htm](http://www.hcabuenes.es/enfermeria/aginae.htm).
- Chamizo Vega Carmen. La perspectiva de género en enfermería. *Index Enferm*. 2004; 46:40-44
- De Castro Francisco. *Historia de la vida y Santas obras de San Juan de Dios y de las Institución de su Orden y principio de su Hospital*. Córdoba: Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía y Obra Social y Cultural CajaSur. 1995.
- Trascrición. Del principal cuidado de los enfermos. La vida en los Hospitales de San Juan de Dios. *Index Enferm*. 1992; I(1):57-61.
- Del Valle Murga Teresa. Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. *Actas. Congreso Internacional Sare*. San Sebastián, 2003.
- Delgado Ana, López Fernandez Luis Andrés, Luna Juan de Dios. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*. 2001; 28 (4):219-26.
- Dimond Margaret an Lynn Jones Susan. *Chronic illness across the life span*. Connecticut: Appleton Century Crofts. 1983.
- Diótima. *Traer el mundo al mundo*. Barcelona: Icaria, 1996.
- Domínguez Alcón Carmen, Rodríguez Josep A. y de Miguel Jesús M. *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide. 1983.
- Domínguez Alcón Carmen. *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide. 1986.
- Donahue M.Patricia. *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma. 1993
- Dummer Clark Mary Jo. Virginia. Reston Publishing Company, Inc.1984.

- Duran M<sup>a</sup> Angeles. *El trabajo de la mujer en España: un estudio sociológico*. Madrid: Tecnos. 1972
- Liberación y utopía*. Madrid: Akal, 1982.
- Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos, 1983.
- La jornada interminable*. Barcelona: Icaria 1986
- Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA. 2003.
- Durkheim Emilio. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Buenos Aires: Schapire. 1968
- Eguía Manuel. *María Rafols Bruna, fundadora de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico (CSIC). Cuadernos de Aragón nº 23, 1995:41-48.
- Ehrenreich, B y English, D. *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos, política sexual*. Barcelona: La Sal, 1984.
- Ehrenrich Barbara. *The American Health Empire*. New York: Random House. 1971.
- Eiranova Díez, Paloma y Eiranova Díez, Blanca. Brujas, enfermeras y parteras. *Actas. Primeras Jornadas Palentinas de Enfermería en Atención Primaria (Carrión de los Condes, 22 y 23 de octubre de 1999)*. Palencia: Asociación Carrionesa de Enfermería de Atención Primaria, 1999, pp. 111-116.
- Epstein Samule S. *The politics of cancer*. San Francisco: The Sierra Club. 1978.
- Escriba Agúir Vicenta. Trabajar fuera de casa. ¿Mejora la salud de la mujer?. *Med. Clín. (Barc.)* 1997; 108, 580-1.
- Eseverri Chaverri C. *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Barcelona: Salvat, 1984.
- Historia de la Enfermería reciente: 1963-1988. *Todo Hosp.* 1989 abr; 55:17-21.
- Análisis histórico de la enfermería en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. En: *Jornadas Internacionales de Enfermería "San Juan de Dios": Ponencias y Comunicaciones (Sevilla, 2, 3 y 4 de septiembre de 1992)*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 1993. Pp. 37-54.
- Juan de Dios, el hombre. Un acercamiento a la dimensión antropológica del personaje. *Index Enferm.* 1995; IV(14):19-22.
- Felipe II y la reducción de hospitales. Juan Grande Romana: enfermero y hospitalero. Jerez de la Frontera, 1592. *Híades*. 1996/1997; 3-4:167-174.
- La enfermería medieval. Un documento histórico. *Híades*. 1996/1997; 3-4:229-252. Histórico, artículo.
- En el umbral del amor. El Siervo de Dios José Olallo Valdés*. Barcelona: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Postulación General, 1996.
- Yo, Juan de Dios*. Palencia: Centro Asistencial San Juan de Dios, 1995.

- Historia de la enfermería española y palentina. *Actas*. Primeras Jornadas Palentinas de Enfermería en Atención Primaria (Carrión de los Condes, 22 y 23 de octubre de 1999). Palencia?: Asociación Carrionesa de Enfermería de Atención Primaria?, 1999. pp. 35-44.
- Juan de Dios, el de Granada. En: V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: *Qalat Chábir*, 2001:57.
- Juan de Dios y el Regente de España (Valladolid, 1547-1548): una batalla administrativa por las confituras de los pobres. *Index Enferm.* 2001; X(35):41-44.
- Análisis histórico de la enfermería en la orden hospitalaria de San Juan de Dios. *Actas*. Jornadas Internacionales de Enfermería "San Juan de Dios", 1992. Sevilla, 1993. I:37-54.
- El oficio de enfermera en el Hospital de San Antolín de Palencia en 1398. *Index Enferm.* 2001; X(34):50-51.
- Ewles L, Simnett I. *Promoting Health. A practical guide* (4ª edición). Londres: Harcourt Publishers, 1999.
- Fargues García Isabel y Tey Freixa Roser. Historia de la Enfermería, "Ordinacions de 1417", Hospital de la Santa Creu de Barcelona. *Rev Rol Enferm.* 1995; 200:47-53.
- Fargues García Isabel y Tey Freixa Roser. Inicios de la profesionalización enfermera en el hospital de la Santa Cruz i Sant Pau de Barcelona (1901-1966). *Actas*. VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares. 2003;99-103.
- Fernández Becerra, María del Prado, Álvaro Parra, María Patrocinio, Carrero Martínez, A y Morlans Lorientes, María José. Tradición y salud en torno al embarazo, parto y puerperio. En: Vº Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: *Qalat Chábir*, 2001. Pp. 78-79.
- Fernández Doctor Asunción. *La sanidad en Aragón a finales del siglo XVIII*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico (CSIC). Cuadernos de Aragón nº 23, 1995:49-55.
- Fernández Isabel. *Entre el dolor de espalda y la tristeza*. Universidad de Granada. 1991.
- Fernández Mérida, M Concepción. Asistencia en el Hospital malagueño de Santo Tomás en el siglo XVIII. *Híades*. 1995 sep; 2:143-152. La asistencia domiciliaria y la legislación del siglo XIX. *Híades*. 1999; IV (5-6):145-154.
- La asistencia domiciliaria y la legislación del Siglo XIX. *Index Enferm.* 1999; VIII (24-25):79.
- Las Hijas de la Caridad y su influencia en la profesionalización de la asistencia. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):42-46.
- Málaga (1928-1978). La enseñanza de la profesión de enfermería según los fondos documentales del archivo de Diputación. (Hospital Civil). *Actas del VIº Congreso de Hª de la Enfermería*. Universidad de Alcalá de Henares. 2003: 48:58.

- Ferrer Cano, Francisca. Las parteras en el protomedicato de Castilla. *Index Enferm.* 1999; VIII (27):37-40. Histórico, artículo.
- Ferrer Cano, Francisca. El cuidado en la España Medieval. Una aproximación a la enfermería institucional. *Index Enferm.* 2001; X(34):49-50.
- Fierst Elinor V y Wolff Lu Verne. *Principios fundamentales de enfermería*. México: La prensa médica mexicana. A España nos llegó la 12ª reimpresión de 1980.
- Firth J., West M. A. *La mujer en el mundo del trabajo*. Madrid: Morata. 1991:255
- Francisco del Rey Cristina. *Memorias de una enfermera*. Madrid: La esfera de los libros. 2003
- Francisco del Rey C, García Suso a y col. *Perspectivas de la igualdad de género en el curriculum de enfermería*. Madrid: Asociación Española de Enfermería Docente y Fundación MAPRE Medicina. 2001
- Francisco del Rey, Cristina. García Suso, Araceli .Rodríguez de la Parra, Sonsoles. Ruiz Ureña, T. Arroyo Gordo, M del Pilar. Martín Marino, A. Sellan Soto, M del Carmen, Sánchez Perruga, M Isabel y Mazarrasa Alvear, Lucía. [Perspectivas de la igualdad de género en el curriculum de enfermería](#). Actas. Madrid: XXI sesiones de la AEED. 2000: 75-78.
- Freidson Eliot. *Sociología de la profesión médica*. Barcelona: Península, 1978.
- Freeman Stacey. Constructing the pediatric nurse: eugenics and the gendering of infant Hygiene in Early Twentieth Century Berlin. *Dynamis* 19: 1999; 353-378
- Frías Antonio y Palomino Pedro. Marco conceptual de Enfermería Comunitaria. Modalidades de atención y su organización en atención primaria. En: Mazarrasa. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana. 1986.
- Frías Osuna Antonio. *Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso*. Madrid: Ministerio de Sanidad. 1990:161
- *Enfermería Comunitaria* (Coord.). Madrid: Masson. 2000:502.
  - *Salud Pública y Educación para la Salud* (Coord.). Madrid: Masson. 2000:440.
- Gálvez Toro Alberto. *La medicina bajo sospecha*. Siete ejercicios especulativos. Granada: Fundación Index, 2002.
- Producción científica de la enfermería española en atención primaria. *Metas Enfer.* 2001; IV(34):24-30.
  - Pedagogía de la desmotivación: soy tonto, me llaman inútil. Dos estrategias de socialización en el hospital. *Index Enferm.* 2005; XIV, (48-49):23-7.
- Gálvez Toro Alberto, Amezcua Manuel y Hueso Montoso César. Cuiden Citación y la valoración de las publicaciones científicas enfermeras. *Index Enferm.* 2005; XIV, 51:7-9.
- García Bañón Ana Mª, Sainz Otero Ana, Botella Rodríguez Manuel. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm.* 2004 (6): 45-48

García Martínez Manuel Jesús y Espina Gutierrez, M Dolores. La revista sevillana La Matrona Hispalense (1929/1930): a la búsqueda de una identidad profesional. *Híades*. 1999; IV(5-6):285-326.

García Martínez Manuel Jesús y García Martínez Antonio Claret.

- 1000 referencias bibliográficas para la Historia de la enfermería. *Híades*. 1996/1997; 3-4:7-123.
- ¿Transición o crisis profesional?. La alegación de don Alonso Carranza en defensa de las parteras (siglo XVII). *Híades*. 2001; (8):299-309.
- Mujer y asociacionismo profesional. El colegio de Matronas de Sevilla y su labor en defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX. *Híades*. 2004; 9): 607-624
- Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Manual de la Comadre y del estudiante en Medicina. *Híades*. 2004; (9):59-70

García Martínez, Antonio Claret, García Martínez, Manuel Jesús y Valle Racero, Juan Ignacio. Estudio de un documento del siglo XVII, carta de examen para el ejercicio del oficio de matrona. *Matronas hoy*. 1992 oct-dic; 2:37-40.

- La administración del Bautismo de urgencia: una función tradicional de Matronas. *Matronas hoy*. 1994 abr-jun; 4:47-53.
- Manual del Arte de Obstetricia, para uso de las Matronas. *Híades*. 1994; I(1):45-51.
- El modelo de enfermería de San Juan de Dios. *Index Enferm*. 1995; IV(14):31-35.
- Matrona y Beneficencia en la Sevilla del XIX. *Híades*. 1995; (2):43-56.
- Notas históricas sobre la vida de San Juan de Dios. *Híades*. 1995; (2):65-72.
- La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Híades*. 1996/1997; (3-4):62-82.

García Martínez, Manuel Jesús, Valle Racero, Juan Ignacio y García Martínez, Antonio Claret. Las fuentes para el estudio de la Historia de la Enfermería en España. *Index Enferm*. 1994; III(7):60-61.

García Martínez , Antonio Claret y García Martínez , Manuel Jesús. Instrucciones succintas sobre los partos, para la utilidad de las comadres, obra del Dr. Joseph Raulin, Zaragoza, 1772. *Híades*. 1999; IV(5-6):335-417.

García Martínez, Manuel Jesús y Espina Gutiérrez, M Dolores. La revista sevillana. La Matrona Hispalense (1929/1930): a la búsqueda de una identidad profesional. *Híades*. 1999; IV(5-6):285-326.

- Notas biográficas sobre Dña. Rosalía Robles Cerdán, fundadora-directora de la revista La Matrona Hispalense. *Híades*. 1999; IV(5-6):327-332.

García Martínez, Manuel Jesús y García Antonio Claret. Fechas clave para la historia de las matronas en España. *Híades*. 1999; IV(5-6):243-260.

- La función asistencia y docente de la partera en los siglos XVI y XVII. Su reflejo en el tratado Libro del Parto Humano. *Híades*. 2004; (9):581-605
- Mujer y asociacionismo profesional. El colegio de Matronas de Sevilla y su labor en defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX. *Híades*. 2004; (9): 607-624. Archivo Municipal de Sevilla. Expediente nº 30. Negociado de Beneficencia. Año 1906, folio 2.

García Martínez Manuel Jesús, Valle Racero Juan Ignacio y Claret Antonio García Martínez López, S. La edificante doctrina para el perfecto enfermero. *Index Enferm*. 1994; III(8-9):66-70.

García Martínez, Manuel Jesús, Valle Racero, Juan Ignacio y García Martínez, Antonio Claret. Directorio de enfermeros. *Híades*. 1995; 2:100-106.

- Instrucción de enfermeros, para aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos. *Híades*. 1995; 2:91-99.

García Martínez, Manuel Jesús, Llanos Peña, Francisco de y García-Carpintero Muñoz, M Ángeles. Perfil socio-académico de los aspirantes a practicante y matrona en la Sevilla de la segunda mitad del siglo XIX. En: V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: *Qalat Chábir*, 2001

García Martínez Manuel J. Novedades Bibliográficas de Historia de la Enfermería. *Híades*, 1995; 2 (2):27.

- Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear. *Híades*. 1996/1997; 3-4:85-91.
- Instrucciones suscintas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres. *Híades*. 1996/1997; 3-4:93-99.
- Manual de obstetricia. Ginecología menor para las comadronas. *Híades*. 1999; IV(5-6):41-46.

García Navarro, A., Moreno Sánchez, J. Vera Pérez, J.A. La Historia de la enfermería en la red. *Enfermería Global*, 2003; (3):1-11. Revista electrónica. Universidad de Murcia. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/).

García Olmo L. Arias P. Marrios M. de la Cuesta A y Aguado M. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1992, 4, 187-191.

García Pedraza, A. Una relación ignorada: Juan de Dios y los moriscos. *Index Enferm*. 1995; IV(14):23-26.

García Suso Araceli. Vera Cortés Manuel Luis y Campo Osaba M<sup>a</sup> Antonia. *Enfermería comunitaria: bases teóricas*. Madrid: Paradigma. 2001

GAIHE. Primer Reglamento en España para la enseñanza de Practicantes y Matronas (1981). *Qalat Chábir*. 1994; II(2):123-131.

- Gala León, Francisco Javier, Díaz Rodríguez, Mercedes y Lupiani Giménez, Mercedes. Los métodos de educación maternal: una revisión histórica. *Rev Rol Enferm.* 1993; 173:41-44.
- Gallardo Moraleda, Carmelo, Gil-Martín Yuste, África y Jaldón García, Elena. Historia de la prensa de enfermería en Sevilla. *Hygia.* 1992; 22:19-23.
- Gallardo Moraleda, Carmelo, Jaldón García, Elena y Villa V. La enfermería sevillana. *El colegio y su historia, 190-1930.* Sevilla: Colegio de Enfermería 1993
- García Barbero Milagros, Alfonso Roca M<sup>a</sup> Teresa, Cancillo Salas Jesús y Castejón Ortega José Vicente. *Planificación educativa en ciencias de la salud.* Barcelona: Masson SA.1995.
- García Martín-Caro Catalina. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero.* Madrid: Harcourt. 2001: 214.
- García Sanz M<sup>a</sup> Jesús. *Enfermería y Centros de Salud.* Zaragoza: Colegio de Enfermería. 1989.
- Gascón Encarna. Concepción Arenal y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2002;16 (5)
- Gascón Pérez Encarna, Galiana Sánchez M. Eugenia. Bernabeu Mestre Josep. La aportación de las enfermeras visitadoras sanitarias al desarrollo de la enfermería venezolana. En: Barona JL. *Ciencia, salud pública y exilio.* Valencia: Seminario de estudios sobre la ciencia. 2003: 99-129.
- Gaviria Benito, Jacinta y Ramalle Gomara, Enrique. Conocimientos y prácticas de las parteras en La Rioja. *Enferm Científ.* 1996; 166-167:62-64.
- Germán Bes Concha, de Francisco Cristina y Mazarrasa Alvear. *La mujer en el cuidado de la salud.* Actas Jornadas de Género.1982. Madrid: Universidad Autónoma.
- Germán Bes Concha. *Necesidades de aprendizaje en administración y salud pública de los técnicos de salud.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1988:33-36.
- ¿Para cuando el Autocuidado?. *Jano.* 1996 (11-7), LI;1183-85
  - *Memoria y Proyecto Docente para la plaza de titular.* Universidad de Zaragoza. Noviembre, 1999
  - Modelo de enfermería comunitaria. En: Sánchez y col. *Enfermería Comunitaria III.* Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
  - Metodología del trabajo enfermero en la comunidad. En: Mazarrasa. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria,* Madrid. 2<sup>a</sup> ed. Mc Graw Hill Interamericana, 2003;1369-1388. Género y enfermería. *Index Enferm.* 2004(6):7-8
  - *Pensamiento enfermero y cuidados invisibles en los últimos 25 años en España.* Trabajo del DEA. Septiembre 2003.
  - Amor y ciencia de los cuidados desde la perspectiva de género. Curso: maternidad y crianza, aspectos éticos, emocionales y sociales. *Curso de verano,*



- Jaca 31 Agosto, 1,2 y 3 de Septiembre 2004. Universidad de Zaragoza. Materiales del curso.
- Germán Concha, Zunzunegui Victoria, Luna Juan de Dios, Pedraza Miguel. El control de la hipertensión arterial en atención primaria: evaluación de un programa de autocuidados. *Aten Prim.* 1994 (13);1: 3-7.
- Germán Bes Concha y Fajardo Trasobares Esther. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004 (6): 9-12
- Giddens Anthony. *Sociología*. Madrid: Alianza. 2000:711-2
- Gigante Pérez Crispin, Gomez González Jorge L. Torres León Luís, Megias Lizancos Francisco, Blanco Prieto Rosa Mª y González Mercedes. El vendaje a través de la Historia. Actas. VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares. 2003, 76:81.
- Gil Sacaluga, Rosario. Magas, Sanadoras, Curanderas. Aquellas "Brujas" tan sabias. *Híades*. 1999; IV(5-6):93-101.
- Gil Sacaluga, Rosario. Un paseo histórico por la lactancia materna. *Híades*. 2004; (9):293-303
- Girbau García Mª Rosa. *Enfermería Comunitaria I*. Barcelona: Masson. 2002.
- Gjerberg E. Kjolsrod L. The doctor nurse relationship: How easy is it to be a female doctor cooperating with a female nurse?. *Soc. Sci. Medic.* 2001; 52(2): 189-202
- Gómez Robles, Javier y Domingo Pozo, Manuela. [Historia de la enfermería de salud pública en España](#). *Cul Cuid.* 1999; III(5):20-28.
- González Canalejo, Carmen y Márquez Membrive, Josefa. ¿Hacia dónde va la historia de la enfermería? *Cul Cuid.* 2000; IV(7-8):27-34.
- González Escudero, Carlos, González Santos, Patricia, Mañas Rueda, Cristina y Suárez Castañón, José Luís. Theodoro Fliedner, "Padre de las Diaconisas" de Kaiserwerth, y su aportación a la enfermería profesional. *Híades*. 2000; V(7):229-238.
- González Guitian, Carlos, Méndez Pazos, M Carmen, Pichel Guerrero, M José, Prieto Díaz, Amelia y García Sánchez, M Matilde. Expósitos y sala de partos secretos. Hospital de la Caridad de A Coruña. *Rev Rol Enferm.* 2000; 23(6):451-456.
- González Iglesias, M Elena, Iglesias Lorenzo, Luisa M y Prol Cid, Rosa M. El Hospital de San Roque de Orense: organización funcional y registros en los siglos XVIII y XIX. *Index Enferm.* 1995; IV(12-13):9-13.
- González Rodríguez, Angustias. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enfer Cientif.* 2001; 234-235:33-40. <http://www.enfermeriacientifica.com>
- Goodman Claire. Prescripción enfermera. Conferencia pronunciada en Febrero de 2006 en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. [www.faecap.com/archivo](http://www.faecap.com/archivo). (23 Mayo 2006)

- Gordo García Marta. Género y libertad. *Especulo*. 2001:1-9. (25 de Noviembre de 2003) [www.ucm.es/info/especulo/número19/gnero.html](http://www.ucm.es/info/especulo/número19/gnero.html). .
- Gracia Diego. Orígenes de la enfermería española. Una profesión y su historia. *Jano*, 1994, XLVII. 1994:53.
- Green Mónica. En busca de una "auténtica" medicina de mujeres: los extraños destinos de Trotr de Salerno e Hildegarda de Bingen. *Dynamis*. 1999; 19, 25-54.
- Guerra González. José Eugenio. Manual de partos ó maniobra de los partos preternaturales, reducida a su mayor sencillez, precedida del mecanismo del parto natural. *Híades* 2004; (9):71-76
- Guilbert. *Guía pedagógica de la OMS para el personal de Salud*. Salamanca: Universidad de Salamanca. 1979
- Guirao i Goris, Josep Adolf; Moreno Pina, Patricia, Martínez del Campo, Paloma. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". *Enferm Clin*; 11(4):135-140.
- Gutiérrez Lera Chema. *Seres mitológicos fantásticos y misteriosos de Aragón*. Zaragoza: Prames. 1999.
- Hall Dorothy.C. Informe OMS sobre enfermería española. *Tribuna Sanitaria*. 1976; Separata, I-VIII.
- Hardin, P-K (University of Washington, School of Nursing, WA 98195, USA. [phardin@u.washington.edu](mailto:phardin@u.washington.edu)). Theory and language: locating agency between free will and discursive marionettes. *Nurs-Inq*. 2001; 8(1):11-8.
- Harding Sandra. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata. 1996
- Henderson Virginia. *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería. 1971..
- Henriksson Lea. Sisterhood's Ordeals: Shared Interests and Divided Loyalties in Finnish Wartime Nursing. Pruebas de hermandad: intereses compartidos y lealtades divididas en la enfermería finlandesa en tiempos de guerra. *Dynamis* 1999; 19, 305-327.
- Hernán San Martín y Vicente Pastor. *Salud Comunitaria, teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos. 1984.
- Hernández Conesa, J. [Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería](#). Madrid: Interamericana, 1995
- Hernández Martín Francisca. La Enfermería en los siglos XVIII-XIX.. Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería y Podología. Universidad Complutense. 1995. *Actas. II Jornadas de Historia de la Enfermería*. Albacete. 1993.
- La Enfermería en el Siglo XX, de oficio a profesión. Los momentos del cambio. Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería y Podología. Universidad Complutense. 1995. Jornadas del 92
  - *Historia de la Enfermería en España desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis. 1996

- Hernández Francisca, Pinar M<sup>a</sup> Eugenia y Moreno M<sup>a</sup> Angeles. Reseña histórica del Seminario Permanente de H<sup>a</sup> de la Enfermería. *Híades*, 1995; (2):21-26
- Hernández Martín, Francisca, Moreno Roy, M Ángeles y Pinar García, M Eugenia. De las Hijas de la Caridad y su formación. *Híades*. 1995; 2:169-178.
- Herrera de Elera Lola. Mujer, enfermería y salud. *Actas del Primer congreso para el Desarrollo de la Enfermería*. Madrid: Colegio provincial de ATS y DE. 1982: 265-269.
- Herrera Rodríguez, Francisco. Un periódico aragonés: El Practicante (1885). *Híades*. 1995; 2:153-167.
- Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929). *Cul Cuid*. 1997; 1(1):37-42.
  - La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX. *Híades*. 1999; IV(5-6):271-283.
- Hill Lynda y Smith Nancy. *Self-care nursing*. London: Prentice-Hall International. 1985.
- Hipatia. *Dos para saber, dos para curar*. Madrid: Horas y horas. 2004
- Hodgson Agnes. *A una milla de Huesca. Diario de una enfermera australiana en la guerra civil española*. Keene Judith y Pardo Lancina Víctor (eds.). Zaragoza: Rolde de estudios aragoneses, Universidad de Zaragoza. 2005. Han colaborado la Diputación de Huesca, la Comarca de los Monegros y el Colegio de Enfermería de Huesca. Prólogo Gabriel Jackson.
- Hojat, M; Nasca, T-J; Cohen, M-J; Fields, S-K; Rattner, S-L; Griffiths, M; Ibarra, D; de-Gonzalez, A-A; Torres-Ruiz, A; Ibarra, G, and Garcia, A (Jefferson Longitudinal Study in the Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania 19107-5083, USA.). Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nurs-Res*. 2001; 50(2):123-8.
- Ibaretxe Markuarty Juan José. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Inauguración. *Actas*. Congreso Internacional Sare. San Sebastián: 2003.
- Iboleón López, María del Carmen. Matronas en la segunda mitad del siglo XX. Diferencias formativas y su impacto social. *Actas*. V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: *Qalat Chábir*, 2001
- Infante Alberto, Alvarez Teresa, y Germán Concha et al. *Cambio Social y Crisis Sanitaria*. Madrid: Ayuso 1975.
- Jagoe C. et al., *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*, Barcelona: Icaria, 1998.
- Jarvis Linda L. *Community health nursing. Keeping the public healthy*. Philadelphia.: (2<sup>a</sup> ed.)F.A.Davis Company. 1985.
- Jiménez Otero María de la O y Gutiérrez Arana Carmen. *La Consulta de Enfermería Manuales nº 7 y 8* Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1987.

