



Universidad de Granada
Departamento de Antropología Social

Tesis doctoral

**Cultura organizacional y desarrollo
profesional de las enfermeras**

Autora:
Matilde Celma Vicente

Director de la Tesis:
Prof. Dr. Ángel Acuña Delgado

Granada, 2007



Universidad de Granada

ÁNGEL ACUÑA DELGADO, Profesor Titular del Departamento de Antropología Social y Director de la Tesis: “Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras”, cuyo autora es MATILDE CELMA VICENTE,

CERTIFICA que ha sido realizada bajo mi dirección y que, dada la relevancia de la investigación efectuada y el aporte teórico y metodológico que posee, reúne todos los requisitos para ser apta en defensa pública, al objeto de poder optar al Grado de Doctor por esta Universidad.

Granada, 2 de noviembre de 2007

*Campus Universitario
de Cartuja
18071 Granada
Tfno.: 958 243 099
Fax: 958 240 932*

Departamento de Antropología Social
Facultad de Filosofías y Letras

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

***A mi marido y a mis hijos
Pablo, Nacho y Carlos***

Para la realización de esta tesis, he contado con numerosos apoyos personales e institucionales que quiero agradecer:

En primer lugar a D. Ángel Acuña Delgado, director de esta tesis; sus aportaciones metodológicas, correcciones exhaustivas del manuscrito, y su disponibilidad, me han proporcionado no solo conocimientos y experiencia, sino también la seguridad que me faltaba en algunos momentos.

Mi agradecimiento también, a todas las personas que han participado en las entrevistas, de forma anónima y desinteresada:

-A los pacientes y sus familiares o cuidadoras, que se han prestado a recordar momentos duros de su vida y también a los que han compartido conmigo esos mismos momentos en plena hospitalización, y en ocasiones en el instante más doloroso de la misma.

-A las enfermeras, enfermeros y médicos, de los centros ámbito de este trabajo, que han buscado un hueco en medio de su quehacer profesional, para expresar sus valiosas opiniones, percepciones, y creencias, y también, han permitido realizar la observación sistemática de forma natural, sin ningún tipo de censura ni ocultismo. Y especialmente a las supervisoras, que hicieron de informantes.

Agradezco al Servicio Andaluz de Salud, que a través de sus representantes institucionales, haya autorizado mi presencia en las unidades ámbito del estudio, tanto en atención especializada como en atención primaria.

A la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves, a la biblioteca del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

A mis amigas y compañeras Pilar González, M^a Dolores Cano-Caballero por compartir conmigo momentos de alegría cuando las cosas iban bien y alentarme en los momentos de desanimo, y por sus aportaciones expertas e intercambio de ideas e información. También a mi amiga Amparo Alcalde y, por su lectura y relectura del manuscrito, y sus valiosas sugerencias.

A Carlos Merino, auxiliar de la biblioteca del Hospital Virgen de las Nieves, por su ayuda al facilitarme el acceso a diversas fuentes bibliográficas, y especialmente la adquisición de artículos que se encontraban en otras instituciones.

A todos los profesores que a lo largo del periodo de mi formación han ido dejando su poso y han contribuido a que esta tesis sea una realidad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	Pag.
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento de la cuestión	3
1.2. Problemas e interrogantes	7
1.3. Objetivos	11
 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	 13
 2.1. El género clasificador de profesiones asignador de desigualdades de poder	 16
2.1.1. La construcción científica y social del cuerpo femenino ha impuesto y justificado las relaciones de género y división sexuada del trabajo.	16
2.1.2. La imagen social de la Enfermería a través del cuerpo y su vestimenta.	19
2.1.3. Antecedentes históricos de la Enfermería como profesión y sus orígenes femeninos.	21
2.1.4. Los cuidados, rol central de la Enfermería, situados en torno a las mujeres, a lo natural, lo doméstico y privado	24
2.1.5. Características y mecanismos de las relaciones de dominación.....	25
 2.2. Marco conceptual y orrientes de pensamiento de la Disciplina Enfermera	 30
2.2.1. Competencias actuales de la disciplina enfermera	31
2.2.2. La Enfermería actual como disciplina científica	33
2.2.3. Los cuidados como objeto de la enfermería actual: concepto de cuidado holístico y ayuda	36
2.2.4. Modelos conceptuales y teorías de la Enfermería	39
2.2.5. Corrientes de pensamiento, teorías y modelos más significativos	43
2.2.5.1. Las ideas de Nightingale sobre el entorno	43
2.2.5.2. Modelo de relaciones interpersonales de Peplau	43
2.2.5.3. La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers	44

2.2.5.4. Teoría general de la enfermería de Orem	45
2.2.5.5. Teoría de la consecución de objetivos de King	47
2.2.5.6. Modelo de sistemas de Neuman	48
2.2.5.7. Modelo de adaptación de Roy	49
2.2.5.8. Teoría de la diversidad cultural y la universalidad de Leininger	51
2.2.5.9. Teoría de los cuidados humanizados de Watson	52
2.2.5.10. Teoría de la humanización de Parse	53
2.2.5.11. La Enfermería humanística y las necesidades básicas de Henderson....	54
2.2.6. La Enfermería y su rol de colaboración o interdependiente: diferencias entre la visión enfermera y la visión del modelo médico	59
2.2.7. Aplicación del método científico en la práctica enfermera: el Plan de Cuidados como instrumento del Proceso de Cuidados Enfermero	63
2.2.7.1. La valoración enfermera piedra angular del proceso enfermero.....	65
2.2.7.2. Interpretación y agrupamiento de la información: Diagnóstico	66
2.2.7.3. Objetivos, planificación e intervención	69
2.2.7.4. La evaluación del Plan de Cuidados y las herramientas taxonómicas de la Enfermería (NANDA, NIC, NOC)	69
2.3. La Cultur Organizacional	75
2.3.1. Definición de organización	76
2.3.1.1. Las primeras visiones de la organización	76
2.3.1.2. Visión neoclásica de la organización	81
2.3.1.3. Las organizaciones actuales	83
2.3.1.3.1. La organización sistema abierto que interactúa con su entorno	83
2.3.1.3.2. La organización y la construcción de poder	86
2.3.1.4. La cultura es generada por la interacción del grupo	89
2.3.2. La cultura	91
2.3.2.1. Macro culturas, culturas y subculturas	94
2.3.3 Concepto de Cultura Organizacional	95
2.3.3.1. Los estudios sobre la cultura organizacional	96
2.3.3.2. Definición conceptual de cultura organizacional	97
2.3.3.3. Los elementos de la cultura organizacional	99

3. PRÁCTICA METODOLÓGICA.....	105
3.1. Perspectiva etnográfica	107
3.2. Diseño de investigación	112
3.2.1. Población	115
3.2.1.1. Ámbito, universo y sujetos del estudio	112
3.2.1.2. Cobertura y muestreo	112
3.2.1.3. Descripción de variables de segmentación y perfiles de sujetos del estudio	114
3.2.1.4. Criterios de inclusión de los entrevistados	117
3.2.2. Técnicas de recogida de datos	119
3.2.2.1. Entrevistas	119
3.2.2.2. Procedimiento para las entrevistas	120
3.2.2.3. Reflexiones sobre la práctica metodológica de las entrevistas.	122
3.2.2.4. Observación participante (sistemática)	125
3.2.2.4.1. <i>Entrada en el campo</i>	128
3.2.2.4.2. <i>Procedimiento y registro de la observación</i>	129
3.2.2.5. Reflexiones sobre la práctica de la observación sistemática	135
3.2.2.5.1. <i>Control de sesgos de la investigadora</i>	135
3.2.2.5.2. <i>Comentarios sobre la experiencia en el campo</i>	137
3.2.3. Aspectos éticos	140
3.2.4. Reflexiones sobre el rigor científico de la investigación: Relevancia, validez, fiabilidad, reflexividad	142
3.2.5. Descripción del método de análisis empleado	146
3.2.5.1. Etapa de reducción y extracción de dimensiones de análisis	146
3.2.6. Reflexiones sobre el procedimiento de extracción, codificación y análisis de resultados	149
4. ESQUEMA DE RESULTADOS	153

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	165
5.1. Aspectos de la cultura organizacional de los Centros Sanitarios Estudiados y configuración temática de la discusión	167
5.1.1. Las Presunciones básicas	169
5.1.2. Los valores	170
5.1.3. Los productos de la cultura organizacional	175
5.2. Relaciones de agencia y paternalismo del sistema	176
5.2.1. Relación de agencia entre pacientes y profesionales	184
5.2.2. Paternalismo del sistema	187
5.2.3. La separación del paciente de su entorno y las posturas defensivas de los profesionales	199
5.3. Control del poder a través de la comunicación: distribución de espacios, vestimenta, y el lenguaje	205
5.3.1. La territorialidad en la organización	206
5.3.2. El uniforme delimita diferencias funcionales, adjudica el estatus de poder y marca diferencias de género	209
5.3.3. La distribución de los espacios delimita y otorga diferencias en el poder	212
5.3.4. Cada espacio percibido como propiedad privada del colectivo que lo habita	214
5.3.5. La comunicación y los lenguajes de la organización sanitaria	220
5.3.6. El control sobre la imagen y el cuerpo en las escuelas de los 60-70	224
5.4. Relaciones interdisciplinarias condicionadas por los valores del grupo dominante	228
5.4.1. Adhesión a los valores del grupo dominante	230
5.4.2. Baja autoestima e impotencia	236
5.4.3. Imagen y autoimagen social de las enfermeras	241
5.4.4. Percepción de bajo prestigio e invisibilidad social	245
5.4.5. Conflictos interdisciplinarios	248

5.4.6. Baja confianza en los líderes y bajo corporativismo y asociacionismo ..	258
5.4.7. La investigación como asignatura pendiente	264
5.5. Repercusiones de la feminización de la enfermería.	269
5.5.1. La minusvaloración de los cuidados frente a los procedimientos técnicos e instrumentales	269
5.5.2. División sexuada del trabajo	273
5.6. La Biologización de la cultura y las estandarizaciones	284
5.6.1. La estandarización del cuidado enfermero emula al modelo médico	286
5.6.2. La socialización de los nuevos miembros y estudiantes	294
5.6.3. El aprendizaje del proceso de atención de enfermería (PAE)	298
6. CONCLUSIONES	305
7. BIBLIOGRAFÍA	317
8. ANEXOS	327
Anexo I: Características del ámbito de estudio. Población, misión y estructura general del Servicio Andaluz de Salud	339
I/I Características hospitales	341
I/II Características centros de salud	342
I/III Misión y estructura general del SAS	343
Anexo II: Distribución de las enfermeras en la provincia de Granada y en Andalucía	347
Anexo III: Perfiles de los entrevistados	351
III/ I- Supervisoras	353
III/ II- Enfermeras /os de hospitalización	355
III/ III- Enfermeras/os de servicios especiales	357

III/ IV- Enfermeras /os de centros de salud	358
III/ V- Médicos	359
III/ VI- Pacientes	360
III.VII- Gestores	361
Anexo IV: Guiones de las entrevistas	363
VI/I: Guión de entrevistas supervisoras/es	365
VI/II: Guión de entrevistas enfermeras /os	366
VI/III: Guión de entrevistas médicos	367
VI/IV: Guión de entrevistas pacientes	368
VI/V: Guión de entrevistas gestores	370
Anexo V: Protocolo de observación de las actividades enfermeras en una planta quirúrgica	371
Anexo VI: Matrices de análisis	377
VI/I: Matriz análisis supervisoras/es enfermeras/os	379
VI/II: Matriz de análisis médicos	381
VI/III: Matriz de análisis pacientes	383
VI/IV: Matriz de análisis gestores	384
VI/V: Matriz observación productos de la cultura organizacional	387
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	389
10. INDICE DE FIGURAS Y TABLAS	
Figuras	
Figura 1: Productos de la cultura organizacional (esquema según Schein, 1988)	100
Figura 2: Esquema distribución de espacios (Notas de campo)	134
Figura 3: Carta de solicitud de permiso para entrar en el campo	140
Figura 4: Notas de campo en hospitalización	163
Figura 5: Esquema de la cultura organizacional en forma de iceberg	168
Figura 6: interacciones entre las macrocultural y micoculturas que hay en la organización.	172

Tablas

Tabla T1: Características del rol enfermero, adaptado de M. Luis (2002)	60
Tabla T2: Diferencias entre la orientación del modelo médico y el modelo enfermero, adaptado de Carpnito (1994)	62
Tabla M1: Supervisoras/es y enfermeras/os entrevistados	115
Tabla M2: Medicos entrevistados	115
Tabla M3: Pacienteso usuarios entrevistados	116
Tabla M4: Gestores entrevistados	116
Tabla M5: Cronograma general de actividades	117
Tabla M6: Observación sistemática en el HVN	127
Tabla M7: Observación sistemática en AP	127
Tabla M8: Observación sistemática en el HSC	127
Tabla M9: Guia de aspectos o temas de observación	131
Tabla M10: Esquema descriptivo del método de análisis	146

Fotografías

Fotografía 1: Carteles con agujas y esparadrapos	179
Fotografía 2: Imagen corporativa poco cuidada	208
Fotografía 3: Control de enfermería abierto y estratégicamente situado	213
Fotografía 4/1: Zonas de estar de enfermeras	215
Fotografía 4/2: Zonas de trabajo y estar de enfermeras	216
Fotografía 5: Despachos de supervisoras	217
Fotografía 6; Zonas de trabajo de medicos	218
Fotografía 7: Sala de trabajo y despachos de medicos	219
Fotografía 8: Uniforme de enfermera de los años setenta	227
Fotografía 9/1: Imagen estereotipada femenina	242
Fotografía 9/2 y 9/3: Imagen estereotipada femenina a pesar del paso del tiempo	283

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento de la cuestión

La Enfermería en general y más concretamente la Enfermería Española, está desde hace años inmersa en una crisis que ha generado múltiples conflictos en forma de rechazo hacia nuevas formas de trabajo e innovaciones propuestas institucionalmente.