- Jiménez Otero María de la O y Ruiz Arias Esperanza. *Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios de la RASSSA*. Sevilla: Consejería de Salud. 1985.
- Jódar-Solá G., Cadena A., Andreu N. Parellada-Esquinas y J. Martínez-Roldán. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Actas. Jornadas de Enfermería. Avance de la enfermería en el siglo XX*. 2005,
- Juan de Dios y su obra en la bibliografía. *Index Enferm*. 1995; IV(14):40-42.
- Judería Clementina. La fundadora de la visita domiciliaria en España. *La visitadora sanitaria*, 1935, 2:6-13. En: Bernabeu Mestre Josep y Gascón Pérez Encarna. *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Universidad de Alicante. 1999.
- Juliano D. *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Madrid: Horas y Horas. 1998
- Kathleen M. Leahy, M. Marguerite Cobb y Mary C. Jones. *Enfermería para la salud de la comunidad*. México: La prensa médica mexicana. 1977.
- Keller Evelyn F. *How gender matters, or Why It's so hard for us count pas two*. En: *Jan Harding (ed.). Perspectives on Gender and Science*. Philadelphia: The Falmer Press, 1986
- Keller Evelyn F. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnanim. 1991.
- Kérouac Suzanne, Pepin Jacinthe, Ducharme Francine, Duquette André y Major Francine. *El pensamiento enfermero*. Barcelona. Masson, 1996.
- Khun T. *¿Qué son las revoluciones científicas? Y otros ensayos*. Barcelona: Paidós ICE/UAB, 1989.
- King Ynestra. Feminismo, Ecología, y el dualismo Naturaleza/Cultura . En: Comp. Agra Romero María Xose. *Ecología y Feminismo*. Granada: Ecorama 1998.
- Klainberg Marilyn, Holzemer Stephen, Leonard Margaret y Arnold Joan. *Community Health Nursing. An alliance for health*. N. York: Mc Graw-Hill. 1998.
- Klairmont Lingo Alison. Las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI. *Dynamis*. 1999; 19, 79-94.
- Kramer Heinrich y Sprenger Jacobus. *Malleus maleficarum (El martillo de las brujas)*. 1468. Traducción Floreal Maza. Madrid: Orión. 1968.
- Krebs, Doris. Programa de CIE sobre Enfermería de atención de la salud primaria: presente y futuro. *Rev. Inter Enferm* 1982; 7-8.
- Krief Bernard. *La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles*. Madrid: Consejo General de Enfermería. 1998.
- Lagarde Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Universidad Nacional Autónoma. 1ª reimpresión 2001. (1ª edición 1990)
- Lagarde Marcela. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *Actas Emakunde*. San Sebastián. 2003:37-40.

- Larumbe M. Angeles. *Una inmensa minoría. Influencia y feminismo en la Transición*. Zaragoza: PUZ. Prensa Universitaria 2002.
- Le Goff. J. *El orden de la memoria. El tiempo como imaginario*. Barcelona: Paidós. 1991.
- Leydesdorff, S. Historia oral. En: Peter Burke. *Formas de hacer historia*. Madrid: Alianza. 1993 pp. 144-76.
- Levi-Strauss Claude. La eficacia simbólica. En: Antropología estructural. Buenos Aires: Endebo. 1961.
- Lewis Thomas.
- La ciencia más joven. Madrid: Editorial Hermann Blume. 1985. (Edición en lengua inglesa Viking Penguin, 1983).
  - Ensayos nocturnos. Hermann Blume. 1985. (Edición en lengua inglesa Viking Penguin, 1983)
- Leydesdorff, S. Historia oral. En: Meter Burke. *Formas de hacer historia*. Madrid: Alianza. 1993:144-76
- Lillo Crespo, Manuel. El desarrollo de la enfermería moderna: el reformismo británico del siglo XIX como agente político de cambio. *Index Enferm*. 2002; Año XI (36-37):33-36.
- López Barajas Zayas E (coord.). *Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología*. Madrid: UNED, 1996
- López Martín Inmaculada. *Atención domiciliaria. Diagnósticos enfermeros*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill. 1994.
- López Piñero J. M<sup>a</sup> y Terrada Ferrandis M<sup>a</sup> Luz. *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica, 2000:295
- López R. Enfermería de Atención Primaria: desarrollo de sus funciones en España. *Atención Primaria*, 1986; (3,4); 218-221.
- Lorraine M.Wright y Maureen Leahey. *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: FA. Davis company. 1984,
- Luis M.Teresa. *Diagnóstico de enfermería, un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona: Doyma.1995.
- Luker Karen and Orr Jean. *Health Visiting*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1985.
- Lunardi Filho V, Peter R, Gastaldo D. Are submissive nurses ethical?. A reflection on power anorexia-. *Rev. Brasileira Enfermag*. 2002; 55 (2); 183-188.
- Lledó Cunill Eulalia. Sexismo en el diccionario. *Iralia*, 2003, 52. 2003:10-13.
- Lledó Cunill Eulalia. De la invisibilidad de las mujeres en el lenguaje. El lenguaje no discrimina, lo hace quien lo utiliza. *Iralia*, 2003, 52. 2003:6-9.

- Magallón Portolés Carmen. Pioneras españolas en las ciencias. Las mujeres del Instituto Nacional de física y química. Consejo superior de Investigaciones Científicas. Madrid 1998:47.
- Magallón Portolés Carmen. Privilegio epistémico, verdad y relaciones de poder. Un debate sobre la epistemología del feminist standpoint (FS). En: Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD. En: *Interacciones ciencia y género*. Barcelona, Icaria. 1999.
- Manuel Esteban de y col. *La Reforma Sanitaria en al Atención Primaria 1984-1990*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. 1985.
- Marcén Letosa Juan José y Germán Bes Concha. Los paradigmas de la salud. En: Frías A. *Salud Pública*. Barcelona. Masson. 2000.
- Margulis L. y Sagan D. *¿Que es la vida?*. Barcelona. Metatemas. Tusquets. 1996
- Marriner Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona. Rol. 1989. 2ª edic
- Martín Barroso Clemente. *Enfermería: presente y futuro*. Madrid: Colegio de ATS. 1978
- Martínez Molina Ana. Alteraciones dermatológicas de los niños y los cuidados aplicados por la matrona en el siglo XVI. Valencia: ICN *Enf Dermatológ*, 1992. Pp. 169-176.
- *Ante la vida o la muerte. La actitud ético-religiosa de la Matrona* (un caso de la vida real). Hermanos hospitalarios. 1992 mar; 169:72-77
  - *La profesión de la matrona según el tratado de Luís de Lobera de Avila (Siglo XVI)*. Valencia: Fundación de Enfermería Internacional. 1994.
  - *La profesión de la matrona según el tratado de Damiá Carbó (Siglo XVI)*. Valencia: Fundación de Enfermería Internacional. 1994.
  - *La profesión de la matrona según el tratado de Francisco Núñez de Coria (siglo XVI)*. Valencia: Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana, 1995.
  - *La profesión de la matrona según el tratado de Juan Alonso Ruyzes de Fontecha (siglo XVII)*. Valencia: Fundación de enfermería internacional y Colegio oficial de enfermería, 1995.
- Martínez Nieto José Manuel. Vocación en enfermería. *Entre la etnografía y la cuantificación. Una visión a través de estudiantes de enfermería*. Cádiz: Universidad y Colegio de Enfermería. 2004: 207.
- Martínez Padilla Clara y Ortiz Gómez Teresa. Género y profesiones sanitarias. El trabajo de las matronas en Granada en el tránsito del XIX al XX. En: Castellanos Guerrero J, et al. (Coords.). *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998
- Martínez Vidal Alvar, Pardo Tomás José. Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración. *Cronos*, 2001; 4, (1-2):3-27.

- Mata Huidrobro, María Begoña, Martínez Argüelles, MA, Chás Barbeito, Cristina y Castro González, María Encina. Parteras y comadronas del siglo XVI. V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Sevilla, 25-27 de octubre de 2001). Alcalá de Guadaíra (Sevilla), *Qalat Chábir*, 2001.
- Matheu, E; López-Boado, MA; Heering, C; Torralbo, B; Israel, T; Gil, A; Moreno, LA y Zavala, E. Sedación y analgesia en una UCI quirúrgica. *Enferm Intensiva* 1997; 8(2):63-68,
- Mazarrasa Alvear Lucía, Germán Bes Concha Sánchez Antonio y col. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Tomos I, II y III*. Madrid: McGraw- Hill Interamericana. 1ª ed en 1996. Dos reimpressiones y 2ª ed. 2003.
- Mazarrasa Alvear Lucía. *Proyecto docente*. Madrid: 1986.
- *Programas y objetivos Docentes*. Madrid: UCM. 1982:247-260 (SPI) y 355-364 (SPII)
  - Estrategias de Promoción de salud. En: Miqueo C. Tomás C. Barral MJ. Fernández T y Yago T. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva. 2001.
- McKeown Thomas. *Introducción a la Medicina Social*. México: Siglo XXI. 1981.
- Medina José Luís. *La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Alertes. 1999
- Megías Lizancos, Francisco; Martínez Megías, Marisol y Pacheco Borrella, Germán. Apoyo de la Enfermera Especialista en Salud Mental a la Enfermera de Atención Primaria de Salud. *MedWave*. 2003 Sep. \ \Medwave\2003\Septiembre\3.act.htm
- Menéndez Eduardo L. *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Bellaterra. SGU. 2002.
- Mies Maria y Shiva Vandana. *Ecofeminismo. Teoría, crítica y perspectivas*. Barcelona: Icaria. 1993.
- Mila Nolla Mercedes (J.G.A). La mujer en la guerra: enfermeras. En: *Los médicos y la medicina en la guerra civil española*. Madrid: Beecham. 1986.
- Milla Galan Francisco, Prieto Rodriguez Mª Angeles y Amezcua Martínez Manuel. *Temas de Enfermería Comunitaria*. Ubeda (Jaén): Técnica ediciones. 1992.
- Minguez Arias, J y Minués Moreno, I. [La historia de la enfermera comunitaria, una historia reciente: la consulta de enfermería](#). Gijón: *Actas*. 1999.
- Miñana Antonio. Dilema. *Actas*. Congreso para el Desarrollo de la Enfermería. Madrid: Colegio provincial de ATS y D.E. 1980.
- Miqueo Miqueo Consuelo. Contrastar experiencias: diversidad de modelos para las científicas. En: Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD. (eds) En: *Interacciones ciencia y género*. Barcelona, Icaria. 1999.
- Women and doctors in Medicine. *The Lancet*, 2000; 1999; 354:65

- Semiología del androcentrismo: Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais. En: Consuelo Miqueo et al. (eds). *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001:97-134.
- Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea. En: José Martínez Pérez y al. (eds). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 2004:45-66.
- El valor epistemológico de la diferencia sexual en los tratados de Patología Médica. En: Blázquez Graf Norma y Flores Javier (eds). *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. México: UNAM Plaza y Valdés. 2004 pp.377-404.
- La construcción de los saberes y androcentrismo de la ciencia. *Actas VII Congreso Nacional y IIIº Internacional de Historia de la Enfermería*. Zaragoza: Octubre de 2005.

Miqueo Consuelo et al. Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia. *Feminismos* .(Alicante),I, 2003:195-215

Miralles Sangro M Teresa. San Juan de Dios y su Orden en la Filatelia. *Index Enferm*. 1995; IV(14):59-61.

MO. Hupper, "Women doctors in the Middle Ages", *History of Medicine*, 1973, 5(3):25-26.

Montoliú Martínez Enrique. *Informe sobre las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios*. Madrid: Universidad Complutense. 1978.

Moreno Isidoro. *La Semana Santa en Sevilla: Conformación, Mistificación y Significación*. Sevilla: Ayuntamiento. 1982

Moriano Béjar Pura. Dueña de mi libertad. El pacto de la renuncia de Paloma. *Index de Enferm* 2005; XIV, 50: 61-65.

Muñoz Vinuesa A, Lastra Junco MA. Investigación histórica de la enfermería. Metodología y técnica. Primeros textos. *Temas de Enfermería*. 1982;2:48-52.

Muraro Luisa. *El orden simbólico de la madre*. Madrid: Horas y Horas. 1994 (ed. Ital. 1991)

Murguialday Clara y Vázquez Norma. *Un paso más: evaluación del impacto de género*. Barcelona: Diputación de Barcelona, 2005.

Murillo Soledad. *El mito de la vida privada*. Madrid: Siglo XXI. 2ª ed. 2006

Muruafa Begoña. Sexismo en el lenguaje. Sexismo en el mensaje. *Iralia*, 2003, 52:20-23.

Nájera MP. Promoción de la salud. Enfoques internacionales. En: Mazarrasa L, Germán C, Sánchez M, et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1996 pp. 299-314.

Navarro Jiménez Carmen. Avellaned Jiménez Rosa Blanca y Espiga Gutiérrez Mª Dolores. Unidades Docentes de Matronas. *Perspectivas de futuro*. *Híades*. 2002/2003; (9):625-641



- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *New Eng. Journal of Med.* 2002;346 (22):1715-1722.
- Nordmark Madelyn T. y Rohweder Anne W.. *Bases científicas de la enfermería.* México: La prensa médica mexicana, 2ª ed. 1979.
- Noventa estudios de Historia de la Enfermería Española. *Index Enferm.* 1993; II(4-5):25-28.
- Oakley Ann. Who cares for health?. Social relation, gender, and the public health. *Journal of epidem. and comm. health.* 1994; 48:427-434.
- Odent Michel. *La científicación del amor. El amor y la ciencia.* Buenos aires: Creavida 2001.
- Odent Michel. *El granjero y el obstetra.* Buenos Aires: Creavida. 2002.
- Oltra Rodríguez, Enrique y Medioloagoitia Cortina, Luis A de, Enfermeros. Enfermería y Cirugía Menor. Antecedentes históricos, legalidad y situación actual en Asturias. *Centro Salud* 1999; 7(4):255-260.
- Olza Ibone y Lebrero Martínez Enrique. *¿Nacer por cesárea?. Evitar cesáreas innecesarias. Vivir cesáreas respetuosas.* Barcelona: Granica. 2005
- OMS: Enfermería en España. *Rev. Rol Enferm.* 1983; 6(57):32-37.
- Orem Dorothea E. *Normas prácticas en enfermería.* Madrid: Pirámide.1983.
- Ortiz Teresa y Sánchez Dolores. La experiencia escrita de las Matronas S. XVII-XVIII. *Feminae.* Universidad de Granada. 1994: 249-56
- Ortiz Gómez Teresa y Cabre i Pairet Montserrat. Mujeres y salud: prácticas y saberes. Presentación. *Dynamis.* 1999, 19, 17:24
- Ortiz Gómez Teresa et al. Universidad y feminismos en España II. Situación de los Estudios de las Mujeres en las universidades españolas en los años 90. Granada: Universidad, 1999.
- Ortiz Gómez Teresa. Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada. *Dynamis.* 1992; 12:323-346.
- La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En: Ballarin P. Martínez C (eds.). *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas.* Granada: Universidad, 1995.
  - Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis,* 1996; 16; 109-120.
  - La educación de las matronas en la Europa Moderna. ¿Liberación o subordinación? En Segura Graiño C. *De leer a escribir. I. la educación de las mujeres: ¿Libertad o subordinación?.* Madrid: Almudayna-Laya, 1996
  - Género y estrategias profesionales. La formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En: Ramos Palomo MD, Vera Balanza MT (eds). *El trabajo de las mujeres. Pasado y presente.* Málaga: Diputación Provincial de Málaga, 1996.