Detrás de este malestar, que en ocasiones ha trascendido fuera de los ámbitos profesionales e institucionales, encontramos salarios poco satisfactorios, bajas expectativas de promoción, ausencia de carrera profesional vinculada a logros o meritos profesionales, sobrecarga de trabajo acompañada de una escasa consideración institucional, poco reconocimiento social de las funciones de la profesión y una imagen que no está en consonancia con las actuales aspiraciones de la profesión (Alberdi, 1999; Nauderer y Lima, 2005; Valiño, 2005).

Como consecuencia de ello nos encontramos ante una situación profesional caracterizada por un bajo grado de motivación para el desarrollo profesional, un creciente número de profesionales que, aunque sigan ejerciendo la enfermería, buscan otras disciplinas como vía de desarrollo y motivación. (Aiken et al, 2002)

Todo esto ha coincidido con la aparición de políticas económicas dirigidas a controlar los gastos del sistema sanitario cuyo crecimiento exponencial amenaza el sistema de bienestar. Estas corrientes economicistas han repercutido en la gestión de las unidades de enfermería y han frustrado expectativas de superación que llegaban a España en forma de modernas teorías y modelos de enfermería que propiciaron cambios curriculares en los planes de estudios y que culminaron en la formación de enfermeros preparados para asumir nuevas responsabilidades sociales en el ámbito de la salud. Sin embargo, las prometedoras expectativas de desarrollo profesional, han producido grandes frustraciones al dejar a la vista un enorme desfase entre el discurso de las escuelas de enfermería y la realidad del trabajo diario en las instituciones sanitarias, apareciendo contradicciones y ambigüedades tanto en el rol profesional, como en sus relaciones profesionales y laborales con otros actores de los sistemas sanitarios (Alberdi, 1999).

Así, mientras las elites enfermeras discuten modernas teorías de la enfermería, como instrumento de su legitimación, y los servicios sanitarios ponen en marcha nuevas formas de gestión, las enfermeras de la base, se encuentran en una de las situaciones laborales menos envidiables, cuyo principal reflejo es el rechazo hacia

innovaciones que son percibidas como factores que empeorarían, todavía más, su actual estatus laboral. Esto último queda reflejado en estudios realizados por un grupo de investigadores de la Escuela Andaluza de Salud Pública cuyos resultados han quedado plasmados en la “Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales”, editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2001.

Por otra parte, estamos asistiendo a un cambio paradigmático dentro del campo de las ciencias de la salud, que exige una reorientación cultural en el contexto sanitario, donde aparecen nuevos roles que obligan a la praxis del trabajo interdisciplinario, como consecuencia de la multiplicación, especialización y el desarrollo de nuevas tecnologías en las áreas de salud. Pero el ejercicio de la práctica interdisciplinaria solo es posible si previamente se definen las distintas disciplinas, y esto no se ha producido en la realidad cotidiana aunque en el ámbito teórico se proclame en las escuelas y en los discursos de los gestores.

Los servicios de enfermería tienen una importancia social y económica, ya que el alta del paciente no depende sólo del diagnóstico y el tratamiento médico, sino también de una serie de respuestas humanas a una determinada situación de salud que dependen de factores como la edad o época de desarrollo de la persona, el nivel de dependencia para la satisfacción sus necesidades básicas y las características de su entorno social y cultural.

Desde esta perspectiva, y en coordinación con las áreas médicas, las enfermeras actúan como agentes intermediarios entre las necesidades de los pacientes, la organización y los profesionales que deban atenderlos, de ahí surgen las intervenciones enfermeras de colaboración o interdependientes y las derivadas de la colaboración con otras áreas de la institución. Por otra parte actúan como agentes finalistas aportando al proceso asistencial funciones propias que han de desarrollar mediante la investigación clínica, demostrando que sus intervenciones resuelven problemas, ayudan a la persona a estar mejor y a superarse, y abren perspectivas de actuación (Gonzalez de Haro et al, 2000: 888-894).

Las profesiones sanitarias, tienen como característica fundamental su carácter interdependiente o interdisciplinario, y una dificultad en el ejercicio del trabajo interdisciplinario es la confusión o solapamiento de las funciones de los distintos estamentos, lo cual, en la práctica, genera tensiones o diluye responsabilidades. Parece pues necesario, un proceso de reorientación donde la enfermera defienda y reivindique su rol propio; pero esto, con frecuencia, es percibido por otros profesionales como una

amenaza e interpretan la autonomía enfermera como una intromisión en sus atribuciones profesionales y una usurpación de su poder.

Son numerosos los autores que apoyan que, para actuar en la dirección correcta, es importante definir el catálogo de servicios o productos enfermeros (Maña, 1991:135-140; Hernandez, 1995: 29-34; Lopez, 2000: 32-36). Tanto en España como en otros países del entorno, se han elaborado, ya hace tiempo, registros que recogen el amplio catálogo de prestaciones de la práctica enfermera pero de forma muy desigual (Larson, 1997: 262-263; Martin, 1997:57-62).

Las nuevas formas de gestión suponen un reto para la profesión enfermera pero, en ocasiones, como hemos mencionado, esto es percibido por los profesionales enfermeros como una amenaza más que como una oportunidad. En la actualidad, una parte importante de la gestión clínica, corresponde a la gestión de unidades enfermeras, implícitas en todos los procesos. En los hospitales en general y concretamente en los andaluces, así como en atención primaria, las enfermeras/os suponen, aproximadamente, el 24% de la plantilla¹, y esto demuestra el peso de sus actividades y su implicación en la asignación de recursos.

El enfoque de gestión clínica constituye una oportunidad en tanto que implica una permanente y sistemática crítica de la calidad de los cuidados, entendiendo estos como un proceso integral donde están incluidos procedimientos de valoración, diagnóstico e intervención sobre los pacientes, utilización de recursos y evaluación de resultados esperados (Gordon, 1994) Emprender proyectos de desarrollo de la gestión de cuidados en el contexto de la gestión clínica añade valor a este enfoque (Gonzalo, 2000):

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en el 2001 elaboró el “Plan marco de calidad de la Consejería de Salud” donde se describe el Proyecto de gestión de procesos asistenciales y se define la guía para la descripción de procesos². En dicha guía se describen también los beneficios profesionales que según dicho estudio puede aportar esta forma de trabajo a los profesionales de enfermería, beneficios apoyados por otros trabajos publicados dentro y fuera del Sistema Sanitario Andaluz:

¹Según datos del SAS del 2006 consultados en 2007
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_personal.

² Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001: 75-82.

- Mejor identificación de la responsabilidad enfermera en las unidades de cuidados que constituyen su área de competencia³, a pesar de lo cual, está frecuentemente excluida de los debates de salud.

- Una respuesta a las demandas sociales, considerando los factores del entorno que están incrementando la demanda de cuidados enfermeros .

- Una alternativa al desarrollo profesional ya que evalúa la práctica y la efectividad de los resultados enfermeros. En Andalucía existe una gran variabilidad en las prácticas y en el grado de implantación de modelos de cuidados enfermeros. (Gonzalez de Haro et al, 2000: 888-894).

- Responsabilización de las enfermeras de los recursos que se les asignan, lo que puede propiciar un mayor nivel de motivación, ya que les concede más autonomía para su actividad profesional. (Lopez, 2000: 32-36; Mariano, 2002:48-51). Sin embargo en mi opinión, con frecuencia la enfermería queda oculta dentro del proyecto y no siempre participa en la toma de decisiones, y esto ocurre no sólo entre las enfermeras de atención especializada que trabajan en los hospitales, sino también entre las que trabajan en atención primaria.

Las enfermeras deben conseguir un modelo de organización de cuidados que muestre a los ciudadanos su contribución a los cuidados de la salud, pero esto a la vez que una oportunidad, puede constituir una amenaza, ya que el camino de la gestión clínica y desarrollo de procesos no está exento de problemas, puesto que obliga a hacer un gran esfuerzo para responder a las necesidades y expectativas de los clientes hacia los servicios sanitarios.

Para determinar los parámetros en el conjunto de intervenciones de enfermería en los procesos asistenciales, la enfermera debe realizar una revisión sistemática de la evidencia científica y valorar su aplicación en los contextos concretos⁴ (Alberdi, 1997; López, 2000: 32-36). Esto supone una determinada preparación y asunción de responsabilidades; a los enfermeros se les encomienda desarrollar planes de cuidados normalizados, como instrumentos del proceso de atención de enfermería (PAE), ya que estos pueden ser herramientas válidas y adecuadas para dar respuesta a las necesidades de calidad y heterogeneidad de los clientes, a la vez que pueden mejorar la eficiencia en la asignación de recursos (Martin, 1997:57: 62).

³ Implantación de los procesos en la organización sanitaria. Cap 4. En: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001: 57.

⁴ Propuestas para incorporar la mejor evidencia disponible en el diseño de procesos asistenciales. Cap. III. En: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001. 69-74.

1.2 Problema e interrogantes

Para llevar a cabo esta normalización, se necesitan cambios que ya se están produciendo en alguna medida, aunque de forma desigual en las distintas comunidades autónomas, y también dentro de la Comunidad Andaluza, siendo el medio hospitalario el que más dificultades presenta, ya que sería necesario que se produjera previamente un cambio en la "Cultura organizacional" de las empresas sanitarias (Gonzalo, 2000).

Pensamos que estos aspectos culturales de la organización se fundamentan en asunciones, creencias y actitudes, que tienen que ver con las relaciones de poder, el género y los discursos contradictorios que lanza la propia organización a través de sus líderes y que puede estar influyendo en las pautas y comportamientos de los profesionales, en el desarrollo profesional de las enfermeras y en la asunción de la responsabilidad de su rol propio.

Según Carmen Domínguez, en las enfermeras, no solo ha funcionado el estereotipo femenino sino que además se ha visto reforzado por la ideología que la ha rodeado: *"No ha sido únicamente el hecho de ser enfermera un colectivo de mujeres en su mayoría, la causa de su falta de autonomía y de reconocimiento, sino que diversas y complejas cuestiones han tenido importancia además de ser mujeres. El propio desarrollo histórico de la profesión, e incluso la relación con la medicina"* (Domínguez, 1990: 69).

Esto induce a preguntar cuáles son las causas de la desmotivación de las enfermeras para el desarrollo de un rol propio, y hasta qué punto influye su feminización y la carga cultural que históricamente arrastra su rol central, que son los cuidados.

Por otro lado achacar los problemas de desarrollo profesional, como tradicionalmente se viene haciendo desde las bases de la enfermería, a condicionantes institucionales económicos, sería quedarse en la superficie del problema. Según Alberdi, estos condicionantes, sólo han hecho emerger problemas de fondo que la enfermería y su entorno arrastran desde sus orígenes.

"[...] Porque la división del trabajo no se asienta en criterios absolutamente técnicos, sino que mantiene una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico que asignan al rol de cuidados, propio de enfermería, categorías de sumisión inferioridad y dependencia [...]" (Alberdi, 1999: 12)

En base a todo lo expuesto, cabría cuestionarse si existe coherencia entre los discursos de los distintos actores sobre el rol enfermero y si es posible para las enfermeras un papel independiente o propio previamente definido y aceptado por todos los miembros del equipo sanitario. Para aclarar esto último cabría también preguntarse cómo se desarrolla, en la realidad, la práctica interdisciplinaria dentro del equipo sanitario tanto en atención primaria (centros de salud) como en la especializada (hospitales).

Muchos proyectos que han sido emprendidos con gran esfuerzo, ilusión y entusiasmo, han fracasado porque no se ha explorado previamente el trasfondo cultural de actitudes, creencias y conocimientos de aquellos que tenían que iniciarlos, continuarlos y consolidarlos.

La normalización del proceso de cuidados enfermeros, como instrumento de mejora de la calidad de los cuidados y de desarrollo profesional, no siempre es aceptada de igual forma por los distintos profesionales o actores del sistema, y con frecuencia los cambios son percibidos como amenazas, aunque estos temores no siempre se manifiestan explícitamente.

Por otra parte, mi experiencia docente en la elaboración y ejecución de planes de cuidados con los alumnos de enfermería, me ha mostrado las dificultades que existen si la metodología y el lenguaje utilizado no se adaptan a las condiciones estructurales, organizativas y culturales de las unidades donde se implantan, y además no son asumidas y aceptadas por la mayoría de los miembros del equipo, y no sólo las enfermeras.

Creo que, emprender cambios e innovaciones debe ir precedido de estrategias fundadas en el conocimiento de unas asunciones culturales, sociales y organizacionales, generalmente invisibles que como se ha comentado anteriormente, pueden tener su origen en la construcción social de imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y entre ellos a las distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un determinado sexo, en ocasiones, vinculado a desigualdades de poder que marcan las relaciones entre los distintos actores del sistema sanitario.

En base a las líneas de argumentación expuestas hasta ahora, hemos creído conveniente, en primer lugar, indagar en los aspectos que desde su origen histórico pueden estar influyendo en la situación actual de la enfermería como profesión, para posteriormente conocer la fundamentación teórica de la enfermería como disciplina científica y cuales son las competencias y el rol que en la actualidad le ha sido

asignado por parte de la administración de los servicios sanitarios y de la sociedad, y que se evidencian en forma de actitudes y creencias, conocimientos y estrategias que han pasado a formar parte de la cultura profesional y organizacional de las instituciones sanitarias, donde estos aspectos no sólo operan en las enfermeras, sino que también pueden estar condicionando sus relaciones con otros actores del sistema, fundamentalmente médicos y usuarios, y cuyas categorías de análisis no están suficientemente estudiadas.

Las cuestiones que hasta ahora hemos ido planteando, nos guiarán en nuestra indagación sobre las claves del desarrollo profesional enfermero y el modo en que operan los distintos factores culturales que pueden estar actuando de freno. Estas cuestiones se resumen en las siguientes preguntas de estudio:

- ¿Cuáles son las claves de la motivación de las enfermeras para el desarrollo de un rol propio, y hasta que punto influye su feminización y la carga cultural de su rol central, que son los cuidados?
- ¿Cómo son las prácticas culturales que hacen visible la cultura organizacional y cómo influyen en el desarrollo profesional de las enfermeras, en el ejercicio su rol autónomo o independiente?
- ¿Coincide la imagen y expectativas hacia la Enfermería, de los usuarios, médicos y gestores, con las competencias que se desprenden de su formación curricular actual?
- ¿Existe coherencia entre los discursos de los distintos actores de las organizaciones sanitarias sobre el desarrollo del rol enfermero?

Para dar respuesta a estas preguntas, nos proponemos investigar las claves del desarrollo profesional enfermero y en qué modo operan los distintos factores, de la cultura de las organizaciones sanitarias, que pueden estar actuando de freno.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Nos hemos propuesto, a través del método etnográfico (observando sus escenarios y analizando los discursos y los comportamientos de los distintos actores de las organizaciones sanitarias estudiadas), conocer en primer lugar, cuáles son las claves de las dificultades de las enfermeras para desarrollar un rol propio centrado en el paciente y su entorno, en el seno de un equipo multidisciplinario; y en segundo lugar, descubrir en qué forma influye en ello la cultura organizacional⁵.

1.3.2. Objetivos operativos

Para responder a las preguntas de estudio nos hemos propuesto los siguientes objetivos operativos:

1. Conocer y establecer las dimensiones y categorías de análisis que describan los aspectos de la cultura organizacional, que influyen en el desarrollo profesional de las enfermeras.
2. Conocer los productos de la cultura organizacional de los centros sanitarios, ámbito de estudio.
3. Averiguar las fortalezas y debilidades de atención primaria y atención especializada, para el desarrollo profesional de las enfermeras.
4. Conocer cual es la imagen profesional (autoimagen) que las enfermeras creen proyectar (como las ven los usuarios, gestores y médicos) y como se transmite.
5. Conocer las actitudes y las expectativas profesionales de las enfermeras así como las que sobre ellas tienen los usuarios, gestores y médicos.
6. Descubrir los factores que operan propiciando los conflictos interdisciplinarios entre médicos y enfermeras.

⁵ Entendiendo que dicha cultura (microcultura) está inserta dentro de un espacio social donde predomina una cultura (macrocultura), cuyos representantes son los usuarios del sistema y los propios trabajadores de la organización.

7. Averiguar si existen diferencias, influidas por roles vinculados al género, entre enfermeras y enfermeros.
8. En base al conocimiento que proporcionen los resultados, proponer nuevas líneas o problemas de investigación en las que seguir trabajando.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Como paso previo al proceso de nuestra investigación, indagaremos en lo que creemos debe constituir el marco teórico en que se debe sustentar el desarrollo de esta tesis y que exponemos a continuación dividiéndola en tres apartados:

- 2.1. El género clasificador de profesiones y asignador de desigualdades de poder
- 2.2. Marco conceptual y corrientes de pensamiento de la disciplina enfermera
- 2.3. La Cultura Organizacional

2.1. El género clasificador de profesiones y asignador de desigualdades de poder

2.1.1. La construcción científica y social del cuerpo femenino ha impuesto y justificado las relaciones de género y división sexuada del trabajo.

La cohesión social, es una de las necesidades de la sociedad, y se consigue transmitiendo de padres a hijos formas de vida, costumbres y valores, es decir, recreando y reforzando constantemente el orden social. M. Douglas consideraba que *“El cuerpo es un microcosmos de la sociedad y reproduce en pequeña escala las potencialidades y los peligros que acechan al sistema”*.(Douglas, 1988: 132).

A través de la construcción simbólica del cuerpo la sociedad precisa la forma en que los seres humanos se relacionan, formulan sus normas, establecen sus valores y controlan sus conductas sociales mediante el aprendizaje de las expresiones y significados simbólicos del cuerpo (Salinas,1994; Acuña, 2004) Todo esto, constituye la matriz de las percepciones, de los gestos, posturas, del modo de presentarse cada uno en función de su posición dentro del orden social y económico en el que están implícitos determinados roles, entre los que se encuentran los inherentes a la división sexual del trabajo.

El cuerpo ha sido estudiado desde las distintas ciencias y cada una de ellas ha dado su particular enfoque a su estudio y/o control. La medicina fue la pionera de todas las ciencias que se han ocupado del cuerpo, en este caso atendiendo y luchando contra la degeneración del cuerpo, el sufrimiento y la enfermedad. Desde esta disciplina se asignó al cuerpo una serie de funciones biológicas, partiendo del cuerpo del varón, como la normalidad, y construyendo el de la mujer comparativamente a partir de este.

En general, las ciencias biomédicas, a través de sus discursos, han ido construyendo teorías sobre las diferencias físicas entre el cuerpo del hombre y la mujer, centradas en las diferencias sexuales (dimorfismo sexual). Estas diferencias sexuales han servido de base para construir desigualdades que han asignado a la mujer una posición física, social e intelectual inferior a la del hombre, y en consecuencia le han marcado roles sociales de dependencia y subordinación.(Laqueur, 1994).

La percepción del cuerpo y el conocimiento del yo, han ido cambiando en el tiempo. Foucault mantiene que el cuerpo para cada sociedad, además de un hecho biológico, es un territorio cargado de representaciones en donde permanentemente se construyen imágenes culturales, en donde se deja notar el espacio y el tiempo, y en donde se proyectan señas de identidad y de alteridad (Foucault, 1985).

La etnología muestra un cuerpo moldeado por la organización social y por su ideología dominante para cumplir objetivos de producción y reproducción social. El pensamiento patriarcal, dominante, ha relegado el cuerpo de la mujer y sus experiencias al ámbito de lo natural y lo intrascendente, y su capacidad intelectual a la simple intuición. Por otro lado, la posición de clase de las mujeres se consolida a través de sus relaciones sexuales, y este hecho ha llevado a que la regulación del cuerpo se haya ligado de una manera muy estrecha al control de la sexualidad femenina. Mediante el control del cuerpo femenino, se pretendía asegurar la autoridad familiar y la distribución de la propiedad y de las riquezas, entre otras cosas. Según Turner, la institución familiar tradicional y concretamente la distribución de roles, y con ello la del poder, refleja el orden imperante en la sociedad (Turner, 1996).

Cada sociedad o grupo ha generado una serie de elementos de interacción corporal propios que pueden obedecer a prácticas sociales de su entorno y a otros concretos que forman parte de un bagaje donde confluye una mezcla de elementos biológicos y de adaptación social. Así se ha ido construyendo, entre otras cosas, las diferencias entre hombres y mujeres.

Las aportaciones teóricas más relevantes sobre la producción social del cuerpo, según Buñuel, aborda tres grandes bloques teóricos (Buñuel 1994: 101-106): el cuerpo cómo signo y mercancía de la sociedad de consumo, el cuerpo cómo lenguaje y el cuerpo como lugar de control y de poder.

Nuestra línea de argumentación se situará en las dos últimas aportaciones teóricas mencionadas, ya que por una parte se basa en la interpretación de la realidad existente entre las personas dentro de la vida cotidiana, mostrando cómo se utiliza el cuerpo cómo fachada, cómo envoltorio para conseguir credibilidad en la comunicación e interacción con los demás; esto lo describió, Goffman en 1987 como "*Método del dramaturgo*".

La sociedad ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un cuerpo con

un determinado sexo⁶, vinculándolo a desigualdades de poder. El cuerpo es tomado como signo dentro de un sistema simbólico: signo de pertenencia, signo de posición social, signo de estatus de poder.

Quiero trasladar estas ideas a la utilización que se ha dado de la imagen femenina de las enfermeras, para poder comprender cómo esta profesión arrastra, a pesar de los cambios que ha habido, una carga simbólica que interfiere de forma más o menos consciente en su desarrollo profesional y en la que influyen dos aspectos que se solapan: por una parte la alta feminización del colectivo profesional y por otra, la naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central que son los cuidados.

L. Beneria dice que para analizar las relaciones de género y la división sexual del trabajo debemos partir de que:

“la división sexual del trabajo constituye el origen de la discriminación que las mujeres sufren por razón de género [...] la actividad económica de la mujer se origina en su función específica, en la reproducción de la fuerza de trabajo. En esta función se encuentra la raíz de las diferentes formas que la subordinación de la mujer ha adoptado en las diversas sociedades”. (Beneria 1981:55).

Durante años las ciencias médicas han especulado, explicado y/o interpretado estas desigualdades como un hecho natural, inherente a la condición biológica diferenciada del cuerpo de los varones y las mujeres (dimorfismo sexual e inferioridad del cuerpo de la mujer), a este respecto se encuentran numerosas fuentes históricas, como por ejemplo algunos tratados de medicina como Huarte de San Juan, de 1575, analizado por Femenías (1992: 15-29), y otros como Adelon, 1812; Oms, 1840; Monlau, 1865. Muchas de estas obras justifican la inferioridad de la mujer con respecto al varón, basándose en las diferencias de sus cuerpos. Estos tratados, se basaban en Aristóteles, Platón y Galeno, y sus teorías siguen vigentes en el siglo XIX y principios del XX donde se mantienen discursos sobre diferencia sexual, diversidad biológica y desigualdad social, y la diferencia sexual pasa de desigualdad / inferioridad orgánica, a desigualdad / inferioridad intelectual, esto se aprecia en los discursos de Curós Alcántara(1879), y se siguen manteniendo más recientemente por prestigiosos médicos como Gómez Ocaña, (1919) y Gregorio Marañón (1920). Todos ellos analizados y citados por: diversas investigadoras, cuyos estudios feministas, a partir S

⁶ El concepto manejado por la ciencia para explicar las diferencias entre varón y mujer ha sido el de sexo. Este concepto marca las diferencias orgánicas entre machos y hembra, diferencias que se han constituido de acuerdo con perspectivas investigadoras de carácter androcéntrico, tomando al varón o lo masculino como referente, y legitimando las relaciones sociales asimétricas de género. Esta diferencia lleva asociada una carga de inferioridad que fue orgánica hasta el s.XVIII y que a partir del XIX se convirtió en inferioridad intelectual

XX, pone de manifiesto el mensaje de estos discursos y denuncian la segregación histórica de las mujeres. En la actualidad existen numerosas obras sobre género, ciencia y epistemología feminista, que demuestran que esta diferenciación basada en el sexo es una de las múltiples formas de explotación del cuerpo de la mujer y a la vez una de las más universales, también muestran cómo todo esto ha influido en la asignación de los distintos roles profesionales. (Laqueur, 1994; Flecha, 2001; Cabré y Salomón, 2001; Ortiz, 2001; Martín Casares, 2006)

Una vez conocido cómo la división social de los roles masculino y femenino parten de la visión desigual e inferior de las mujeres, y propicia diferencias en las formas de relacionarse y distribuir el poder según el sexo, queremos también explorar cómo puede esto estar afectando al desarrollo de la enfermería actual, mayoritariamente femenina; por lo que en primer lugar trasladaremos los aspectos teóricos que hemos repasado a su caso concreto.

2.1.2. La imagen social de la enfermería a través del cuerpo y su vestimenta

También sobre la imagen pública de la enfermería pesan estereotipos, propios de su mayoría de género femenino, donde ha sido utilizada la imagen del cuerpo femenino como símbolo de identidad profesional.

La imagen social de una profesión está condicionada por la forma en que es reproducida simbólicamente por la sociedad a la que sirve. En la actualidad, está demostrado el gran poder que tienen los medios de comunicación, como la TV el cine etc.. como vehículo para mostrar y reproducir para la sociedad imágenes sobre el mundo en que viven y su cultura dominante.

A este respecto, existen trabajos que muestran cómo la imagen de una profesión puede estar condicionada por la forma en que estos medios la muestran, actuando como reforzadores y divulgadores de actitudes y creencias de las personas que los frecuentan y los siguen, creando estereotipos que tradicionalmente están presentes en el pensamiento colectivo de la sociedad a la que van dirigidos (Martínez Riera, 1997). Por otra parte, Siles et al, hicieron en 1998 una revisión sobre la imagen femenina de la enfermería en el cine durante la guerra civil, concluyendo que en ambos bandos, el cine español se esforzó en reflejar el tipo de mujer ideal, encarnándola en el estereotipo de la enfermera ideal, uniformada y recatadamente

vestida, ocultando cualquier rasgo que pudiera sugerir algún erotismo; cabello tapado, mangas siempre largas, siempre medias blancas gruesas y siempre dando la espalda a cualquier tipo de tendencia que propusiera la moda del momento.