- El género, organizador de las profesiones sanitarias. En: Miqueo C. Tomás C. Tejero C. Barral MJ. Fernández T. Yago T. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva. 2001.
  - *La investigación en historia de la medicina y género*. Proyecto docente para la plaza de Catedrática de Historia de la Medicina. Universidad de Granada. 2003.
  - Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio*. Vol. LVII-1-2005:75-97
  - *Medicina, historia y género*. 130 años de investigación feminista. Oviedo: KRK ediciones, 2006:362
- Ortún V. La atención primaria de salud, clave de la eficiencia del sistema sanitario. *Jano* 1995; 1148:1587-1602
- Osuna Rodríguez Mercedes. *Mary Wollstonecraft: una voz de mujer*. Córdoba: Diputación de Córdoba 1999.
- Palomino Pedro y Frías Antonio. Atención primaria de salud: un análisis sobre la transformación en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 1992; 33, 6:269-274.
- Pallarés, A; Pallarés Martí, M y Cónsola Cónsola, F. ¿Cuál es el grado óptimo de sedación y analgesia en el paciente crítico? Análisis cualitativo con grupos focales desde la perspectiva de enfermería. *Index Enferm*. 2000 IX(28-29):90
- Parfit Jessie. The health of city. Oxford. 1974. En: Germán Bes Concha. *Diagnóstico de Salud de Alcalá la Real Ciudad Saludable*. Ayuntamiento. 1993.
- Parrilla Saldaña, Josefa y Sánchez Nario, Adela. Los hospitales de Sevilla en la Baja Edad Media. *Híades*. 1999; IV(5-6):103-114.
- Parsons Talcott. *The social system*. New York: Free Press. 1951.
- Paterson Josephine G. y Zderad Loretta T. *Enfermería humanística*. México: Limusa. 1979.
- Pay Equity Comisión. La invisibilidad del trabajo de la mujer, conclusiones de la Pay Equitativa comisión, *AMER. Journ. of Nurs*. 1991.
- Peinado Peinado, MI y Ortega Trigo, C. Sedación y analgesia en U.C.I. *Inquietudes*. 1999; IV(15):17-20.
- Peplau Hildergarde. *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*. Barcelona: Rol. 1982
- Peral Pacheco Diego, Pulgarían Guerrero, Antonio, Fernández Sabugal, Jesús y Mahedero Ruiz, Guadalupe. Literatura científica en español sobre la historia de la enfermería. Un estudio bibliográfico (1966-1995). *Híades*. 1999; IV(5-6):25-37.
- Perdiguero Gil Enrique. El mal de ojo: de la literatura antisupersticiosa a la antropología médica. *Asclepio*, 1986;38:47-66
- *Los tratados de Medicina Doméstica en la España de la Ilustración*. Alicante: Universidad, 1991.

- Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII. *Dynamis*, 2002; 22: 121-150
- El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gac. Sanit.*, 2004; 18 (Supl.I):140-145.

Pérez Andrés, Cristina; Alameda Cuesta, Almudena y Albeniz Lizarraga, Carmen. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud Pública* 2002; 31; 76(5):517-530.

Pezo Silva M<sup>a</sup> Concepción, de Souza Praça Neide y Costa Stefanelli Maguida. La mujer responsable de la salud de la familia. *Index Enferm.* 2004; XIII, 46:13-7.

Pinkolas Clarisa. *Mujeres que corren con los lobos, Mitos y cuentos del arquetipo de la mujer salvaje*. Barcelona: ediciones Zeta. 1998.

Poal Marcet Gloria. *Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

Poal Marcet Gloria. Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales que inciden en la relación mujeres-mundo laboral. *Cuadernos Rel. Labor.* 1995 (6): 94-105

Poletti Rosette. Cuidados de Enfermería. *Tendencias y conceptos actuales*. Barcelona: Rol. 1980.

Poletti Rosette. Enfermería como Profesión. Madrid: *Actas I Congreso para el desarrollo de la enfermería*. Colegio de ATS y D.E. 1982 pp. 11-20.

Pomata Gianna. Entre el cielo y la tierra: las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI. *Dynamis* 1999; 19, 119-143.

Portelli A. ¿Historia oral?. Historia y memoria: la muerte de Luigi Trastulli. *Historia y Fuente oral*, 1989; 1:5-33.

Prieto Moreno, Jesús, Santos Velasco, Jesús, Santos Velasco, Concepción y Vivas Oliva, Francisca. Casas-enfermería de la descalcez franciscana en Extremadura. *Index Enferm.* 2001; X(34):46-48.

Pujadas Muños Juan José. El método biográfico, el uso de las historias de vida en las ciencias sociales. *Cuadernos Metodológicos* nº 5. Madrid. CIS. 1992

Puleo Alicia. *Filosofía, género y pensamiento crítico*. Valladolid: servicio de publicaciones, 2000.

Puleo Alicia. El ecofeminismo y la salud de las mujeres. [www.womenandlife.org](http://www.womenandlife.org) (Women and Life on Earth). <http://www.ecofem.org> (Red ecofeminista). <http://www.matriz.net> (Red Mujeres y Salud) (consulta 3 de marzo de 2006)

Ramos Alarcón, B. La matrona a través del tiempo. *Bol Inf CP Granada*. 1994; 35:22.

Ramos Calero Enrique (Coord.) *Enfermería Comunitaria: Métodos y Técnicas*. Madrid: DAE. 2000.

- Redacción de Rol. Dr. Marrón. Consultas de Enfermería. *Rev. Rol Enferm* 1986; 94, 47-49.
- Registro y control de las matronas por la Iglesia Hispalense. La imagen de la Matrona a través de los Libros de Visitas Pastorales del Arzobispado de Sevilla, siglos XVII y XVIII. *Híades*. 1994; 1:13-33.
- Resilles Bernal Isabel y Mejias Márquez Concepción. *Salus Infirmorum*. 50 años en Cádiz. *Actas del VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad de Alcalá de Henares. 2003 pp. 128:131.
- Riboli Daniella. Más que ángeles. En: *Dos para saber dos para curar*. Cuadernos inacabados. Madrid. Horas y Horas. 2004 pp. 85-98.
- Riboli Daniella. Cuidar en relación: sobre el saber basado en la experiencia. *Actas de las III Jornadas de Género y Salud*. Zaragoza, 2005 (en prensa)
- Richl-Sisca Joan. *The Science and art of self-care*. Conneticut: Appleton-Century-Crofts. 1985.
- Rivera Garreta María Milagros. *Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Barcelona: Icaria.1994.
- La Historia de las Mujeres ¿Es, hoy, la Historia? En: *La Historia de las mujeres en el nuevo paradigma de la Historia*. Madrid: Al-Mudayna. 1997: 63-71.
  - *La diferencia sexual en la Historia*. Valencia: Universidad Pública de Valencia 2005.
- Roca Capara, Nuria. [Las relaciones de género en el marco de la profesión de enfermería](#). *Actas* . XVI Jornadas de la AEED. Madrid 2001. pp 321-331.
- Rodrigañez Casilda. *El asalto al Hades. La rebelión de Edipo. 1ª parte*. Madrid: Traficantes de sueños. 2002
- Reflexiones sobre la violencia interiorizada de las mujeres. Vitoria. 2003. [www.casildarodrigañez.org](http://www.casildarodrigañez.org)
  - La función social y libidinal de la maternidad. 2004. Curso de Verano de Jaca. Materiales. [www.casildarodrigañez.org](http://www.casildarodrigañez.org) (textos)
- Rodríguez García A.R. Nueva profesión de enfermeras. La noticia: 1915. *Jano*, 1994, XLVII, 59-64
- Rodríguez Josep A. y Bosch Josep Lluís. *Enfermeras hoy: como somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones del estudio sociológico 2004*. Barcelona: Colegio de Enfermería y Universidad. 2005.
- Rodríguez Ocaña Esteban. *La construcción de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad. 1987:280
- Rogero Petra y Martín Francisco Javier. Una opinión del sistema sanitario en Andalucía desde Enfermería. *Salud* 2000. 1992; 39:8-10.
- Rohlfs Izabella. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gac. Sanit* 2004;18 (Supl 2): 75-82

- Romero Aranda Ana M<sup>a</sup> y Germán Bes Concepción. El diagnóstico de los autocuidados cotidianos. *Actas. III Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza*. Jaén. 1989 pp. 19-21
- Romero Ballén M<sup>a</sup> Nubia. Necesidades de salud de las poblaciones desde la perspectiva del Desarrollo a Escala Humana. Actuaciones de la enfermera comunitaria. *Actas I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria*. Madrid 2005. (en prensa)
- Rubio Reina G. Mujeres cuidadoras: los cuidados, todavía, tienen rostro femenino. *Sesenta y más*. 2003;46-51.
- Ruiz Vélez-Frías, C. ¿Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años?. *Híades*. 1995; 2:57-62.
- Ruiz Vélez-Frías, C. Cómo parían las mujeres asistidas por Shifra y Pua, las dos matronas que cita la Biblia (Exodo,1,15). *Híades*. 1995; 2:35-42
- Sáez Crespo, A y Hernández Martín, Francisca. La enfermería, protagonista de la salud en la comunidad. *Híades*. 2000; V(7):247-260.
- Sáiz Puente, S, Jiménez Arques, M Inmaculada y Ortiz Villanueva, Lourdes. Recuperación de la silla partera: una nueva experiencia en el Hospital "Príncipe de Asturias" de Alcalá de Henares. *Actas VI Congreso Nacional I Internacional de Historia de la Enfermería* Alcalá: Universidad de Alcalá. 2003. pp. 30-36.
- Sala Valdés Mario de la. 1908. Obelisco histórico en honor de los heroicos defensores de Zaragoza en sus dos sitios, 1808-1809". En: Domingo Genzor Escolan. *La Madre Rafols, una vida heroica*. En IIº Premio los Sitios de Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza. 1987.
- Sales Rafael y col. *Diagnósticos de enfermería aplicados en una unidad psiquiátrica de un hospital general*. Valencia: NAU Ilibre. 1991.
- Saltzman Chafetz Janet. *Equidad y género*. Madrid: Cátedra 1992.
- Sánchez Gómez, Sheila. La toma de decisiones de la enfermera de atención primaria (en el contexto anglosajón) *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 28; 1-3.
- Sánchez González, Natividad y Ortega Martínez, Carmen. Valoración de las constantes vitales. Siglo XVIII. *Rev Rol Enferm*. 2002; 25(5):18-22.
- Sánchez Martínez José (O.H.). "Kénosis-Diakonía" en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Madrid: Fundación Juan Ciudad. 1995.
- Sánchez Moreno A. Mazarrasa Alvear L. Germán Bes C. y col. *Enfermería Comunitaria Tomos I, II y III*. Madrid: McGraw- Hill Interamericana. 1ª ed 2000
- Sánchez Moreno Antonio, Ramos García Elvira y Maset Campos Pedro. *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Murcia: Universidad. 1994.
- Sancho Viudes Salvadora, Vidal Thomas Clara, Cañellas Pons Rosa, Caldes Pinilla M.José, Corcoll Reixach Josep y Ramos Montserrat María. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de APS de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Rev.Esp.Salud Pública* 2002; 76, 5:531-43.