Esta enfermera ideal, representaba los valores, ideas, estética y prejuicios de cada bando. La imagen de la enfermera fue conceptualizada por ambos bandos como el símbolo de abnegación y entrega de la mujer, aunque en el caso del franquismo, la ideología acotaba sus actividades y las impregnaba de simbolismos religiosos y maternales: "*Continuamente se repiten las estampas con uniformes que recuerdan hábitos, crucifijos, recato en la vestimenta, ausencia de adornos, cabello tapado [...]*" (Siles et al, 1998: 30).

Algo parecido muestran Rosa Medina y Alfredo Menéndez, en un trabajo realizado sobre las tecnologías médicas e identidad nacional, donde se muestra que a pesar de que en los años 50 se comienza a dar una imagen más pública y profesionalizada de la mujer, sin embargo éstas recibieron contrato subordinado y segregacionista:

"Durante los años 40 sólo dos reportajes mostraron la presencia de mujeres en este escenario tecnológico [...], en ambos la división sexual de tareas es manifiesta y muestran un tratamiento segregacionista de las prácticas en el laboratorio. El trabajo de las mujeres técnicas o auxiliares de laboratorio, es filmado meticulosamente de una forma que podríamos denominar estereotipadamente femenina" [...] el documento conforma una representación gregaria, automática y no cualificada del trabajo de las mujeres", en este caso, enfermeras y técnicas de laboratorio. (Menéndez y Medina, 2003: 399)

Pero la imagen femenina de la Enfermería no acaba en el cine y en los documentales, ni en las batas y cofias de las primeras escuelas, sino que frecuentemente es representada por cómics o dibujos donde se las representa siempre en femenino y asignándoles funciones de subordinación, cuando no son representadas con cómics sexistas (minifaldas, escotes, cofia, etc.), basta con ver los dibujos o caricaturas prefabricados por la informática o para hacer señalizaciones o etiquetas. Aquí se trata de explicar una profesión mediante signos y símbolos a un público profano, en este caso no sólo se aportan distinciones de género, poder y posición social, sino también condicionan su prestigio profesional y lo que la sociedad puede esperar de ella.

A mi entender, el principal peligro de estos medios consiste en que debido a su poder

de difusión, se inclinan hacia una imagen estereotipada⁷ que se considera casi universal, y su enorme divulgación contribuye a la percepción y vulgarización del rol social enfermero entre amplias capas de la población, potenciales usuarios de las organizaciones sanitarias.

Para comprender cómo afectan a la enfermería actual aspectos tales como: las divulgaciones de su imagen profesional en forma de estereotipos y las diferentes concepciones y visiones del cuerpo de la mujer con respecto al del hombre, y con ella la división sexual del trabajo, convendría hacer en primer lugar un breve repaso a su historia reciente, y en segundo lugar, un análisis de cómo sus actividades centrales, que se desarrollan en torno a los cuidados, han sido consideradas universalmente como una parte importante del rol de las mujeres.

2.1.3. Antecedentes históricos de la enfermería como profesión y sus orígenes femeninos.

La enfermería como profesión y como ciencia resurge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad "asigna" a las mujeres son tan importantes como los de los varones: *"[...] debido a que la historia ha sido elaborada por varones, la poca información disponible sobre la actividad de las mujeres debe ser examinada con mentalidad crítica, en la medida en que pueda encontrarse totalmente sesgada por el punto de vista masculino"* (Duby y Perrot, 1993).

La historia reciente de la enfermería como profesión surge alrededor de 1800 en Inglaterra; hasta entonces la enfermería no estaba profesionalizada sino que estaba en manos fundamentalmente de religiosos.

En la época de la Revolución industrial se crea el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth por el pastor alemán T. Fliedner (1800-1864). Este instituto dejó una huella importante en el florecimiento de la enfermería moderna, pero la primera formación académica de los cuidados de enfermería nace en torno a 1860 con la enfermera británica, Florence Nightingale.

⁷ **Estereotipo:** conjunto de creencias y valores sobre los atributos que caracterizan a un grupo social sobre el que ya hay un acuerdo básico, ayudando a categorizar para hacer más coherente la comprensión del mundo.

Antes de esta época la enfermería no religiosa, vivió una época oscura, a veces perseguida y catalogada como practicante de la brujería, la nueva imagen de la enfermería quería acabar con su mala fama; Nightingale pretendía dignificar un trabajo que gozaba de muy mala reputación. Tanto los grupos de mujeres que acompañaban a los ejércitos, como en general el personal femenino no religioso que trabajaba hasta entonces en los hospitales, se consideraba que estaba formado por prostitutas o por ladronas. (Ehrenreich, 1981; Flecha, 2001)

La primera mitad del siglo XIX vive momentos sociales de cambio muy relevantes, que van a influir sobre la salud de la población:

- ◆ La consolidación de la revolución industrial y del sistema capitalista.
- ◆ La constitución de grandes masas de trabajadores y la concentración en las grandes ciudades
- ◆ El empeoramiento de las condiciones higiénicas y de salubridad con jornadas laborales durísimas.
- ◆ Entrada de muchas mujeres y niños en las cadenas de producción, con duplicidad de la jornada laboral para estas mujeres.
- ◆ Aumento de la conflictividad laboral, enfrentamiento capitalistas-proletariado, reivindicación de derechos humanos fundamentales.

En este contexto es en el que F. Nightingale funda una escuela de enfermería, la Nightingale Training School for Nurses (1860), con una fuerte oposición de la clase médica, que no daba ninguna importancia a los cuidados de enfermería (García y Calvo, 1992; Franc y Elizondo, 1987).

A pesar del mérito otorgado a F. Nightingale, su figura no ha estado exenta de crítica ya que las enfermeras que ella formaba, ofrecían al médico una obediencia absoluta y al paciente el cuidado desinteresado de una madre. Hay que tener en cuenta que en esta época existía una consideración de las mujeres como propiedad de los maridos sin ninguna autonomía personal, y un refuerzo del rol doméstico y maternal de las mujeres, con agudización de las diferencias de género: *"Nightingale, estableció y promulgó un sistema educacional que no produce profesionales sino que fomentó un sistema que subordina las enfermeras a los médicos. El modelo Nightingale responde al rol pasivo que ella misma adjudica a las enfermeras y a su proceso de cuidados"* (Cohen, 1988: 14).

No podemos olvidar el contexto histórico en el que se funda la enfermería: "*Sus fundadoras concibieron la enfermería como expresión de un modelo bien definido de mujer, asociaban la disposición y habilidad para cuidar a una feminidad esencial*" (Canals, 1992: 29).

Zapico y Adrián, mantienen que probablemente atribuir a Nightingale la actual subordinación sea simplificar las cosas, pero la realidad es que su sistema formativo, del cual somos herederas todas las enfermeras, ejerció una fuerte influencia sobre la evolución de la profesión: "*la formación de las primeras enfermeras propició que la enfermería adoptase ante el médico una posición de sumisión y obediencia semejante a la de la esposa en el ámbito doméstico. Todo esto presuponiendo que la soltería era el estado ideal de la buena enfermera*".(Zapico y Adrian, 2003: 28).

De los antecedentes históricos podemos intuir que, mientras la condición social de las mujeres, y con ellas la enfermería, ha sido una condición de reclusión, de invisibilidad, de subordinación, la enfermería como profesión no ha existido. "*Durante los períodos en que la mujer estuvo rigurosamente confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debió adoptar un carácter de arte doméstico*".(Donahue, 1985: 25).

En cualquier texto relativo a la génesis de la enfermería, se puede apreciar cómo la historia de ésta va paralela a la historia de la mujer. La enfermera pues, podría ser el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos. Una muestra de ello queda reflejado en el modo en que el papel social asignado a las mujeres y la más antigua de sus tareas, que es el cuidar, ha quedado en el olvido social, o al menos ha carecido del prestigio que merecía. Este último aspecto es el que trataremos de fundamentar a continuación.

2.1.4. Los cuidados, rol central de la enfermería, situados en torno a las mujeres, a lo natural, lo doméstico y privado.

El cuidar ha sido esencial en la preservación de la vida y de la supervivencia humana. Los cuidados durante milenios no han sido cosa propia de un oficio y mucho menos de una profesión. La práctica de cuidar se sitúa en la necesidad de conservación de la especie. La alimentación y las prácticas de conservación han sido inherentes a la mujer. Hemos visto cómo a la mujer se la ha asociado siempre a su rol reproductor.

"Podemos afirmar que a la mujer el rol de madre le corresponde por imperativos biológicos que la sitúan más cerca de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre, y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad" (Hernández Conesa, 1995: 81).

Ortner atribuye la situación de la mujer, según ella denigrante, a su vinculación con lo doméstico y su función reproductora. Históricamente se ha asignado de forma universal a la mujer el papel de ser madre, cuidadora y educadora. El varón, a lo largo del tiempo, queda al margen de la tarea de cuidar de los hijos y de los progenitores: *"Cuidar a los niños siempre ha sido, en la civilización occidental, un trabajo asignado a las mujeres"* (Ortner, 1979: 116). De esta manera, las mujeres asumen, en la mayoría de los grupos sociales, la función de cuidar (Ortner, 1979; Stolcke, 1992).

V. Stolcke, señala que las desigualdades sociales se han conceptualizado como si estuvieran basadas en diferencias naturales inmutables. Al igual que hay una tendencia a naturalizar ideológicamente las desigualdades sociales, se han naturalizado las desigualdades de género, (Stolcke,1992). La dicotomía cultura /naturaleza ha sido identificada por los antropólogos como algo que afecta a los pueblos en muchos lugares diferentes.

Podríamos decir que las expectativas y valores relacionados con los varones y con las mujeres se asocian al hecho claro de ser considerados seres físicamente y socialmente desiguales y no tan sólo diferentes. Desde esta perspectiva de análisis se puede ver cómo la profesión de enfermera, que está ligada a los cuidados del individuo y familia, puede estar arrastrando condicionantes culturales de su rol de cuidadora, ligados a su condición mayoritariamente femenina, este rol ha sido potenciado y transmitido asociando la imagen de la enfermera a una imagen femenina y maternal. Según Florence Nightingale las enfermeras debían ser *"maternales, atentas y compasivas"*, rasgos que se asociaban a la feminidad (Cfr. Choen, 1988:16).

Creemos que estos antecedentes, marcan el desarrollo profesional de las enfermeras en forma de condicionantes culturales que impregnan a la organización, y con ella a gestores, usuarios y los distintos estamentos profesionales sin excluir a la propia enfermería, por lo que conviene detenerse en conocer la lógica de las relaciones de poder entre la enfermería y la medicina, para más tarde conocer los antecedentes teóricos de las organizaciones y más concretamente de las organizaciones sanitarias

donde trabajan las enfermeras; estos dos puntos servirán de premisa para posteriormente conocer las características de la enfermería actual como disciplina científica.

2.1.5. Características y mecanismos de las relaciones de poder y dominación

En 1971 Paulo Freire publicó *“Pedagogía del Oprimido”*, en este trabajo, este discute las diferentes opciones que tiene una sociedad para inducir a sus futuras generaciones hacia una u otra forma de actuar. Una opción sería educar a los jóvenes para facilitar su integración en la lógica de la sociedad a la que pertenecen o están incluidos, propiciando su conformidad para seguir sus pautas, lo que el autor llama “cultura del silencio”; otra opción posible, sería ayudar a estos jóvenes, y otras personas que integran el grupo, para que cuestionen y analicen críticamente la realidad que les rodea y sus valores, de modo que puedan transformar el mundo en el que viven; a esta segunda opción Freire la llama “cultura de la libertad”. Este proceso de concienciación de los factores estructurales, sociales, económicos y políticos que afectan la vida de las personas, ha de llevarse a cabo a través de la reflexión crítica y las relaciones dialógicas horizontales, que conducirán a la acción sobre el entorno con el fin de cambiarlo. La finalidad de este proceso es promover la libertad y la transformación de las estructuras sociales asimétricas o desiguales. Esta teoría de la acción revolucionaria propuesta por Freire, trata de sustituir las situaciones sociales, culturales, económicas y políticas de opresión por la institucionalización de un proceso de cambio a través de encuentros dialógicos. Se trata de tomar conciencia de la opresión e independizarse o liberarse de ella.

La premisa básica en la que se basan estas teorías, es que los seres humanos poseen la habilidad para conocer la realidad de su entorno y, a diferencia de los demás animales que lo que hacen es adaptarse a él, desarrollar una reflexión crítica que no solo propicie su adaptación al mismo, sino que además les permita transformarlo. Las cuatro asunciones siguientes son el fundamento del trabajo de Freire:

- La realidad de la opresión puede ser transformada hacia la humanización de nuestro mundo social si el opresor se reconoce como tal, a través del

establecimiento de continuas relaciones dialógicas. Sin embargo, esta posibilidad puede ser irreal debido a los esfuerzos de las clases dominantes para servir sus propios intereses.

- Las acciones revolucionarias culminan en un breve momento revolucionario en el que los intereses de los oprimidos son considerados por el grupo dominante y aquéllos acceden a determinadas cotas de poder. Con el inicio de un proceso de diálogo continuado podrán alcanzarse niveles más elevados de humanización.
- Ontológicamente los seres humanos sienten la necesidad de transformar su mundo, de manera que se establezca un tránsito hacia nuevas posibilidades de una vida más plena, tanto individual como colectiva.
- Todos los seres humanos, independientemente de su nivel de participación en la “cultura del silencio”, son capaces de analizar críticamente su mundo en encuentros dialógicos con otros.

Para Freire, la noción de opresión significa la imposición que efectúa una persona o grupo sobre el comportamiento que deben seguir otras personas o grupos, es decir, la imposición de las acciones elegidas por el grupo dominante, a un grupo al que oprime y no permite elegir sus propias acciones. Podemos comprender la opresión como un sistema de vectores de fuerzas y barreras interrelacionadas que inmovilizan, reducen y moldean a personas pertenecientes a un grupo determinado, generando su subordinación a otro grupo. La noción de opresión supone la existencia y perpetuación, de ciclos de dominancia y sumisión. Los grupos son oprimidos cuando fuerzas externas los controlan y definen su existencia en términos absolutos.

Los trabajos de Freire han sido retomados por otros autores que los han aplicado al estudio de la profesión Enfermera, abordando diversos ámbitos, como marco para el diseño de su currículum, como en el caso de Jewell (1994) y más recientemente Medina (2005).

Otra autora que aplicó la perspectiva de la opresión a la enfermería fue Susan Roberts (1983). Ésta, utilizó ejemplos de la colonización en África y América y de las relaciones sexistas, como modelo para analizar la opresión que las enfermeras sufren como, colectivo profesional. Roberts explica que los pueblos africanos y americanos, a través del proceso de colonización, fueron controlados y explotados por fuerzas ajenas que poseían mayor poder, fuerza y estatus. De manera que los grupos dominantes gozan de la capacidad para imponer sus normas y valores como los únicos verdaderos y válidos en la sociedad o en el trabajo. Para el dominador

culminará su éxito cuando los grupos oprimidos acojan las imposiciones o se produzca *la adhesión con el opresor*.

Una ideología opresora consiste en un conjunto integrado de ideas o sistema de creencias, que caracteriza relaciones desiguales en un sistema social, e implican relaciones de poder. Los grupos dominantes imponen sus creencias y valores sobre otros grupos, al objeto de servir sus propios intereses. Según Roberts, en muchos casos de opresión, los grupos dominantes tienen una imagen y actúan de modo diferente a los subordinados (por ejemplo, blancos versus negros u hombres versus mujeres), siendo las características de estos últimos, valoradas como negativas. Esta atribución de valores, a lo largo del tiempo, contribuye al mantenimiento del statu quo.

Este proceso produce una serie de sentimientos que llegan a configurar la personalidad y el comportamiento de la persona oprimida, que se identifica con su opresor y acaba desarrollando autodepreciación y baja autoestima, rasgos que, según Roberts, son detectables en algunos colectivos de Enfermería. Estos atributos pueden ser fácilmente comprendidos si pensamos que para adaptarse a la cultura dominante, los subordinados deben rechazar sus propios esquemas de comportamiento y características. Si la cultura dominante no valora positivamente esas características, los subordinados experimentarán sentimientos de autodepreciación. También si los subordinados son incapaces de evitar o eliminar esas características (por ejemplo ser mujer o ser mujer enfermera), la autodepreciación y la baja autoestima resultante, perpetuarán el ciclo de dominación subordinación. Esta situación hace que los sentimientos negativos hacia la cultura propia obliguen al sujeto a rechazar y/u ocultar las evidencias de su existencia, ya que ésta representa un signo de diferencia y sobre todo de inferioridad.

En la contradicción que supone la internalización que los grupos oprimidos llevan a cabo de las normas, valores y pautas de conducta de los grupos que detentan el poder, descansa la dualidad descrita por Freire. Debido a la identificación con el opresor, el oprimido no tiene conciencia de sí mismo como persona o como miembro de un grupo oprimido. El oprimido interioriza las normas y valores del opresor, sin embargo, es temeroso de la libertad que implica la posición de opresor.

Pero, por otra parte, el oprimido descubre que sin libertad no puede existir auténticamente. Esta dualidad se convierte en un doble conflicto en el que el individuo debe luchar consigo mismo para liberarse a sí mismo. El oprimido, para Freire, antes de tomar conciencia de su situación, expresa sentimientos de fatalidad y actitudes

negativas hacia sí mismo que, frecuentemente, son interpretadas como docilidad. Pero también la autodepreciación es aceptada por aquellos que internalizan la opinión que el grupo opresor tiene de ellos.

Todos estos atributos combinados conducen a la que, según Freire, es la segunda característica principal (que al igual que la primera, la adhesión con el opresor, es de naturaleza dual) de los grupos oprimidos: *el síndrome de la agresión sumisa o de violencia horizontal*. Para Freire, la persona o grupo oprimido, aunque puede experimentar sentimientos de agresividad contra su opresor, es incapaz de expresarlos de manera directa y manifiesta. Aunque dentro de los grupos oprimidos puedan existir grandes cantidades de reivindicaciones, la autodepreciación y la baja autoestima producen sumisión en el momento de confrontarse con la figura que detenta el poder. Este comportamiento dual de pasividad-agresividad es, como parece evidente, inefectivo en cualquier negociación, produciendo un aumento de la frustración que conduce a reducir, aún más si cabe, la autoestima y aumentando la agresividad. Esa agresividad puede ser desahogada en el interior del grupo oprimido en modos absolutamente autodestructivos (Hedin, 1986).

Roberts describe la tendencia de algunos grupos nativos a desarrollar elevados grados de agresividad y violencia interna entre ellos. Este comportamiento era la vía que estos grupos utilizaban para liberar la tensión acumulada como consecuencia de su incapacidad para responder al opresor. De modo, que esa *violencia horizontal* o conflicto en el seno de los grupos oprimidos, es el resultado de su incapacidad para enfrentarse con el opresor, y no, como a veces erróneamente se ha interpretado, una característica inherente a la naturaleza de los grupos oprimidos.

Ese comportamiento autodestructivo es, frecuentemente, presentado como una prueba de que los grupos oprimidos son incapaces de gobernarse a sí mismos de una manera democrática. El miedo y la incapacidad para cuestionar al opresor se desarrollaron originalmente como consecuencia de la toma de conciencia por parte de los grupos oprimidos que podrían ser destruidos si se rebelaban. Este miedo es la base de la sumisión a la autoridad. Pero a medida que el proceso de opresión se desarrolla, aparece un miedo secundario al cambio en sí mismo y a la alteración del estatus quo, miedo que no tiene en consideración cuan elevado sea el grado de opresión.

Los oprimidos padecen la dualidad que se ha instalado en el interior de sí mismos. Descubren que sin libertad no se puede existir de modo auténtico. Sin embargo,

aunque desean la libertad, la temen. Ellos son, a la vez, ellos mismos y la conciencia del opresor que han interiorizado.

La perpetuación de las relaciones de dominación-sumisión se basa, por lo tanto, en la premisa de que las características de los poderosos (hombres o médicos hombres, por ejemplo) se perciben como las ideales y deseables en una sociedad determinada. Esta creencia, a través de ciertos mecanismos, satura la conciencia y la cultura de los grupos oprimidos.

Para Freire, la sociología crítica de la educación ha estudiado y demostrado que, uno de los mecanismos que refuerzan esos mitos es la Educación, si la educación es controlada por los que tienen el poder para controlar los currículums adecuándolos a la transmisión de sus valores, no se desarrollarán muchos conflictos.

Hemos creído importante describir las teorías de Freire, y los trabajos de Roberts, y más recientemente el trabajo de Medina, fundamentado en los dos anteriores y centrado en la enseñanza de la enfermería, porque creemos que nos pueden ayudar a profundizar y comprender algunas de las categorías de análisis de este trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional de las enfermeras, que creemos pueden estar atrapados en una cultura profesional impregnada de los sentimientos de opresión-dependencia-sumisión, antes descritos.

Estas premisas pueden estar operando de forma negativa en el desarrollo de rol autónomo de la Enfermería que propone el nuevo currículum enfermero, y del que surgen las competencias profesionales que en la actualidad proponen las distintas guías de competencias de las Universidades Españolas, en el marco del Espacio Europeo de Educación superior.

2.2 Marco conceptual y corrientes de pensamiento de la Disciplina Enfermera

Las enfermeras en España y en otros países del entorno, tratan de buscar su identidad y redefinir e identificar su espacio profesional; de hacer reconocer su función específica en el cuidado de la salud; de asumir responsabilidades y de poder ejercer su rol con autonomía y con reconocimiento social.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la utilización de una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la Enfermería, como cualquier otra profesión, también cumple este requisito para ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

La Enfermería es una profesión, con vinculaciones y dependencias con otros profesionales en el ámbito de las ciencias de la salud. A las enfermeras profesionales se les forma transmitiéndoles que ellos desarrollan una tarea específica y propia, que no siempre tiene por qué estar implícita en otras disciplinas ejercidas en el mismo ámbito, como la medicina, o que tienen un mismo objeto inmediato, la persona, como el caso de la educación, el trabajo social u otras.

Durante mucho tiempo la actividad enfermera y sus prácticas y conocimientos se han entendido como auxiliares, dependientes o secundarios a la actividad médica de curar y sanar.

En la actualidad, se tiene más conciencia de que la enfermera desarrolla funciones y actividades que no sólo le son propias, sino también exclusivas, que son complementarias a otras profesiones, pero a la vez, específicas, con identidad propia.

La enfermera actual es el resultado de la construcción de una actividad y prácticas seculares que ha ejercido el hombre en momentos y situaciones de necesidad de cuidados. La historia de la humanidad está llena de testimonios sobre las distintas formas de organización, inicialmente rudimentarias y básicas, que han adoptado las diversas prácticas de la atención y el cuidado. Esta actividad se detecta desde los orígenes de la historia, ya que probablemente pertenezca a la más primitiva condición del hombre como individuo que piensa y es portador de una cultura.

El ejercicio ininterrumpido de la profesión, ha ido dejando un legado que se ha ido incrementando y mejorando progresivamente, por un lado como fruto de la propia actividad profesional, el contacto con las personas cuidadas, los conocimientos y las

prácticas generadas, y por otro lado por el contacto con ciencias próximas y afines, como la medicina, anatomía, fisiología, psicología, antropología, etc.

Sin embargo, a pesar de la larga tradición histórica como práctica, y de los conocimientos acumulados, la enfermería no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible ni con la legitimación social que merece o se le pretende atribuir desde las instancias académicas.

Considero que esto puede ser debido a diversas razones entre las que se encuentran, además de las situaciones históricas en las que se ha desenvuelto su práctica, de la que ya se ha hablado anteriormente, también de la estrecha relación con la medicina, que goza de un estatus superior y con la que mantienen una relación de opresión, dependencia y sumisión, de la que ya hemos hablado.

2.2.1. Competencias actuales de la Disciplina Enfermera

Según la “Guía Docente de la Diplomatura de Enfermería de las Universidades Andaluzas” del 2003, cuyo proyecto se integra dentro de las medidas adoptadas, conducentes a la reforma de la estructura y organización de las enseñanzas universitarias, para favorecer la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior⁸, las competencias representan una combinación de atributos que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlas. Así, para la titulación de Enfermería, los criterios que han guiado la elaboración de la propuesta de competencias se basan en los conocimientos, las actitudes, la responsabilidad, y la capacidad de ejecución, inherentes a las competencias exigibles a los profesionales de enfermería, para el cuidado de personas en los distintos niveles de atención, e imprescindibles en la formación del enfermero/a generalista. Este documento señala las competencias de las enfermeras entre las que queremos destacar:

⁸ La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior es un proceso que se inicia con la declaración de la Sorbona (1998), y que se consolida y amplía con la declaración de Bolonia (1999). Una de las mayores contribuciones del proyecto europeo de enseñanza superior ha sido la unificación y deliberación por parte de los círculos académicos europeos, del conjunto de competencias específicas de las áreas temáticas para el primer y segundo ciclo de enseñanza. Junto con el conocimiento, las competencias son cruciales para el desarrollo de puntos de referencia europeos, que puedan ser considerados comunes, diversos y dinámicos en relación con titulaciones específicas. Éstas sirven además, para la creación de marcos de referencia para la comprensión y clarificación de la naturaleza de las cualificaciones y de las relaciones entre las mismas.

-Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.

-Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.

-Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.

-Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades en los procedimientos y técnicas necesarias).

-Capacidad para 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 (utilizando las habilidades en los procedimientos y técnicas necesarias).

-Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).

-Capacidad para 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 (utilizando las habilidades en los procedimientos y técnicas necesarias).

-Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades en los procedimientos y técnicas necesarias).

Citamos estas competencias, seleccionadas, entre otras, para preguntarnos si realmente las enfermeras realizan de la misma manera todas las actividades que se derivan de dichas competencias o si por el contrario, se centran o priorizan aquellas que forman parte de su rol interdisciplinario o de colaboración, implícitas sobre todo, en las tres últimas competencias mencionadas.

Para comprender el rol propio de la disciplina enfermera, creo importante describir primero, cual es el marco conceptual que debe guiar su quehacer central, que son los cuidados, pero conviene primero aclarar por qué la enfermería debe considerarse una disciplina científica.