- Sanmartín R. *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel Antropología, 2003.
- Santamarina C. *Las mujeres españolas ante el conocimiento científico y tecnológico*. Madrid: Cuadernos iberoamericanos. 2000.
- Santo Tomás Pérez, Magdalena y Fernández, M Luz. El rol de las mujeres como cuidadoras de enfermos, según diversos documentos de fundación de hospitales de épocas bajo medieval y moderna. *Actas. V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): *Qalat Chábir*, 2001. Pp. 29-30
- Santo Tomás Pérez, Magdalena, Castro Manrique, Emilia, Castanedo Pfeiffer, Cristina, Fernández, M Luz y Melchor Martín, Aurora. Alimentación en la Baja Edad Media: base de los cuidados. *Rev Rol Enferm*. 1996; XIX(214):57-67.
- Santo Tomás Pérez, Magdalena. Analizar el pasado para proyectarnos hacia el futuro. *Híades*. 2000; V(7):91-106.
- Sanz Hernández M<sup>a</sup> Alexia. Rasgos característicos y limitaciones metodológicas de la oralidad como fuente de investigación social. *Proyecto Social*, nº 5. Teruel: Universidad de Zaragoza. 1997.
- *Ojos Negros, la memoria de un pueblo*. Teruel: Instituto de Estudios Turolenses. 2000.
  - El método biográfico en investigación social: Potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, 2005; LVII-1: 99-116
- Sanz Sánchez Inmaculada y San Alberto Giraldo Rosa María. Consecuencias de la obra de Pedro Bethencourt: la orden Betlehemita y los hospitales de convalecientes. *Híades* 1995; 2 (2):129-141.
- Scanlon Geraldine M. *La polémica feminista en la España contemporánea (1868-1974)*. Madrid: Akal. 1986.
- Scott Joan W. El género, una categoría útil para el análisis histórico. En: Samuel Amelang y Mary Nash (eds) *Historia y Género. Las mujeres en la Europa Contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnanim. 1990 pp. 23-59
- Sebrant U. Being female in a health care hierarchy. *Scand J. Carin Sci*. 1999:153-8.
- Segura Graiño Rosario. *El estereotipo de la feminista. La Historia de las mujeres en el nuevo paradigma de la Historia*. Madrid: Al-Mudayna. 1997; 9:13.
- Serrano Gallardo Pilar, Jiménez Maroto Ana M<sup>a</sup> y Arroyo Gordo M<sup>a</sup> del Pilar. Análisis de la producción científica publicada en la revista *Metas de Enfermería*. *Index Enferm*. 2005; XIV, 48-49:78-82.
- Shiva Vandana. Reduccionismo y regeneración: crisis en la ciencia. En : Mies M<sup>a</sup> y Shiva Vandana. *Ecofeminismo. Teoría, crítica y perspectivas*. Barcelona. Icaria 1997.
- *Biopirateria*. Barcelona. Icaria. 2001: 151.

- Cosecha robada: el secuestro del suministro mundial de alimentos. 205-221. En: Fort M, Mercer MA, Gish O. *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona: Paidós. 2006.

Sidney LK, Kark E, Abrason JH y Gofin J. *Atención primaria orientada a la comunidad*. Barcelona: Doyma SA. 1994.

Siles Gonzáles, José. Evolución histórica del corporativismo en Enfermería: la influencia de los colegios en el proceso de socialización profesional. *Index Enferm*. 1994; III(10):11-15.

  - *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: CECOVA - Fundación "José Llopis", 1996.
  - Historia de la enfermería comunitaria en España: un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index Enferm*. 1999; VIII(24-25):25-31.
  - *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara, 1999.
  - Praxis de la historia. La utilidad de la enfermería en el desarrollo social, científico y profesional. *Híades*. 2000; V(7):55-89.

Skjorshammer M. Cooperation and conflict in hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J-Interprof Care*. 2001; 15(1): 7-18

Sobrido Prieto Maria, González Guitián Carlos Pichel Guerrero M<sup>a</sup> José. Profesión antigua con saberes nuevos: la enfermería basada en la evidencia. *Actas del VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad de Alcalá de Henares, 2003 pp.82:86.

Sobrido Prieto Maria, Sobrido Prieto N, González Guitián Carlos Pichel Guerrero M<sup>a</sup> José y col. Revistas española de enfermería en bases de datos nacionales e internacionales. *Index Enferm*. 2005; XIV, 48-49:74-77.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública. *Evaluación del modelo de reforma de la Atención Primaria en Andalucía*. Jaén, 1994.

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. <http://www.seeiuc.com> 5 Febrero 2006.

Soerlie-V; Talseth-A-G, and Norberg-A, V. Soerlie. Male nurses - Reasons for entering and experiences of being in the profession. *Scand.Jour. of Caring-Sci*. 1997; 11(2): 113-118

Solano Javier. Manual de la enfermera. Pequeña enciclopedia práctica número 80. Impreso en Avila. (Contemporáneo de José M<sup>a</sup> Bedoya). (s.f.).

Solorzano Sánchez Manuel, Rubio Pilarte Jesús, Camaño Puig Ramón. Enfermería y cruz Roja: vidas paralelas. *Actas del VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad de Alcalá de Henares. 2003 pp. 104:116

Solsona Fernando. *La mujer en la época de María Rafols*. Zaragoza: Cuadernos de Aragón nº 23, 1995 pp. 57-63

- Suárez Prieto Adolfo y Germán Bes Concepción. La Panadera: una antecesora de la Enfermería. *Rev Rol Enferm.* 1984 (94):25-7.
- Sumoy, Sentid y Ponseti Bosch. El currículo de la enfermera. *Cuadernos clínicos.* 1973; 4: 68
- Sweet S.J. Norman I.J. The doctor-nurse relationship: a selective literature review. *J.Adv Nurs.* 1995; 22:165-170
- Téllez Infantes Anastasia. Identidad socio-profesional, cultura del trabajo y género: un estudio antropológico en el sur de España. [www.nava.org.ar/congreso2002/ponencia/](http://www.nava.org.ar/congreso2002/ponencia/) Anastasia (consulta 23/10/ 2004)
- Tey i Freixa Roser. La enfermería: dos visiones separadas por treinta años. *Rev Rol Enferm.* 1986; X(101):18-24.
- Tey i Freixa Roser. Enfermería e Historia: dos profesiones compatibles. *Actas. VI Congreso Nacional e Internacional de Hª de la Enfermería.* Universidad Alcalá. 2003 pp.3-10.
- Tomás Aznar C. Rabanaque Hernández M.J. Motivación y expectativas profesionales de los estudiantes de enfermería. *Enferm Cientif.* 1996; 172-173, 4-7.
- Tomás Aznar C. Rabanaque Hernández M.J. Monzón Fernández A. Fernández Rodrigo M.T. Valoración de la formación teórico-práctica en el curriculum de enfermería. *Enferm Cientif.* 1996 176-177, 57-61.
- Trascripción. El enfermero como gestor. *Index Enferm.* 1993; II(4-5):50-53.
- Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad.* Barcelona: Masson, 1997.
- Ugalde Antonio. Sociología de la Salud y sociedad post-industrial. *Actas. I Jornadas de Sociología de la salud.* Vitoria: Eusko Jaurlaritza. 1983.
- Urmeneta Marín, Ana. Intervención de una comadrona en el peritaje de un caso de impotencia femenina en Estella (Navarra). Año 1650. *Actas V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería.* Alcalá de Guadaíra, (Sevilla) *Qalat Chábir*, 2001. pp. 33-34.
- Urmeneta Marín, Ana. La enfermería en relación a la evolución del colectivo sanitario. *Híades.* 2001; VI(8):519-527.
- Valle López Mª Luisa del y Niño Martín Virtudes. *El Proceso de Atención de Enfermería.* Valladolid: INSALUD. 1992.
- Valle Racero Juan Ignacio. Vocación, aspectos humanitarios y caracterización de la enfermera en tres manuales de formación a inicios de los años cuarenta. *Actas. VI Congreso de Historia de la Enfermería.* Universidad de Alcalá de Henares 2003 pp. 211:219.
- Valle Racero, Juan Ignacio y García Martínez, Manuel Jesús. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. *Rev Rol Enferm.* 1994 mar; 187:61-67.
- Valle Racero, Juan Ignacio. Manual práctico de asistencia a enfermos. *Híades.* 1999; IV(5-6):47-53.



- VV. AA. *Programas y objetivos Docentes*. Madrid: UCM. 1982
- Valverde Clara. ¿Quién está escuchando?. La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Prim*, 2005; 36(3):1-3
- Resistir la seducción de la medicina genética. *Norte de Salud Mental*, 2005 (24);10-14
  - En tránsito de sueño en sueño. Cuatro años con los indios cri del norte de Québec. Barcelona: El Cobre, 2005:234. (2ª ed.)
  - Comunicación terapéutica. Acompañar antes y después del diagnóstico. *Sensus Enfermería*. 2005. vol.13.
- VV. AA. *Proyecto de Especialidad de enfermería comunitaria*. AEC-FAECAP. 2001. www.faecap.com. Febrero de 2001. (39 páginas)
- VV. AA. *Guía para la revisión de los planes de estudios básicos de enfermería. Orientada hacia la atención primaria y la salud de la comunidad*. Ginebra: OMS. 1985.
- Velandia Mora, Ana Luisa. La investigación y la documentación en historia de la enfermería. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. 2000; 4(3):405-425.
- Velasco Sara. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo. 2002.
- Ventosa Esquinaldo Francisco. *Historia de la Enfermería Española*. Madrid. Ciencia 3. 1984.
- Depurar lo histórico. *Index Enferm*. 1993; II(4-5):5.
  - La profesionalización de los cuidados en España. Los Manuales de Técnicas. *Index Enferm*. 1994; III(8-9):9-14.
  - Antón Martín y el origen del Hospital General. *Index Enferm*. 1994; III(7):58-59.
  - Juan Ciudad, reflejos de la personalidad humana de un reformador. *Index Enferm*. 1995; IV(14):15-18.
  - Barbero-sangrador-flebotomiano. *Híades*. 2000; V(7):209-217.
- Verde Flota, Elizabeth y Monroy Rojas, Araceli. [Enfermería, su identidad y género](#). *Desarrollo Científ Enferm*. 2001; 9(4):120-123.
- Verne Julio. *Los quinientos millones de Begún*. Madrid: Alianza, 1987.
- Viñes Millet, C. Granada, entre viejos y nuevos moradores. *Index Enferm*. 1995; IV(14):9-14.
- Walton Spradley Bárbara y Allender Judith Ann. *Community Health Nursing. Concepts and practice*. N.York: Lippincott. 4ª edición 1996.
- Weber Max. *La ética protestante y el espíritu del protestantismo*. Barcelona: Península, 8ª ed. 1988.

Werner O'toole Anita y Rouslin Welt T Sheila. *Teoría interpersonal en la práctica de la Enfermería*. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson, 1996.

Wilkinson S. y Kitzinger C. *El enfoque feminista sobre la mujer y la salud*. Madrid: Paidós. 1996

Yves C. La otra ilusión biográfica. *Historia y Fuente Oral*, nº 2: 1989: 35-9

Zapico, Florentina y Adrián, Jesús. ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Rev Rol Enferm*. 2003; 26(2):20-30.

Zarzoso A. El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII. *Dynamis*, 2001; 21: 409-433.

Zerwekh, EdD Joyce V.. Cmmentary: Going to the people - Public Health Nursing today and tomorrow. *A.J.P.H.* 1993; 12: 1676-1678.

Zires Roldan Margarita. Los magos, la magia y la eficacia simbólica de los lenguajes de los medios de comunicación. De Leví-Strauss a Mannoni. (consulta 10 Nov. 2003). [www.felafacs.org/dialogos/pdf34/4.%20Zires.pdf](http://www.felafacs.org/dialogos/pdf34/4.%20Zires.pdf).

## **9. ANEXOS**

1. LEGISLACIÓN SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA (1953-1977)
2. LEGISLACIÓN SOBRE PLANES DE ESTUDIO DE ENFERMERIA (1861-1994)
3. GUION DE ENTREVISTA DE RELATO DE VIDA PROFESIONAL
4. INFORMANTES DE RELATOS DE VIDA PROFESIONAL

**ANEXO Nº 1.****LEGISLACION<sup>2</sup>**

Se ha recopilado como antecedentes del nuevo currículo de formación de las enseñanzas en la Universidad toda la legislación más relevante, sobre las enseñanzas que se impartían en la Universidad, sobre las Escuelas de ATS y los documentos que la habilitaban para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la Medicina, para facilitar la consulta, y el estudio de una legislación que, a partir del año 1953, supuso la renovación de los estudios que constituyeron la creación del ATS y la desaparición de los estudios de Matrona, Enfermera y Practicantes.

Se destaca el Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unificaron en una sola enseñanza los antiguos estudios de practicantes, matronas y enfermeras, que constituye la iniciación de la legislación sobre los estudios de ayudantes técnicos sanitarios denominación que vino a sustituir a las anteriormente citadas, al unificar las enseñanzas que habilitaban para el ejercicio de profesiones auxiliares sanitarias.

Las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios surgieron al amparo de lo dispuesto en el artículo 23 de la "Ley de Ordenación Universitaria de 29 de julio de 1943 y en el artículo 58 del Decreto de 7 de julio de 1944; configuradas como Escuelas profesionales y vinculadas a las Facultades de Medicina, en consideración a la sustantividad de los estudios que en las mismas se cursan, calificados por el Ministerio como estudios técnicos de grado medio, y que merecieron un tratamiento especial que se revela en la legislación reguladora de su organización, funcionamiento y régimen de enseñanzas.

Hemos recopilado todas las normas que en el pasado constituyeron el régimen legal vigente de las enseñanzas de ayudantes técnicos sanitarios, presentándolas sistematizadas con la finalidad de facilitar la consulta de la

---

<sup>2</sup> Fernández Collado, Epifanio. *Memoria de Tesis Doctoral*. Alicante: Universidad de Alicante. 2005

legislación.