2.2.2. La Enfermería como disciplina científica autónoma.

Una disciplina o profesión describe, analiza, y aporta unas referencias ordenadas y sistemáticas a la vez que interactivas, con otros campos disciplinares, sin dependencias exclusivas con estos.

Esto se va constituyendo con la incorporación de nuevos conocimientos y ordenándolos con una misma dirección epistemológica, que es la que irá produciendo una diferenciación progresiva del objeto, y con ello un perfil más definido de la identidad disciplinar.

Al mismo tiempo, implica un ejercicio profesional en una forma determinada de actuar y proceder, en el uso de unas técnicas y en la aplicación de un estilo y una ética con carácter propio.

Esto quiere decir, por lo tanto, que influye en el desarrollo y sistematización de una práctica, unas técnicas orientadas a un fin y en definitiva en el diseño de una tecnología al servicio de los conceptos disciplinares.

Según los principios de la Filosofía de la Ciencia, las disciplinas con reciente estatus de ciencias han organizado sus conocimientos, han desarrollado métodos propios, y más frecuentemente, han adoptado otros conocimientos que existían previamente a su constitución específica, desarrollando técnicas apropiadas a la naturaleza de su objeto. De esta manera se irá produciendo un metaconocimiento del desarrollo que pueda servir de orientación y guía en su proceso de construcción como disciplina.

La filosofía de la ciencia ofrece una óptica que delimita con rigor las diversas tentativas de producir modelos, teorías, métodos; tecnologías que contribuyen a construir el cuerpo científico de esta disciplina, pero conviene aclarar que la filosofía de la ciencia no construye disciplinas, sólo permite constatar que lo son (Esteban y Arroyo, 1992). Cuando hay un cuerpo de conocimientos abundantes y una práctica extensa, cosa que se da en la enfermería, los profesionales están obligados a preguntarse de forma periódica, si se está en una disciplina o en una simple actividad profesional, para ello es conveniente revisar los planteamientos de la Filosofía de la Ciencia para revisar y conocer la realidad.

Epistemológicamente hablando, el término ciencia se refiere a toda clase de saber. Históricamente el concepto de ciencia se ha configurado como un conjunto de conocimientos riguroso y sistemático sobre una determinada materia.

El concepto moderno de disciplina, como portadora de un cuerpo de conocimientos propios, debe de fundamentarse en estos conocimientos científicos. Bunge, lo define: *“el conocimiento científico es el resultado de la investigación realizada con el método y objetivo de la ciencia”* (Bunge, 1972:15).

El método científico constituye el medio instrumental por el que la ciencia debe llegar a lograr sus objetivos como tal: describir, explicar, predecir y controlar la realidad. En estos objetivos, asumidos de forma universal, se resaltan tres cualidades consustanciales al concepto de ciencia. De una parte, la dependencia de la ciencia de lo empírico, de lo observable, de la realidad. Por otra parte, la necesidad de generar teorías explicativas e integradoras de los datos y los fenómenos, en explicaciones e interpretaciones coherentes con la observación. De esta forma, la ciencia se hace predictiva y se produce el control de los fenómenos gracias al conocimiento acumulado.

Otras formas de clasificar las diversas fases o secuencias del método científico, que guían y marcan el proceso a seguir para investigar y producir conocimiento disciplinar son: La observación, la formulación de hipótesis o descripción del problema, el contraste de hipótesis y la elaboración de leyes y teorías. En primer lugar, se describe el análisis de la realidad mediante la observación de los datos o fenómenos. En segundo lugar, la alternativa o confrontación de lo empírico y racional o teórico generará la producción de nuevos conocimientos en términos de leyes, proposiciones, teorías y modelos que rindan explicación del objeto investigado.

Hemos querido recordar muy sucintamente estos aspectos básicos de la Filosofía de la Ciencia, para, a través de ellos poder recordar que la enfermería se está construyendo y debe construirse, como disciplina científica y autónoma, según estos requisitos metodológicos.

Podríamos concluir diciendo que la Enfermería es una profesión joven que está inmersa en el proceso de identificación de su propia base de conocimientos, fundamentales para su práctica, lo que podemos denominar Ciencia de la Enfermería. Esta base de conocimientos, está sentada en una serie de conceptos y modelos específicos de la disciplina que las enfermeras deben conocer y desarrollar.

La forma en la que una teoría se construye o se modifican las teorías existentes, varía según la disciplina. A diferencia de las ciencias físicas, en las que la relación entre teoría física y la práctica física está clara, debido a que la práctica de la física es teoría e investigación, la disciplina enfermera es una disciplina práctica porque su

objeto primordial es la realización de un papel profesional, como es el caso, por ejemplo, de la enseñanza, empresariales o música, y otras.

En las disciplinas prácticas, la principal función de la teoría y de la investigación es proporcionar nuevas posibilidades para comprender el enfoque de la disciplina.

Según Donaldson y Crowley (1978), mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la enfermería, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional. Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El inicio de las teorías enfermeras se sitúa, como hemos señalado en el apartado anterior, en el siglo XIX, con Florence Nightingale, esta pensó que en Gran Bretaña los ciudadanos debían saber más sobre cómo mantener sus casas saludables y cómo cuidar de los familiares enfermos o de los niños. Esto se refleja en el que fue el primer libro de enfermería sobre cuidados domiciliarios y salud comunitaria; *“Notes on Nursing: What it is, and What it is not (1860/1969)”*. Nightingale en su tiempo, veía a la enfermería como una actividad humana central, basada en la observación, la razón y las prácticas saludables.

Actualmente, la Enfermería dispone de “tecnología” apropiada para adaptar su función a las diversas situaciones en que tiene que ejercer su actividad profesional. La práctica enfermera no sólo ha ejercido una actividad, también ha reflexionado sobre sí misma, sobre sus necesidades, su organización profesional. Ha desarrollado no sólo técnicas aplicadas, sino también conocimientos teóricos pertinentes a su actividad, al qué y al cómo de su ejercicio profesional. Conocimientos que tienen quizá un origen compartido con otras disciplinas afines, pero que se prueban y legitiman en el campo de pruebas de una práctica propia y específica de enfermería.

Los conocimientos enfermeros no son parciales, puntuales y fragmentarios, sino que la enfermería cuenta con abundantes teorías sobre sí misma, su quehacer, su objeto, su tecnología.

A este respecto, existen numerosas recopilaciones y manuales donde se recogen los distintos modelos o tendencias en los que más adelante nos extenderemos (Marriner, 1989; Hernández y Esteban, 1999).

Una vez explicado que una disciplina, para poder ser tal, debe regirse por sus propias teorías, debemos explicar, en primer lugar, qué son los cuidados de enfermería como objeto de la enfermería actual, y cuál es el marco/os teórico/os en el que se desarrolla para, más adelante, revisar las herramientas metodológicas con que cuentan las enfermeras, en la práctica, para aplicar el método científico que materializan en el “Proceso de Atención de Enfermería (PAE), llamado también, Proceso de Gestión de Cuidados”.

2.2.3. Los cuidados como objeto de la enfermería actual: concepto de cuidado holístico y ayuda

Para Fracoise Colliere (1996), cuidar es el primer acto de la vida que precede a todos los demás. Sin los cuidados no es posible la existencia. Cuidar es la actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener lo mejor posible las vidas. Cuidar es ayudar a otro a crecer y actualizarse, es una forma de relación que incluye desarrollo. La practica y la experiencia de cuidar, incluye respeto por la otra persona, no dependencia insana, ni paternalismo, supone tratar y asumir al que se cuida como alguien independiente o al que debemos de ayudar o enseñar a serlo.

Como ya hemos mostrado, la enfermería es una práctica secular derivada de las propias necesidades del hombre. Al igual que la educación, por ejemplo, que comenzó siendo una necesidad, una práctica, un arte, un oficio, y luego una ciencia reconocida, la enfermería cuenta con milenios de prácticas de cuidados que han llegado a constituir una habilidad, un oficio, evolucionando a lo largo del tiempo para adaptarse a las necesidades de organización e institucionalización de sus quehaceres (los cuidados), no siempre convergente con la idea central de su origen objeto: los cuidados enfermeros.

Aunque ha habido muchas definiciones sobre el objeto de trabajo enfermero, todas convergen en un punto, lo que le otorga universalidad en su función primaria o central, que es cuidar. El enfoque de los cuidados ha evolucionado hacia una visión global del hombre/entorno y proporciona comprensión sobre todas las facetas posibles de los cuidados de salud.

Ya en los mencionados escritos de Nightingale publicados originalmente en 1859, se pueden apreciar fundamentaciones que parecen contemporáneas; en ellos, Nightingale critica la aplicación de una medicina curativa exclusivamente centrada en

el desarrollo tecnológico, cuando hace referencia al cuidado de los sanos y cuando analiza el entorno y su influencia en la salud.

A partir de estos primeros pasos de la enfermería profesional, todos los enfoques de la disciplina han abundado en el enfoque de los cuidados holísticos de la persona, es decir, la visión del hombre como un ser biológico, psicológico, y social.

Muchos modelos enfermeros, como los propuestos por Jonson, Roy o Henderson, consideran a la persona que va a recibir cuidados, como un sistema total, con diferentes subsistemas relacionados íntimamente y en conexión con su ambiente (Marriner, 1989: 8).

La enfermería es una de las pocas profesiones que desde todos los enfoques teóricos ha asumido el concepto holístico, actualizándolo a través de la argumentación científica de la teoría general de sistemas, de la teoría de necesidades humanas universales o de otros planteamientos igualmente rigurosos. Para Kozier et al (1995) el enfoque holístico para el cuidado de la salud, no procede históricamente de la enfermería, y mucho menos de la cultura occidental, se han encontrado enfoques similares en varios documentos desde el año 500 a. de C.

Rogers (1970), considera a la enfermería como la única ciencia cuyo objetivo es el estudio de la persona en su totalidad. Uno de los beneficios de este enfoque integrado de la persona y su entorno, es que ha proporcionado una orientación más humanística de la que antes se tenía. Además, esta visión de comprensión total del hombre y su entorno, hace que la enfermería comprenda mejor también la dirección de todos los enfoques profesionales, más especializados en algún aspecto concreto de la salud, propiciando el trabajo en equipo, algo imprescindible en las organizaciones sanitarias actuales.

Otra proyección de la enfermería hacia los cuidados ha sido la ayuda al "autocuidado", la ayuda a la persona para que cuide o sepa cuidar de sí mismo, el fomento de la responsabilidad por la propia salud y la del entorno. Es lo que Abdellah en 1995 definió como el objetivo de incrementar o restaurar la capacidad de autoayuda (Cfr. Marriner, 1989)

V. Henderson aporta su definición sobre la función propia de la enfermería, identificando como objetivo ayudar a mantener o restaurar la independencia (Henderson, 1964).

Oren (1980) centra su modelo en el concepto de autocuidado como función humana reguladora, y el desarrollo de las capacidades para comprometerse con el cuidado de uno mismo, consigo mismo.

Roy (1964/1966), define la meta de enfermería como la ayuda a los individuos a mantener su salud, para que puedan seguir desempeñando sus roles.(Cfr.Marriner, 1989)

Si esto es así, las enfermeras tendrían, la capacidad de inferir en la sociedad, en los demás, sin embargo cabría preguntarse cuál es el verdadero poder o influencia de la enfermería ya no solo en la población sino dentro del mismo sistema sanitario donde es el colectivo más numeroso.

Según la OMS, en palabras de su director general en 1992: *“los enfermeros son una importante fuerza social en la comunidad, considerándolos como un grupo imprescindible para conseguir los cambios esenciales en los cuidados de salud, porque los enfermeros son un grupo numeroso, con capacidad de estar representados en todos los grupos sociales, y con capacidad de ejercer influencia social”* (Arroyo 1992: 137).

Según las teorías de enfermería basadas en las necesidades básicas universales, el objetivo de la enfermería es mantener o restaurar la independencia del paciente/cliente, para que éste sea capaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Para Virginia Henderson, *“la función propia de la enfermería consiste en atender al individuo sano y enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, o a evitarle padecimientos a la hora de la muerte. Actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios.”* (Henderson, 1964: 67). Según esta autora, el beneficio de los cuidados de enfermería consiste en que se pueden aplicar con múltiples dimensiones que abarcan las categorías: biofisiopatológicas (herencia, genética, sexo, edad, funciones orgánicas), y sociocultural (sistema social, etnia, etc.), y que presenta 14 necesidades fundamentales interrelacionadas. Las necesidades son comunes a todo ser humano; lo que varía es la forma individual de satisfacerlas de forma independiente.

Para entender mejor lo que hasta aquí se ha explicado someramente, creemos conveniente revisar algunos de los fundamentos teóricos de los distintos modelos en que se asienta la disciplina enfermera.

2.2.4. Modelos conceptuales y teorías de enfermería que guían su rol autónomo

Un marco conceptual es un grupo de ideas, afirmaciones o conceptos⁹ relacionados entre sí. El término “Modelo conceptual” y “Marco conceptual” se suele utilizar indistintamente; también en ocasiones se emplea el término “Teoría general”, cualquiera de estas denominaciones encierra un amplio espectro de relaciones significativas entre los conceptos de una disciplina. También conviene decir que ninguna teoría¹⁰ es puramente objetiva, ya que cada una de ellas se desarrolla en una cultura y se expresa en una lengua. Las teorías ofrecen formas de ser o de conceptualizar el interés central de una disciplina.