En un primer apartado están las disposiciones orgánicas que contienen las normas fundamentales de ordenación de los estudios de ayudantes técnicos sanitarios, dejando para los sucesivos apartados las reguladoras de los planes de estudios, de las especialidades establecidas hasta la fecha de entrada en vigor de los estudios en la Universidad y disposiciones varias. En el apartado relativo a Reglamentos de Escuelas, en consideración a que cada Escuela de ayudantes técnicos sanitarios, creada o reconocida por el Ministerio, se rige por su propio Reglamento, y ante la imposibilidad de recuperar para su análisis todos, he adoptado el criterio de presentar, a título de ejemplo, dos Reglamentos de esta clase de Escuelas-una masculina y otra femenina- y el Reglamento de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas, que, por su carácter singular, se ha estimado necesario incluirlo.

### **Recopilación más destacada sobre los estudios de ATS :**

#### *I. Disposiciones Orgánicas*

1. Decreto de 27 de junio de 1952 por el que se organizan los estudios de la carrera de enfermera.
2. Decreto de 4 de agosto de 1952 por el que se rectifican algunos artículos del de 27 de junio pasado sobre los estudios de la carrera de enfermera.
3. Orden de 4 de agosto de 1953 por la que se dictan normas para la nueva organización a los estudios de enfermeras.
4. Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de auxiliares sanitarios.
5. Orden de 2 de julio de 1955 por la que se dan normas aclaratorias sobre el internado en las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios femeninos.
6. Orden de 6 de julio de 1955 por la que se prohíbe el régimen de

coeducación en las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios.

7. Orden de 12 de junio de 1955 por la que se dan normas de nombramiento de profesores en las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios femeninos.

8. Decreto de 26 de julio de 1956 sobre el título de ayudante técnico sanitario.

9. Orden de 5 de octubre de 1956 por la que se aclaran las normas de ingreso en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

10. Orden de 23 de noviembre de 1957 por la que se equiparan los diplomas obtenidos por la Escuela Española de Medicina para Misiones de los ayudantes técnicos sanitarios con las limitaciones que se determinan.

11. Orden del Ministerio de la Gobernación de 13 de enero de 1958 por la que se establece la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión de ayudantes técnicos sanitarios.

12. Orden de 24 de marzo de 1958 por la que se otorga idéntica equivalencia entre los títulos de practicante y el de ayudante técnico sanitario.

13. Decreto del Ministerio de la Gobernación 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de ayudantes técnicos sanitarios, practicantes, matronas y enfermeras.

14. Orden de 22 de septiembre de 1961 por la que se nombra una Comisión permanente en los de estudios de ayudantes técnicos sanitarios..

15. Orden ministerial de 15 de diciembre de 1961 modificando el número 1. Orden de 22 de septiembre del mismo año, referente a la constitución de la Comisión de ayudante técnico sanitario.

16. Orden de 29 de noviembre de 1962 por la que se dispensa a las alumnas casadas en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios femeninos del régimen de internado establecido por el número segunda de la Orden

ministerial de 4 de julio de 1955

17. Orden de 24 de mayo de 1963 por la que se determina que los títulos de practicante, matrona y ayudante técnico sanitario, expedidos por el Departamento, se consideren a todos los efectos como técnicos de grado medio.

18. Orden de 21 de noviembre de 1963 por la que se dispone que en las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios masculinos los cargos de secretario de Estudios e inspectores sean desempeñados por practicantes o ayudantes técnicos sanitarios masculinos.

## *II. Planes de estudios.*

19. Orden ministerial de 6 de agosto de 1953 aprobando los programas de los estudios de enfermeras.

20. Orden de 1 de diciembre de 1953 por la que se dan normas para el ingreso en las Escuelas de enfermeras.

21. Orden de 9 de enero de 1954 por la que se determinan las normas para los exámenes de ingreso en la carrera de ATS.

22. Orden de 26 de noviembre de 1954 por la que se dan normas para el tránsito de los planes antiguos a los nuevos en las enseñanzas de ayudantes técnicos sanitarios masculinos.

23. Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

24. Orden de 5 de julio de 1955 por la que se aprueba el programa de las enseñanzas de ayudantes técnicos sanitarios.

25. Orden conjunta del Ministerio de Educación Nacional y la Secretaría General del Movimiento de 7 de julio de 1955 por la que se regulan las Enseñanzas del Hogar, Formación Política y Educación Física en las Escuelas de Ayudantes técnicos sanitarios femeninos.

26. Orden de 7, de julio de 1956, complementaria de los programas de ayudantes técnicos sanitarios.

27. Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de octubre de 1958 por la que se dispone que para la reválida de hogar en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios femeninos será suficiente un certificado expedida por la Delegación de la Sección Femenina.

28. Orden de 16 de junio de 1961 por la que se dan normas en las enseñanzas de Formación Política, Hogar y Educación Física en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios femeninos.

29. Orden de 16 de junio .de. 1961 por la que se aprueban los programas de Formación Política, Hogar y Educación Física para el tercer curso de los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

30. Orden de 10 de febrero de 1966 por la que se dan normas referentes a limitaciones en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

### *III. Especialidades*

#### *A) Disposiciones generales*

31. Decreto 3164/1963, de 21 de noviembre, por el que se autoriza, previa reconocimiento médico, para cursar las especialidades de Asistencia obstétrica, Fisioterapia y Radiología y Electro logia, de los estudios de ayudantes técnicos sanitarios, a los aspirantes que tengan edad superior a la fijada en las normas legales vigentes...

#### *B) Asistencia obstétrica (MATRONAS)*

32. Orden de 1 de julio de 1955 por la que se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las enseñanzas de matronas.

33. Decreto de 18 de enero de 1957, por el que se establece la



especialización de matronas para los ayudantes técnicos sanitarios femeninos.

34. Orden de 23 de febrero de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (matrona) para los ayudantes técnicos sanitarios femeninos.

35. Orden ministerial de 7 de enero de 1959 por la que se dan normas para la expedición de diploma de la especialidad de Asistencia obstétrica.

36. Decreto 446/1963, de 28 de febrero, por el que se habilita a las enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia obstétrica (matronas).

37. Orden de 5 de septiembre de 1964 por la que se aprueba el programa de las materias que integran el examen de ingreso que han de realizar las enfermeras para cursar las enseñanzas de la especialidad de Asistencia obstétrica.

### *C) Fisioterapia*

38. Decreto de 26 de julio de 1957 por el que se establece la especialización de Fisioterapia para los ayudantes técnicos sanitarios.

39. Orden de 7 de octubre de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de la especialidad de Fisioterapia para los ayudantes técnicos sanitarios.

40. Decreto 928/1964, de 18 de marzo, sobre concesión del diploma de la especialidad de Fisioterapia a los practicantes que ejercieron la profesión antes de la fecha del Decreto creador de la especialidad.

41. Orden de 11 de abril de 1964 por la que se autoriza a la Organización Nacional de Ciegos para la creación de una Escuela de Fisioterapia.

*D) Podología*

42. Decreto 727/1962, de 29 de marzo, por el que se reconoce y reglamenta la especialidad de Podología para los practicantes y ayudantes técnicos sanitarios.

43. Orden de 31 de julio de 1962 por la que se aprueban los programas de las enseñanzas de la especialidad de Podología en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

44. Orden de 22 de noviembre de 1963 por la que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de las Escuelas de Podología.

45. Decreto 449/1965, de 18 de febrero, por el que se dispone que los practicantes y ayudantes técnicos sanitarios que hayan cursado la especialidad de Podología de la Universidad de Barcelona se consideren incluidos en los preceptos del Decreto 727/1962, de 29 de marzo.

46 Orden de 23 de abril de 1965 por la que se dan normas para la expedición del diploma de podólogo a los alumnos de la Escuela de Podología de Barcelona.

*E) Radiología y Electrología.*

47. Decreto 1153/1961, de 22 de junio, por el que se crea la especialidad de Radiología y Electrología en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

*F) Pediatría y Puericultura.*

48. Decreto 3524/1964, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de Pediatría y Puericultura en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

49. Orden de 25 de febrero de 1966 por la que se aprueban los programas que se citan, correspondientes a las enseñanzas de la especialidad de

Pediatría y Puericultura en los estudios de ayudantes técnicos sanitarios.

*V. Convalidaciones.*

50. Orden de 7 de diciembre de 1954 por la que se dictan disposiciones para la convalidación del título de practicante por los estudios y título de enfermera.

51. Orden de 18 de septiembre de 1961 por la que se deroga la de 7 de diciembre de 1954 referente a convalidación del título de practicante por el de enfermera.

52. Orden de 29 de marzo de 1966 por la que se dispone que el título de practicante expedido por el Departamento podrá ser convalidado por el de ayudante técnico sanitario

53. Orden de 30 de marzo de 1966 por la que se dan normas para la expedición de los títulos de practicante y matrona marroquíes que se convalidan por los correspondientes españoles

*VI. Reglamentos de Escuelas.*

54. Orden de 1 de febrero de 1956 por la que se aprueba el Reglamento de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas.

55. Orden de 6 de abril de 1956 por la que se aprueba el Reglamento de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de Madrid.

56. Orden de 17 de octubre de 1960 por la que se rectifica el capítulo III, artículo 12 del Reglamento de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

57. Orden de 2 de julio de 1964 por la que se aprueba el Reglamento de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de Oviedo

*VII. Disposiciones varias.*

58. Orden de 11 de julio de 1955 por la que se denominan Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios femeninos las actuales Escuelas de Enfermeras.

59. Orden de 16 de octubre de 1958 por la que se integran en la Junta Nacional de Educación Física Universitaria las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios

60. Decreto 2786/1964, de 27 de agosto, extendiendo el campo de aplicación del Seguro Escolar a los alumnos del bachillerato superior y de las Escuelas de ayudantes técnicos sanitarios.

**Escuelas Mixtas**

61. Real Decreto 2878/1976, de 30 de Octubre, por el que se establece el carácter mixto de la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

**Escuelas Universitarias de Enfermería**

62. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.

63. Orden de 31 de Octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

## ANEXO Nº 2. LEGISLACIÓN SOBRE PLANES DE ESTUDIO DE ENFERMERIA 1861-1994)<sup>3</sup>

Hemos entresacado los artículos siguiendo dos criterios: uno, que fueran significativos desde el género. Dos, marcaran un cambio estructural de larga permanencia como sucede con la legislación de 1953 de las enfermeras y que paso tal cual en 1955 a los ATS.

Estos planes tienen distinta denominación, "estudios", "reglamentos", "enseñanzas", "programas", "instrucciones", "normas de estudio" o "planes de estudios". Todas ellas las hemos agrupado para su mejor comprensión en una sola denominación: "Planes de Estudios". Su organización respeta la organización de los textos, desde la denominación del órgano emisor: "Fomento", "Instrucción Pública", "Ministerio de la Guerra", hasta la fecha de aprobación de la orden y su fecha de publicación.

En 1857 se estableció la figura del Practicante y se estableció el compromiso de elaborar un Reglamento de conocimientos propios de los Practicantes (Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857 por la que se aprobó la Instrucción Pública. En su artículo 40 se suprimieron las enseñanzas de Cirujano menor o ministrante y establecían que "el reglamento determinaría los conocimientos prácticos que se habían de exigir a los que aspirasen al título de Practicante").

*Real Orden de 26 junio, publicada en 4 de julio de 1861.* Determinaba los estudios prácticos que han de exigirse á los aspirantes al título de practicantes. Ministerio de fomento.

*Real Orden de 21 noviembre: publicada en 28 del mismo (1861).* Aprobaba el reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas. Fomento. Ilmo. Sr.: en cumplimiento de los artículos 40 y 41 de la ley de 9 de septiembre de 1857, y con presencia de lo informado por el real consejo de instrucción pública, s.m. La reina (q.d.g.) Se ha servido aprobar el siguiente reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas.

---

<sup>3</sup> Selección de los Planes de Estudios de Enfermería realizada a partir de Álvarez Nebreda Carlos. *Código enfermero español. Siglo XX: compendio legislativo.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2002.

Art. 14. La enseñanza de Parteras ó Matronas se dará á puerta cerrada y en horas distintas de la de practicantes.

Art. 20. Para ser admitido á la matrícula de Parteras ó Matronas es necesario:

1º Haber cumplido veinte años de edad.

2º Ser casada ó viuda. Las casadas presentarán licencia de sus maridos, autorizándolas para Seguir estos estudios; y. unas y otras justificarán buena vida y costumbres por certificación de sus respectivos Párrocos.

Art. 50. El título de Partera ó Matrona autoriza para asistir á los partos y sobrepartos naturales, pero no á los sobrepartos naturales y laboriosos; pues tan pronto como el parto ó sobreparto deje de mostrarse natural, las Matronas deben llamar sin pérdida de tiempo á un profesor que tenga la autorización debida para ejercer este ramo de la ciencia. Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podrán continuar asistiendo á las embarazadas, parturientas ó paridas.

*Real decreto de 16 de noviembre de 1888 publicado el 18.* Aprobaba el reglamento para las carreras de practicantes y matronas. Ministerio de Fomento.

Art. 12. Las Matronas, autorizadas solamente para la asistencia a partos naturales, deberán adquirir de igual manera los conocimientos siguientes:

1º Nociones de Obstetricia, especialmente de la parte anatómica y fisiológica.

2º Fenómenos del parto y sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los prenaturales y laboriosos.

3º Preceptos y reglas para asistir á las parturientas y paridas y á los niños recién nacidos en todos los casos que no se aparten del estado normal y fisiológico.

4º Primeros y urgentes auxilios que debe prestar el arte á las criaturas cuando nacen asfíticas o apopléticas.

Y 5º Modo y forma de administrar el bautismo de necesidad a los párvulos, cuando pelagra su vida. Tendrán que comprobar además que han asistido en alguna maternidad como auxiliares en los partos, por tiempo de dos años, con certificado del Profesor ó Profesores del establecimiento á cuyas órdenes hayan estado y con el Vº Bº del Director del mismo.

Art. 13. Para el examen de reválida se observarán las mismas reglas establecidas para el de los Practicantes, nombrándose otro tribunal especial con las mismas formalidades.

*Real orden de 22 de marzo de 1902, publicada el 5 de abril.* Dictaba reglas para el cumplimiento de los Reales Decretos de 26 de Abril de 1901 y 31 de Enero de 1902 que se habían reorganizado la enseñanza de los Practicantes. Ministerio de Instrucción Pública.

Art. 16º- Los actuales Practicantes que deseen obtener el título de Practicante autorizado para la asistencia á partos normales, celebrarán el examen que cita el artículo 5º del real decreto de 31 de enero último ante un Tribunal constituido en la forma antes expresada, y abonarán por derechos de formación de su nuevo expediente 2 pesetas 50 céntimos, y 5 pesetas por el examen. Para el canje del título satisfarán en papel de pagos al Estado 25 pesetas por el timbre, y 5 pesetas por la expedición.

*Real orden de 13 de mayo de 1902, publicada el 3 de junio.* Aprobaba el programa para la carrera de Practicante. Ministerio de Instrucción Pública.

*Real decreto de 10 de agosto de 1904, publicada el 12.* Reorganizaba los estudios de la Carrera de Practicantes y la de Matronas. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Art.11. Podrán adquirir el título de Practicante las mujeres, sometiéndose á las prescripciones de este Decreto.

*Real orden de 7 de Mayo de 1915, publicada el 21.* Aprobaba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras á las que la soliciten, pertenecientes ó no á Comunidades religiosas. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras á las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca. S. M. el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer lo siguiente: 1º Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo solicitan pertenecientes ó no á Comunidades religiosas.

*Real decreto de 28 de Febrero de 1917, publicado el 1 de marzo.* Aprobaba las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas enfermeras. Ministerio de la Guerra.

Las Secciones de Señoras presididas por S. M. la Reina tendrán á su cargo la organización del Cuerpo de enfermeras, dentro de las necesidades exigidas por el plan general.

*Gaceta de 8 de octubre de 1921.* Núcleos fundamentales de las enseñanzas en las distintas Facultades y las carreras Odontólogos, Practicantes y Matronas.

*Real Decreto de 7 Octubre de 1921* fijando el cuadro mínimo de materias para cada una de las Facultades y carreras especializadas citadas, en uso de la facultas reservadas al Estado por la base 2ª del decreto de autonomía universitaria de 21 de Mayo 1919 (Apéndice. P.290). Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

*Real orden 21 de junio 1922, (publicada el 24). Enfermeras, programas y reglamentos.* Aprobaba el reglamento-programa para las hermanas enfermeras de San Vicente de Paúl, de los hospitales militares. (De real orden lo digo a V. E. para su conocimiento demás efectos.--Dios guarde a V. E. muchos años.- Madrid 24 de junio de 1922.- Olaguer Feliu.- Señor Capitán general de la primera región).

Art. 9º Para recibir la enseñanza a que se refiere el presente reglamento, requiérese: ser Hija de la Caridad al servicio de los hospitales militares y poseer los conocimientos correspondientes a la instrucción elemental.

Art. 10. Una vez terminada la primera parte del curso cuyas materias de estudio se indican en el programa siguiente, las alumnas serán sometidas a examen oral y práctico ante un Tribunal compuesto del Director del expresado hospital, un jefe del mismo establecimiento designado por aquél y el profesor, que actuará de secretario.

*Real orden circular de 11 de agosto de 1925. Enfermeras de San Vicente de Paúl. Programa.* Aprobaba un nuevo programa cuestionario para la enseñanza de enfermeras de San Vicente de Paúl de los hospitales militares. (Colección Legislativa del Ejército nº 264). De real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos.- Dios guarde a V. E. Muchos años.- Madrid 11 de agosto de 1925.- El General encargado del despacho, Duque de Tetuán.-

Programa para la enseñanza de enfermaras de San Vicente de Paúl, de los hospitales militares.

*Programa 6 Julio 1941 de Enfermeras (BOE 16 de julio de 1941).* Programa oficial para los ejercicios de las alumnas enfermeras de la Facultad de Medicina. Ministerio de Educación Nacional.

*Orden 4 de agosto 1953 (B.O.E. de 1 de septiembre de 1953). Escuela de enfermeras.* Normas de estudio. Ministerio de Educación Nacional.

1º Los estudios de Enfermeras se cursaran necesariamente en régimen de internado y en las Escuelas oficiales reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional, conforme a lo dispuesto en el Decreto de 27 de junio de 1952 (R. 1064) y en la presente Orden.

2º Los estudios de Enfermera tendrán 3 cursos académicos de duración y se adaptaran a los planes de estudios y programas aprobados oficialmente.

3º El curso académico comenzara en la misma fe fecha señalada para los de la Universidad por la Ley de Ordenación Universitaria.

5º Para ingresar en las escuelas de Enfermeras se requiere:



- A. Cumplir diecisiete años dentro del año natural en que se solicite el ingreso.
- B. Tener aprobado el Bachillerato elemental o el laboral, la carrera de Magisterio el grado pericial de la de Comercio.
- C. Poseer las condiciones físicas y de salud necesarias, que se comprobaban por medio de un reconocimiento médico efectuado en la Escuela.
- D. Ser presentadas por dos personas de solvencias moral reconocida.
- E. Aprobar el examen de ingreso en la Escuela.

6° Las aspirantes presentaran en la Facultad de Medicina de la que dependa la Escuela de Enfermeras donde deseen cursar sus estudios, la solicitud de ingreso con la documentación siguiente:

- a) Partida de nacimiento, legalizada, en su caso.
- b) Certificación académica de estudios.
- c) Declaración jurada de los estudios de Enfermera que antes haya realizado y sus vicisitudes.
- d) Presentación por dos personas de reconocida solvencia moral que consignaran su domicilio.
- e) Carta de puño y letra de la solicitante en la que razone el porque desea seguir los estudios de Enfermera.
- f) Expresión de la Escuela donde van a realizar el examen de ingreso.

7° La Facultad de Medicina admitirá la matricula de ingreso de las alumnas que reúnan las condiciones legales, remitiendo a las Escuelas a que correspondan la documentación de las matriculas. El periodo de matricula estará abierto desde el 15 de mayo a 15 de junio de cada año.

8° A la vista de los documentos presentados y después de haber celebrado una entrevista personal con la solicitante y hecho las investigaciones que juzgue oportunas la Jefe de la Escuela informara a la Junta Rectora, que decidirá si se la admite o no a examen de ingreso.

9° El examen de ingreso se realizara ante un Tribunal designado por la Junta Rectora de la Escuela y versara sobre los temas de un programa de cultura general y de conocimientos básicos para los estudios de Enfermera que formara cada Escuela.

10° Las aspirantes que aprueben el examen de ingreso y superen satisfactoriamente el reconocimiento médico, serán admitidas en la Escuela en las condiciones del numero 14 de esta Orden, dándose cuenta de la aprobación a la Facultad de Medicina, con devolución del expediente de las aprobadas.

11° La matricula de las alumnas que hayan de seguir los cursos de estudios en las Escuelas de Enfermeras se verificara en las Facultades de Medicina de las que estas dependan, que enviaran a cada Escuela la documentación oportuna. El plazo de matriculo será de 1 de septiembre al 10 de octubre de cada año.

12° Los derechos administrativos de matricula y los de examen se harán efectivos en la Facultad de Medicina correspondiente y se determinaran por Orden ministerial.

13° Las Escuelas no podrán admitir ninguna alumna que no haya verificada reglamentariamente su matricula en la Facultad correspondiente.

14° El primer trimestre del primer curso de estos estudios se consideras como periodo preliminar de prueba. Al final de ese trimestre la Escuela hará una selección entre las alumnas y solo permitirá continuar sus estudios a aquellas que hayan demostrado condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación suficiente hacia el ejercicio de la profesión, con arreglo al informe suministrado por profesores, instructoras y jefes de servicios.

16° Las Escuelas proveerán a cada alumna de un libro escolar, según modelos oficial, en donde deberán hacer constar cuantas enseñanzas teóricas y practicas reciban y las calificaciones merecidas en cada una.

A) Relativos al empresario o fundador:

Cuando se trate de una persona individual, certificando del acta de nacimiento, legalizada en su caso, y los que resulten necesarios para acreditar suficientemente su buena conducta.

Las personas jurídicas no eclesiásticas, los documentos que acrediten su constitución y funcionamiento legal y los justificativos de la representación, y ejercicio legítimo de la misma, de quien suscriba la instancia en su nombre, excepto en los casos en que pueda estimarse acreditada por notoriedad.

Para las Escuelas de Fundación de la Iglesia, y personas jurídicas eclesiásticas, el documento que acredite la aprobación de la Autoridad eclesiástica competente, conforme dispone el artículo quinto de Decreto de 27 de junio de 1952 y los que prueben la representación de quien suscriba la instancia, si no constase en el mismo o no resulte acreditada por notoriedad.

El nombramiento del Director, expedido por el Decanato de la Facultad de Medicina del Distrito a que la Escuela corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo octavo del Decreto de 27 de junio 1952.

Cuando el Director no sea Catedrático de la Facultad de Medicina se presentara también el nombramiento del Catedrático Inspector permanente, conforme a la misma disposición.

Los títulos originales, o en su lugar testimonios notariales o certificaciones académicas, correspondientes al Director y Profesores (cuando no sean Catedráticos de la Facultad de Medicina). Jefe de la Escuela Secretaria de Estudios y Enfermeras Instructoras, y su historial cultural y profesional.

1ª Durante los cursos de 1953-54 y 1954-55 podrá dispensarse que los estudios de Enfermera se cursen en régimen internado. Desde 1 de octubre de 1955 no se permitirán el funcionamiento de ninguna Escuela que no disponga de internado para seguir los estudios.

*Orden 4 julio 1955 (B.O.E. de 2 de agosto de 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para Nueva Organización de sus Estudios. Ministerio de Educación Nacional. p.78). Disposición final.- quedan derogados los números 1 al 23, en ambos inclusive de la Orden del 4 de agosto de 1953 ("Boletín Oficial del Estado de 1 de septiembre de igual año) (R.1174); numero 1º, de la Orden de 1 de diciembre de 1953 ("Boletín Oficial del Estado de 1 de enero de 1954) (R.-1954. 5), y Orden del 9 de enero de 1954 ("Boletín Oficial del Estrado de 1 de febrero) (R.222).*

2º Los estudios de Ayudante Técnico Sanitario femenino se cursaran obligatoriamente en régimen de internado. Para Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos no será obligatorio el régimen de internado.

14. En la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos se cursara a demás de las disciplinas señaladas en el número anterior, de la Enseñanza de Hogar, en los tres cursos con intensidad de una hora semanal en cada uno de ellos. En las de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se cursaran nociones de autopsia medico-legal.

*Orden 6 de abril 1956. (BOE de 25 de abril de 1956). Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.* Reglamento de la escuela de ayudante técnico sanitario masculinos de la facultad de medicina de la universidad de Madrid. Ministerio de Educación Nacional.

Art. 3º Este Centro funcionara bajo la dependencia inmediata de la Facultad de medicina de la Universidad de Madrid con la que esta vinculada por la naturaleza de sus estudios.

Art. 5º El calendario escolar será el que siga la Facultad de Medicina, y el horario de las clases ese establecerá por la Dirección de la Escuela y será compatible con el de la Facultad.

Art. 19º Todos los ingresos que corresponde a la Escuela se consideran fondos adscritos a fines específicos, que serán los de la propia Escuela.

Art. 20º El presupuesto, de la Escuela esta incluido en el de la Universidad constituyendo conceptos especiales del mismo.

Art. 22º La Escuela estará instalada dentro los locales propios de la Facultad.

*De 27 de junio de 1977. (77/453/CEE).* El Consejo de las Comunidades Europeas. Sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. Directiva del Consejo.

Considerando que la coordinación prevista en la presente Directiva se refiere a la formación profesional de los enfermeros responsables de los cuidados generales, que en lo que se refiere a la formación, la mayoría de los Estados miembros que ejercen su actividad como asalariados y los que la ejercen de manera independiente, que, por lo tanto, y para favorecer plenamente la libre circulación de los profesionales dentro de la Comunidad parece necesario hacer extensiva la aplicación de la presente Directiva a los enfermeros asalariados.

- Una formación escolar general de diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente en escuelas profesionales de enfermeros;
- Una formación a tiempo completo, específicamente profesional, que se refiere obligatoriamente a las materias del programa de estudios que figuren en el Anexo de la presente Directiva y que conste de tres años de estudios ó 4.600 horas de enseñanzas teórica y práctica.

Las enseñanzas de enfermería clínica deberán efectuarse en forma de prácticas guiadas en los servicios de un centro hospitalario o en otros servicios de salud, en particular en centros de asistencia de enfermería a domicilio autorizados por las autoridades o los organismos competentes. A lo largo de esta formación, los candidatos enfermeros participarán en las actividades de los servicios de que se trate en la medida en que estas actividades contribuyan a su formación. Se les iniciará en las responsabilidades que supongan los cuidados de enfermería.

*Orden de 31 de octubre de 1977 (BOE de 26 de noviembre de 1977).*  
Directrices para la elaboración de los planes de estudios de los Diplomados en Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia.