Así como en las ciencias naturales las teorías suelen expresarse en términos matemáticos, en las ciencias sociales y del comportamiento, las teorías intentan explicar las relaciones entre conceptos.

Otro concepto que conviene aclarar, porque suele ser utilizado en los textos de metodología enfermera como sinónimo de modelo, es el de paradigma. A grandes rasgos, un paradigma se refiere a un patrón de conocimientos compartidos y suposiciones sobre la realidad y el mundo. Los paradigmas incluyen nuestras nociones sobre la realidad, que son en gran medida inconscientes o que las damos por hechas.¹¹

El marco teórico proporciona conocimientos para mejorar la práctica, mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Según Ann Marriner (1989: 1-2) *“La fuerza de los enfermeros aumenta gracias al conocimiento teórico, porque los métodos desarrollados sistemáticamente tienen más probabilidades de*

⁹ El concepto es “la formulación mental compleja de un objeto, propiedad o evento, y deriva de la experiencia perceptiva individual”. Es “una idea; una imagen mental; una generalización formada y desarrollada en la mente”. Los conceptos definen a los fenómenos. (Marriner, 1989: 13).

¹⁰ Una teoría es “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ellos las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir, y/o controlar los fenómenos” (Marriner, 1989:13).

¹¹ Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas “paradigmas”, principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influenciado todas las disciplinas. A finales del siglo XX, gran parte del trabajo teórico en enfermería se centró en la articulación de relaciones entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería. Debido a que estos cuatro conceptos se pueden superponer en casi cualquier trabajo de enfermería, a veces se conocen colectivamente como un metaparadigma para enfermería. El término se origina a partir de dos palabras griegas: *meta*, que significa “con”, y *paradigma*, que significa “modelo”. Según Watson, 1979 (Cfr. Marriner, 1989: 2) Un paradigma es “un diagrama conceptual” que puede tratarse de una amplia estructura utilizada para organizar la teoría”.

ofrecer buenos resultados. Por otra parte, los enfermeros si son instados a ello, pueden demostrar que saben por qué hacen lo que hacen”.

Siguiendo con esta idea, un modelo puede ser considerado como sinónimo de marco conceptual y matriz disciplinar, se trata de imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante conceptos. Los conceptos con que se expresan son palabras o términos descriptivos que proporcionan características para la persona, objetos o acontecimientos, que derivan de la experiencia y de la percepción individual; y se relacionan entre sí formando proposiciones, es decir afirmaciones cuestionables o no que constituyen las asunciones básicas del modelo. Maite Luis (2002: 29) refiere que :

“Un modelo conceptual enfermero puede definirse pues, como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan. Su propuesta de prototipo que desea alcanzar, ofrece una orientación específica de los cuidados, no solo para las enfermeras a quienes proporcionan un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general, puesto que identifica el propósito y ámbito de la enfermería como profesión”

En palabras de Rigol (2005), los modelos y teorías enfermeras, son uno de los ejes principales que estructuran y fundamentan el currículum educativo. No se puede enseñar sin un modelo conceptual, ya que éste delimita el área de competencia, orientan la práctica profesional, orientan la gestión y administración de los cuidados, delimitan el área de decisión y responsabilidad, y dirigen la enseñanza e investigación.

Existen numerosos modelos de enfermería que definen el marco conceptual y filosófico en el que se deben desarrollar los cuidados de enfermería, y cuya herramienta fundamental en la práctica, es el plan de cuidados o proceso de atención de enfermería que describiremos más adelante.

Según Kozier (1995), podríamos decir que con frecuencia una primera teoría, denominada por algunos autores “doctrina” ha sido un primer esfuerzo por definir fenómenos de enfermería y ha servido como base para la formulación de teorías posteriores. Ejemplos de doctrinas son las de Nightingale (1859), Henderson (1964) y Watson (1970). En base a esas primeras doctrinas o bases teóricas han surgido otros modelos conceptuales o teorías generales, se incluyen aquí los de Orem (1971), Rogers (1970), Roy (1976) y King (1971, 1981). Por último se sitúan otras teorías de

nivel medio, generalmente inspiradas en las anteriores entre las que están Peplau (1952), Leininger (1991), Parse (1981) y Neuman (1982). En este trabajo solo incluiremos breves resúmenes del pensamiento central de algunos de estos autores y sus hipótesis básicas, para después extendernos en uno de los modelos, cuyo marco teórico es uno de los más utilizados por la enfermería occidental, y el más utilizado por la Enfermería Andaluza; el modelo conceptual de Virginia Henderson. (Cfr. Kozier et al, 1995: 39-49),

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, numerosos autores, Fawcett (1995) y Flaskerud y Halloran (1980), han examinado los trabajos de las principales enfermeras teóricas, mencionadas anteriormente, y ha reconocido, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno, están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, en que nos encontramos con los mencionados escritos de Nightingale, estos cuatro conceptos están presentes en los modelos o teorías de todos los autores.

Si una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos, es precisamente la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, la que especializa y distingue el campo de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estas teorías, influidas por las concepciones de la disciplina y por la época histórica en que se desarrollan. La clasificación de las teorías que resumiremos aquí está extraída de los trabajos de Marriner (1989: 5) y Kozier (2004: 39)

Las teorías de la enfermería se incluyen fundamentalmente en dos paradigmas. Uno de ellos, refleja el punto de vista de los conocimientos predominantes en la medicina y del sistema sanitario y en cuyo seno la enfermería ejerce un rol de colaboración, que después retomaremos y analizaremos. El otro, refleja el punto de vista de los conocimientos aportados por la psicología, la sociología y la antropología y que ha servido de referencia a la disciplina enfermera. A este respecto, Kozier (Ibid., 2004: 41), inspirada en Leddy y Pepper (1998) se refieren a este punto, como al punto de vista dominante de la enfermería. Posteriormente son numerosos los autores entre los que se encuentra Henderson (1964: 62) que atribuyen a la enfermería un doble rol, el de colaboración y el propio. Sobre la obra de Henderson, son notables los trabajos de Luís y Fernández (2002).

Partiendo de esta segunda visión, donde situamos fundamentalmente el rol propio Enfermero, Kozier (Ibid., 2004: 41), al hilo de Leddy y Pepper sitúan las teorías de Imogene King, Betty Neuman, y Callista Roy, en el modelo de estabilidad, a Leininger en la teoría de diversidad cultural y las teorías de Dorotea Orem, Jean Watson, Hildegard Peplau, Martha Rogers y Rosemarie Parse en el modelo de crecimiento emergente, este último lo clasifica Marriner como de los campos de energía e incluye también a Myra Levin, Margaret Neuman y Joyce Fritzpatrick.

Marriner sitúa a Nightingale, Henderson, Abdellah, Oren, Leininger, Watson y Parse, entre otras, como promotoras del “Arte y ciencia de la Enfermería humanística” y a Dorothy Jonson, Callista Roy y Betty Neuman los sitúa en lo que llama el campo de los Sistemas, en similitud con el modelo de estabilidad mencionado anteriormente (Cfr. Marriner, 1989: 5).

Los primeros estudios sobre Enfermería se ocuparon de la filosofía, la definición y el arte de la Enfermería. La comunicación interpersonal fue objeto de gran interés durante los años 1960. A finales de aquella década, la atención de los investigadores se desplazó hacia la ciencia de la Enfermería. El humanismo y la Enfermería como arte y ciencia ganaron popularidad durante los años 1980 hasta la actualidad.

Cada paradigma y los modelos que de él emergen, está más orientado hacia un campo determinado, fundamentalmente la salud pública, la asistencia en la enfermedad, la orientación hacia la persona y/o la apertura sobre el mundo. Analizamos algunas de estas teorías en relación a los conceptos que tienen actualmente un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera, que como hemos mencionado son los conceptos de “cuidado”, “persona”, “salud”, “entorno” y “rol profesional”:

-*La persona o paciente*, es considerado el receptor de los cuidados de enfermería (incluye a individuos, familias, grupos y comunidades).

-*El entorno*, es el medio interno y externo que afecta al paciente. Esto incluye a las personas de su entorno físico, como familiares, amigos y otras personas influyentes y también su casa, pueblo, o lugar donde vive.

-*La salud*, es el grado de estar bien o de bienestar que experimenta el paciente.

-*La Enfermería o el rol profesional*, son los atributos, las características y las acciones de las enfermeras. Delimita las responsabilidades de las enfermeras y hacia dónde deben dirigir sus objetivos, si proporciona cuidados para el paciente o junto con éste, qué actividades forman parte de su rol propio y cuáles pertenecen al rol colaborador con otras disciplinas.

2.2.5. Corrientes de pensamiento, teorías y modelos más significativos.

2.2.5.1 Las ideas de Nightingale sobre el entorno

Florence Nightingale creía que toda mujer sería responsable de la salud de alguien en un momento dado y que, en consecuencia, sería una enfermera. Pensaba que la enfermedad era un proceso reparador, y que la enfermera debía manipular el entorno para facilitar ese proceso.

Para ella los factores ambientales cobran importancia cuando se tiene en cuenta que las condiciones sanitarias de los hospitales de mediados del siglo XIX eran extremadamente deficientes y que las mujeres que trabajaban en los hospitales con frecuencia eran poco fiables, sin formación e incompetentes para trabajar con enfermos. Además de estos factores, Nightingale también destacó la importancia de mantener al paciente abrigado, mantener un entorno silencioso, y atender la dieta del paciente en términos de controlar la ingesta, el horario de comidas y su efecto sobre las personas.

Aunque los pensamientos que Nightingale plasmó en sus escritos, no se pueden considerar como una teoría, sí que podemos decir que ésta, estableció el marco para trabajos posteriores en el desarrollo de las teorías de Enfermería. Sus conceptos generales sobre ventilación, higiene, silencio, temperatura y dieta, siguen siendo una parte esencial de la enfermería y de los cuidados sanitarios actuales. Están recogidos en *Notes on nursing*. Philadelphia: Lippincott. 1957 (Original publicado en 1859).

2.2.5.2 Modelo de relaciones interpersonales de Peplau

Las contribuciones de *Hildegard E. Peplau* a la Enfermería en general y a la Enfermería psiquiátrica en particular han sido enormes. Ha escrito prolíficamente desde comienzos de los años 1950, empezando con su obra. *Interpersonal relations in nursing*. New York: John Wiley & Sons, 1952

La profesional de enfermería entra en una relación personal con un individuo cuando existe necesidad. La relación enfermera-paciente se desarrolla en cuatro fases:

-*Orientación*: durante esta fase, el paciente busca ayuda, y la enfermera ayuda al paciente a comprender el problema y el nivel de ayuda que precisa.

-Identificación: durante esta fase, el paciente asume una postura de dependencia, interdependencia o independencia en relación con la enfermera (relación). El objetivo principal de la enfermera es transmitir a la persona, a la que cuida, que comprenda lo que significa para sí mismo su enfermedad o situación, transmitirle también que está con ella (acompañándola y comprendiéndola) y se pone en su lugar, es decir, comprende el significado interpersonal de su situación.

-Explotación: en esta fase, el paciente recibe todo el valor de lo que la enfermera le ofrece a través de la relación. El paciente utiliza los servicios disponibles basándose en el interés propio y sus necesidades. El poder se traslada de la enfermera al paciente.

-Resolución: en esta fase final se abandonan viejas necesidades y objetivos y se adoptan otros nuevos. Una vez que las necesidades iniciales se resuelven, emergen otras nuevas y más maduras.

Para ayudar al paciente a cubrir sus necesidades, las enfermeras pueden desempeñar numerosos roles: persona ajena, profesora, persona de recursos, sustituta, líder y asesora. El modelo de Peplau sigue siendo utilizado por los clínicos cuando trabajan con personas que presentan problemas psicológicos.

2.2.5.3. La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers

Martha E. Rogers es considerada como una de las más creativas pensadoras en el campo de la Enfermería. Ha publicado abundantemente desde comienzos de los años 1960. Su trabajo sobre los seres humanos unitarios fue publicado en *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis, 1970.

Rogers considera a la persona como un todo indivisible, siendo el todo más grande que la suma de sus partes. *Todo* se diferencia de *holístico*, ya que este último término sólo se utiliza para designar la suma de todas las partes. Afirma que los humanos son campos energéticos dinámicos en continuo intercambio con campos del entorno, y que ambos son infinitos. La perspectiva de "imagen del campo humano" sobrepasa la de cuerpo físico. Tanto los campos humanos como los del entorno se caracterizan por un patrón, un universo de sistemas abiertos, y cuatro dimensiones. Según Rogers, la persona unitaria:

- Es un campo energético irreducible, identificado por un patrón de cuatro dimensiones.
- Manifiesta características distintas de la suma de sus partes.

- Interactúa de forma continua y creativa con el entorno.
- Se comporta como una totalidad.
- Como ser sensible, participa creativamente en el cambio.

Los profesionales de enfermería que aplican en la práctica la teoría de Rogers deben:

- a) Centrarse en la totalidad de la persona,
- b) Buscar el fomento de las interacciones sinfónicas entre dos campos de energía (humano y entorno) para fortalecer la coherencia y la integridad de la persona,
- c) Coordinar el campo humano con los ritmos del campo del entorno, y
- d) Dirigir y redirigir los patrones de interacción entre los dos campos energéticos para fomentar al máximo el potencial de salud.