2.- Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimiento:  
Ciencias básicas.  
Ciencias médicas.  
Ciencias de la enfermería.  
Ciencias de la conducta.  
Salud Pública.

2.- Clasificación de las asignaturas por áreas de materias.

ÁREAS	1º CURSO	2º CURSO	3º CURSO
Ciencias básicas	Biofísica y Bioquímica		
Ciencias médicas	Anatomía y Fisiología	Farmacología clínica y dietética	Farmacología clínica y Terapéutica física
Ciencias de la conducta	Ciencias de la conducta I	Ciencias de la conducta II	Ciencias de la conducta III
Ciencias de la enfermería	Enfermería fundamental	Enfermería médico-quirúrgica I. Enfermería materno-infantil	Enfermería médico-quirúrgica II. Enfermería psiquiátrica y geriátrica
Salud pública		Salud pública I	Salud pública II
Optativas			

*Orden de 15 de julio de 1980 (BOE: 23 de julio de 1980).* Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) por el de Diplomado de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. El artículo tercero del Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado en Enfermería, faculta a este Ministerio para que dicte las normas que considere precisas para el establecimiento de un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería, por lo que se hace necesario dictar las normas pertinentes que permitan la convalidación académica de los títulos anteriormente citados y fijar las directrices y áreas a que ha de ajustarse la elaboración de los contenidos de dicho curso de nivelación.

*Real decreto 1466/1990 de 26 de octubre (BOE de 20 de noviembre de 1990).* por el que se establece el título universitario oficial de diplomado en enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención.

*1ª Modificación. Real Decreto 1667/1990 de 20 de diciembre. BOE de 28 de diciembre de 1990.* Rectifica el anexo del Real Decreto 1466/1990, de 26-10-1990, que establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención.

Artículo único.- El anexo del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, queda modificado en el siguiente sentido:

Donde dice, en la columna de Áreas de conocimiento, en el epígrafe correspondiente a la materia troncal Enfermería Geriátrica: “Enfermería” y “Medicina”, debe decir: “Enfermería”.

Donde dice, en la columna de Áreas de conocimiento, en el epígrafe correspondiente a la materia troncal Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental: “Enfermería” y “Psiquiatría”.

*2ª Modificación. Corrección de errores en BOE de 16 de enero de 1991.* (Citada en la 1ª Modificación). A continuación del párrafo tercero del artículo único, debe figurar la expresión: “Enfermería”.

*3ª Modificación. Real Decreto 1267/1994 de 10 de junio. BOE de 11 de junio de 1994.* Modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27-11-1987, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos de carácter oficial, y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos.

Artículo 6. Uno. El Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, modificado por el Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél mantendrá su vigencia, salvo la directriz segunda del anexo, que queda redactada como sigue:

“Segunda.-1. Los planes de estudios que aprueben las Universidades deberán articularse como enseñanzas de primer ciclo, con una duración de tres años, de acuerdo con la opción prevista en la Directiva 77/453/CEE, modificada por la 89/595/CEE. Los distintos planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería determinarán, en créditos, la carga lectiva total, que no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo de créditos que para los estudios de primer ciclo permite el Real Decreto 1497/1987.

2. Las Universidades establecerán en sus planes de estudio las correspondencias extraordinarias del crédito necesarias para garantizar la formación a tiempo completo, específicamente profesional, a que se refiere el primer inciso del apartado 2.b del anexo II del Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, modificado por el Real Decreto 1275/1992, de 23 de

octubre, que incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas mencionadas en el apartado 1 anterior, teniendo en cuenta lo establecido en el apartado 7.º del artículo 2 del Real Decreto 1497/1987. En todo caso, los planes de estudios deberán incluir una formación mínima de 3.900 horas. A tales efectos, especificarán las horas que los alumnos deben dedicar, de acuerdo con la oportuna programación docente, al aprendizaje de la asistencia clínica en instituciones sanitarias, en el marco de lo dispuesto por el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, modificado por los Reales Decretos 644/1988, de 3 de junio, y 1652/1991, de 11 de octubre.

3. De conformidad con lo previsto en el anexo II del Real Decreto de transposición de las Directivas a que se hace referencia en el apartado 2 anterior, la enseñanza teórica prevista en el plan de estudios deberá ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica, de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y experiencias enumeradas en la directriz primera. La duración de la enseñanza teórica deberá ser de, al menos, un tercio, y la de la enseñanza clínica de, al menos, la mitad, de la carga lectiva prevista en el plan de estudios.”

*4ª Modificación. Corrección de erratas en BOE de 14 de junio de 1994.* (Citada en la 3ª Modificación). Corrección de erratas del real Decreto 1267/1994 de 10 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos.

Los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos, publicado en el BOE nº 139 de fecha 11 de junio de 1994, en la que se han omitido dos párrafos de la directriz segunda del anexo referente al título universitario oficial de Diplomado en Enfermería, se procede a efectuar la oportuna rectificación:

En la página 18417, segunda columna, apartado uno, a continuación del párrafo que comienza por: “Segunda 1” debe incluirse lo siguiente:

“2. Las Universidades establecerán en sus planes de estudios las correspondencias extraordinarias del crédito necesarias para garantizar la formación a tiempo completo, específicamente profesional, a que se refiere el primer inciso del apartado 2.b del anexo II del real decreto 305/1990 de 23 de febrero, modificado por el real Decreto 1275/1992, de 23 de octubre, que incorporan al ordenamiento jurídico español, las Directivas mencionadas en el apartado 7º del artículo 2º del real Decreto 1497/1987. En todo caso, los planes de estudios deberán incluir una formación mínima de 3.900 horas. A tales efectos, especificarán las horas que los alumnos deben dedicar, de acuerdo con la oportuna programación docente, al aprendizaje de la asistencia clínica en instituciones sanitarias, en el marco de lo dispuesto por el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, modificado por los Reales Decretos 644/1988, de 3 de junio y 1652/1991, de 11 de octubre.

3. De conformidad con lo previsto en el anexo II del Real Decreto de transformación de las Directivas a que se hace referencia en el apartado 2 anterior, la enseñanza teórica prevista en el plan de estudios deberá ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica, de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y experiencias enumerados en la directriz primera. La duración de la enseñanza teórica deberá ser de, al menos, un tercio, y la de la enseñanza clínica de, al menos la mitad, de la carga lectiva prevista en el plan de estudios.

**ANEXO Nº 3. GUIÓN DE ENTREVISTA DE RELATO DE VIDA PROFESIONAL**

- 1. ¿A qué edad comenzaste a trabajar?**
  - ¿Cuáles fueron tus primeros servicios?.
  - ¿Cuáles tus primeros recuerdos?.
  - ¿Cuánto tiempo estuviste en este servicio?.
- 2. ¿Por qué elegiste estudiar enfermería?**
  - ¿Influyó alguna persona?, ¿La tradición familiar?.
  - ¿Qué recuerdas de la época de la escuela?.
  - ¿Qué es lo que más te gustaba? Y
  - ¿Lo que menos?.
  - ¿Cuál era la imagen de las enfermeras entonces?.
- 3. ¿Podrías contarme tu curriculum hospitalario y los recuerdos más fuertes vividos, tanto con los enfermos como con los médicos, auxiliares y los jefes y jefas?**
  - ¿Recuerdas innovaciones en esta época?.
  - ¿De quién partía la iniciativa?,
  - ¿Participaste?,
  - ¿Tuviste facilidades y reconocimiento por tus compañeras, las jefas, los médicos, el jefe de servicio?
- 4. ¿Hasta que punto influyó tu trabajo en tu vida personal y viceversa?**
  - ¿Te has sentido apoyada por tu compañero en tus labores de casa?,
  - ¿Habéis compartido las tareas reproductoras?.
  - ¿Alguna vez has dejado proyectos de trabajo que te ilusionaban por falta de apoyo familiar?.
- 5. ¿Has realizado militancia política y/o sindical y/o asociacionismo de tipo profesional?**
  - ¿Qué cargos has tenido?
  - ¿En qué servicios, centros has trabajado?.
  - ¿Cuándo comenzaste a considerar la posibilidad de trabajar en Atención Primaria? (Si procede).
  - ¿Hiciste cursos de reciclaje?.
- 6. ¿Qué es para ti la Promoción de Salud?**
  - ¿En que medida relacionas los cuidados enfermeros con la promoción de salud?.
  - ¿Tienes publicaciones, ponencias o comunicaciones sobre este tema?.

- 7. En esta parte de tu vida profesional, ¿has tenido facilidades para realizar innovaciones, tales como: puesta en marcha de nuevos servicios (cartera de servicios),**
- 8. ¿Has realizado alguna investigación subvencionada? ¿Por quién?**
  - ¿Has tenido facilidades para asistir a congresos, cursos?...
- 9. ¿Crees que la labor enfermera esta suficientemente reconocida?**
  - Tanto si es si como si es no ¿A qué se debe? (Tanto por parte de los centros de trabajo, como de las propias enfermeras).
  - ¿Tu trabajo lo reconocen: tu compañero o esposo, tus amigas y amigos enfermeros y no enfermeros, tu familia en general?.
  - ¿Crees que piensan que la enfermería es una actividad subordinada a la medicina?.
  - O más bien, ¿La enfermera debe seguir subordinada al médico?.
- 10. ¿Crees que la relación entre colegas está influida por el género?.  
Podrías explicarla: médico - enfermera. Medica - enfermera. Médica – enfermero. Médico –enfermero.**
- 11. Sobre el poder.**
  - Les interesa a las enfermeras
  - Cual es su relación con el poder
  - A qué se debe
- 12. ¿Cómo ves el futuro de la enfermería?**



## 10. INDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS

*INDICE DE TABLAS*

Tabla nº 1. Niveles de feminización de las profesiones sanitarias. España. 1995 y 2004	141
Tabla nº 2. Profesionales sanitarios colegiados por tipo de profesional, años y sexo.	142
Tabla nº 3. Tasas de distribución de médicos y enfermeras en diversas comunidades autónomas	143
Tabla nº 4. Tasas de distribución matronas en diversas comunidades autónomas en el 2004.	144
Tabla nº 5. Horas trabajadas a la semana en Madrid en 1976.	199
Tabla nº 6. Escuelas de Enfermería en dos etapas: curso 1977-78 y curso 2005-06	231
Tabla nº 7. Ingresos económicos de enfermeras y ATSF en 1976. Madrid.	254
Tabla nº 8. Distribución de la producción científica de enfermería comunitaria en las principales revistas de enfermería.	389
Tabla nº 9. Distribución quinquenal por revistas (1980-2004, Septiembre)	389

*INDICE DE FIGURAS*

Figura 1. Principales Agentes socializadores, mensajes y sexo.	125
Figura 2. Factores que reproducen la discriminación y la perpetúan.	131
Figura nº 3. Características positivas de las mujeres y posibles consecuencias ventajosas de la socialización femenina.	135
Figura nº 4. Diversos niveles de la Educación Enfermera	200
Figura nº 5. Equipo Sanitario	201
Figura nº 6. Relación de competencia en el grado y postgrado con la materia	237
Figura nº 7. Tipología de enfermeras/os en España en 1998	255
Figura nº 8. Modelo de Enseñanza-Aprendizaje en los programas formativos de las Consulta de Enfermería en 1984 y 1985 en Andalucía.	291
Figura nº 9. Contexto de producción del discurso.	312

*INDICE DE GRAFICOS*

Grafico nº 1. Distribución de la producción científica de Enfermería Comunitaria: 1980 - 2004.	387
Gráfico nº 2. Producción científica de la Enfermería Comunitaria entre 1980 y Septiembre de 2004.	388

*INDICE DE CUADROS*

Cuadro nº 1. Plan de Estudios de las Enfermera Visitadoras. Propuesta de Nieves González Barrio.	93
Cuadro nº 2. Materias de las Enfermeras Visitadoras. Propuesta de Pérez Mel. 1935	99
Cuadro nº 3. Diversas denominaciones de la Enfermera Comunitaria siglo XX	104
Cuadro nº 4. Algunas claves de socialización diferencial mujer-varón	118
Cuadro nº 5. Rol masculino – ámbito público. Rol femenino – ámbito privado	121
Cuadro nº 6. Mensajes discriminatorios transmitidos por los agentes socializadores (familia, escuela, lenguaje, media y religión). Posibles consecuencias negativas.	132
Cuadro nº 7. Diferencias entre médicos y sanadoras en la Edad Media.	162
Cuadro nº 8. Cualidades requeridas a enfermeras y enfermeros	170
Cuadro nº 9. Criterios y diferencias entre los cuidados profesionales y domésticos	184
Cuadro nº 10. Continuos en el tipo ideal profesional. Friedson	193
Cuadro nº 11. La declaración de Bolonia.	234
Cuadro nº 12. Componentes del grupo Tuning Enfermero, inicial.	236
Cuadro nº 13. Descriptores de contenidos en Salud Pública. Plan 1977.	273
Cuadro nº 14. Descriptores de Enfermería Comunitaria en el programa del Diplomado en Enfermería. Plan 1989	275
Cuadro nº 15. Organización de los contenidos de Enfermería Comunitaria I, II y III. Universidad de Zaragoza. Curso 2005-06	276
Cuadro nº 16. Denominaciones de la enfermería comunitaria desde 1977 hasta 2005	304
Cuadro nº 17. Características de Informantes	314



[www.unizar.es](http://www.unizar.es)