Su trabajo inspiró las obras de autoras como Levine, que escribió sobre la conservación de la energía en los años 1960, y también las obras de Neuman y Rosemarie Parse, esta se apoyó en Martha Rogers y en los fenomenólogos existencialistas para el desarrollo de su *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*: New York: GP putman & Son, 1981 (“Hombre-vida-salud: Una teoría de la Enfermería”). Entre los conceptos principales están los de iconización, valoración, idiomatización, revelación-encubrimiento, capacitación-limitación, conexión-separación, potenciación, y transformación. Parse pone énfasis en el humanismo.

2.2.5.4. Teoría general de la Enfermería de Orem

Dorothea E. Orem partió de una visión intuitiva sobre el concepto de Enfermería. Ha publicando trabajos sobre práctica y educación de enfermeras desde la década de los cincuenta. La teoría de Dorotea Orem, recogida en su obra *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill, 1985, fue publicada por primera vez en 1971, e incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidados, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados. El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para promocionar y mantener el bienestar personal. La gestión de autocuidados es la capacidad individual para realizar actividades de autocuidados e implica a dos gestores: un gestor de autocuidados (una persona que realiza el autocuidado con independencia) y el gestor de cuidados dependientes (una persona diferente al individuo que proporciona los cuidados). La

mayoría de los adultos se cuidan a sí mismos, mientras que los niños y las personas debilitadas por una enfermedad o incapacidad requieren asistencia para sus actividades de autocuidado.

Los requisitos del autocuidado, también denominados necesidades de autocuidado, son medidas o acciones que se realizan para proporcionarlos. Existen tres categorías de requisitos de autocuidados:

-Requisitos universales comunes a todas las personas, estos incluyen el mantenimiento de la ingestión y eliminación de aire, agua y alimentos; equilibrio entre reposo, soledad e interacción social; prevención de peligros para la vida y el bienestar; y fomentar la actividad humana normal.

-Requisitos de desarrollo, resultados de la maduración o asociados a condicionantes o eventos, tales como adaptación a cambios en la imagen corporal o a la pérdida de la pareja.

-Requisitos de desviación de la salud, como resultado de una enfermedad, lesión o patología, o de su tratamiento. Incluyen acciones tales como la búsqueda de asistencia sanitaria, el cumplimiento de tratamientos prescritos, y aprender a vivir con los efectos de una enfermedad o tratamiento.

-Las demandas de autocuidados terapéuticos se refieren a las actividades de autocuidado necesarias para cubrir los requisitos o, acciones para mantener la salud y el bienestar.

El déficit de autocuidados se produce cuando la gestión de autocuidados no es suficiente para cubrir la demanda de estos. La teoría del déficit de autocuidados de Orem explica no sólo cuándo son necesarios los cuidados de enfermería, sino cómo ayudar a las personas a través de cinco métodos de ayuda: actuando o supliendo, guiando, enseñando, apoyando, y proporcionando un entorno que fomente las capacidades de la persona para cubrir demandas actuales y futuras.

Orem identifica tres tipos de lo que denomina sistemas de enfermería:

1. Sistemas de compensación total, que son necesarios para personas incapaces de controlar y vigilar su entorno y de procesar información.
2. Sistemas de compensación parcial, diseñados para personas incapaces de realizar alguna, pero no todas, las actividades de autocuidado.
3. Sistemas de apoyo-educativo (de desarrollo), que están diseñados para personas que necesitan aprender a realizar medidas de autocuidado y ayuda para hacerlo.

En cada sistema de enfermería se pueden aplicar los cinco métodos de ayuda descritos para el déficit de autocuidados.

2.2.5.5 Teoría de la consecución de objetivos de King

Imogene King ha venido publicando desde mediados de los años 1960 siendo sus obras más importantes; *Toward a Theory for Nursing: General concepts of human behavior*. New York: Jhon Wiley & Son, 1971, y *A Theory for Nursing: Systems concepts, proces*. New York: Jhon Wiley & Son, 1981. King sugiere que las percepciones, las consideraciones y los actos, tanto de la enfermera como del paciente, conducen a reacciones, interacciones y transacciones.

Para ella, la consecución de objetivos significa aquello que los profesionales de enfermería conscientemente negocian y fijan, exploran y consienten mutuamente con el paciente. La consecución de objetivos implica la obtención de resultados. Cuando esta información se registra en la historia clínica del paciente, el profesional de enfermería dispone de datos que representan la práctica de la enfermería basada en la evidencia.

Su teoría de la consecución de objetivos se extrajo a partir de su marco conceptual, que se basa en la relación de sistemas interpersonales (como las relaciones enfermera-paciente) y sistemas sociales (como el sistema educativo o el sistema sanitario). Gran parte de sus trabajos tratan el tema del marco conceptual, los modelos, la teoría y, específicamente, su teoría de la consecución de objetivos cuyos conceptos principales explicamos a continuación:

-Selección de quince conceptos de la bibliografía de enfermería sobre: yo, función, percepción, comunicación, interacción, transacción, crecimiento y desarrollo, estrés, tiempo, espacio personal, organización, prestigio, poder, autoridad y toma de decisiones, como conocimientos fundamentales para ser utilizados por el profesional de enfermería.

-Seleccionó diez de los conceptos del marco conceptual; yo, función, percepción, comunicación, interacción, transacción, crecimiento y desarrollo, estrés, tiempo y espacio personal, como conocimientos fundamentales para uso del profesional de enfermería en situaciones concretas.

-Dentro de esta teoría, se diseñó un modelo del proceso de transacción, que describe la naturaleza y las normas de interacción entre enfermera-paciente que resultan de la consecución de objetivos.

La teoría de King da una idea de las interacciones de los profesionales de enfermería con individuos y grupos, dentro del entorno. Destaca la importancia de la participación del paciente en las decisiones que afectan a los cuidados y se centra en el proceso de interacción enfermera-paciente y en los resultados de los cuidados.

2.2.5.6. Modelo de sistemas de Neuman

Betty Neuman desarrolló su primer modelo docente-asistencial para asesoría en salud mental a finales de los años setenta y diseñó el modelo de sistemas para ayudar a los estudiantes de postgrado a evaluar problemas en Enfermería. Su trabajo fue publicado por primera vez como *A Model for person approach to patient problems. Nursing Research*, 1972, 21: 264-269 que posteriormente en 1982, trató más elaboradamente, en la obra *Neuman Systems Model: application the nursing, educación and practice. Norwalk Conn: Appleton-Century-Crofts, 1982.*

Betty Neuman se movió entre la enfermería comunitaria y la psicología clínica, desarrolló un modelo basado en conceptos como el abordaje total de la persona, “holismo”, sistema abierto, factores estresantes, recursos de energía, líneas de resistencia, líneas de defensa, grado de reacción, intervenciones, niveles de prevención y reconstitución. Neuman considera que la enfermera debe actuar a través de intervenciones reflexivas y maduras, contemplando un abordaje total de la persona (Individuos, familias y grupos), a alcanzar y conservar el bienestar.

Según las teorías de Neuman, en la relación del individuo con el estrés, su reacción al mismo, y los factores de reconstitución que por naturaleza son dinámicos. Reconstitución es el estado de adaptación ante factores causantes de estrés, como pueden ser una enfermedad o un cambio de vida propiciado por sus secuelas.

Neuman ve al paciente como un sistema abierto formado por una estructura básica o núcleo central de recursos energéticos (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo, y espirituales) rodeado por dos límites o anillos concéntricos conocidos como líneas de resistencia. Las líneas de resistencia representan factores internos que ayudan al paciente a defenderse frente a un factor estresante: un ejemplo es un incremento del recuento de leucocitos del organismo para combatir una infección. Por fuera de las dos líneas de resistencia existen dos líneas de defensa. La línea interna o

normal de defensa, representada como una línea continua, representa el estado de equilibrio de la persona, o el estado de adaptación desarrollado y mantenido a lo largo del tiempo, y que se considera normal para esa persona. La línea flexible de defensa, representada por una línea discontinua, es dinámica y se puede modificar rápidamente en un breve período de tiempo. Es un amortiguador protector que impide a los agentes estresantes atravesar la línea normal de defensa. Ciertas variables (p. ej., privación de sueño) pueden crear alteraciones rápidas en la línea flexible de defensa.

La autora, clasifica a los factores estresantes como intrapersonales, aquellos que se producen en el interior de la persona (p. ej., una infección); interpersonales, aquellos que se establecen entre personas (p. ej., expectativas funcionales poco realistas); y extrapersonales, aquellos que se producen fuera de la persona (p. ej., problemas económicos). La reacción individual ante los factores de estrés depende de la fuerza de las líneas de defensa. Cuando las líneas de defensa fallan, la reacción resultante depende de la fuerza de las líneas de resistencia. Como parte de la reacción, el sistema de una persona se puede adaptar a un factor de estrés, un efecto que se conoce como reconstitución.

Las intervenciones de enfermería se centran en retener o mantener la estabilidad del sistema. Estas intervenciones se realizan en tres niveles preventivos: primario, secundario y terciario.

La prevención primaria se centra en proteger la línea normal de defensa y en fortalecer la línea flexible de defensa.

La prevención secundaria se centra en fortalecer las líneas internas de resistencia, reduciendo la reacción, y aumentando los factores de resistencia.

La prevención terciaria se centra en la readaptación y la estabilidad, y protege la reconstitución o la vuelta al bienestar tras el tratamiento.

El modelo de enfermería de Betty Neuman se puede aplicar a numerosas situaciones de la práctica de la enfermería que implican a personas, familias, grupos y comunidades.

2.2.5.7. Modelo de adaptación de Roy

Callista Roy publicó numerosos trabajos desde finales de los años 1960. Dicho modelo se comenta extensamente en su texto de Roy, *Introduction to Nursing: An*

Adaptation Model. (2ª ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984, publicada por primera vez en 1976.

Callista Roy define la adaptación como *“el proceso y resultado mediante el cual la persona que piensa y siente utiliza la conciencia y la elección para crear una integración humana y del entorno”*. Roy considera que la gente está constantemente explorando el entorno en busca de estímulos que permitan ofrecer una respuesta y adaptarse. La enfermera ha de ayudar al individuo a adaptarse manipulando el entorno. Los mecanismos de adaptación están constituidos por el proceso regulador y el proceso cognoscente. La capacidad de adaptación de la persona mantiene la integridad.

El trabajo de Roy se centra en la complejidad creciente de la autoorganización de la persona y el entorno, y en las relaciones entre personas, universo, y lo que se puede considerar un ser supremo, o Dios, al que tiene siempre muy presente ya que era religiosa. Sus suposiciones filosóficas se han refinado utilizando características más importantes de *“espiritualidad creadora”*, un punto de vista en el que *“las personas y la tierra son una y que están dentro de Dios y son de Dios”* Roy, 1997 (Cfr. Kozier, 2004: 46).

Roy se centra en los individuos como un sistema adaptativo biopsicosocial que emplea un ciclo de retroalimentación de entrada (estímulos), de paso (procesos de control), y de salida (respuestas de comportamiento o adaptativas). Tanto la persona como el entorno son fuentes de estímulos que requieren modificaciones para fomentar la adaptación, una respuesta voluntaria constante. Las respuestas adaptativas contribuyen a la salud, que ella define como el proceso de estar y de llegar a estar integrado; las respuestas ineficaces o de inadaptación no contribuyen a la salud. El nivel de adaptación de cada persona es único y se encuentra en constante evolución.

Las personas responden a las necesidades (estímulos) de una de las cuatro formas siguientes:

-El modelo fisiológico implica las necesidades fisiológicas básicas del organismo y las formas de adaptarse con respecto a fluidos y electrolitos, actividad y reposo, circulación y oxígeno, nutrición y eliminación, protección, los sentidos, y funciones neurológicas y endocrinas.

-El modelo del autoconcepto incluye dos componentes: el yo físico, que implica sensaciones e imagen corporal, y el yo personal, que implica la idea del yo, la coherencia del yo, y el yo moral y ético.

-El modelo de papel funcional viene determinado por la necesidad de integridad social y se refiere a la realización de deberes basada en posiciones establecidas dentro de la sociedad.

-El modelo de interdependencia implica a las relaciones que uno mantiene con otras personas relevantes y con sistemas de apoyo que proporcionan ayuda, afecto y atención.

El objetivo del modelo de Callista Roy es el de fomentar los procesos vitales a través de la adaptación de los cuatro modelos adaptativos.

2.2.5.8. La teoría de la diversidad cultural de la asistencia y de la universalidad de Leininger.

Madeleine Leininger, enfermera antropóloga, publicó sus puntos de vista sobre la enfermería transcultural en los años setenta, una de sus principales obras en estos años fue *Transcultural nursing, concepts theories and practices*. New York: Jhon Wiley & Son, 1978, y en 1991 publicó su libro *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: Jhon Wiley & Son, 1991

Leininger afirma que los cuidados son la esencia de la enfermería y la característica dominante, distintiva y unificadora de la enfermería. Destacó que los cuidados humanos, aunque son un fenómeno universal, varían entre culturas en cuanto a su expresión, procesos y patrones; en gran medida su origen es cultural. Leininger creó el modelo *Sunrise* para describir su teoría de la diversidad cultural y universalidad de la asistencia.

Este modelo destaca que la salud y la asistencia están influidas por elementos de la estructura social, tales como la tecnología, los factores religiosos y filosóficos, el parentesco y los sistemas sociales, los valores culturales, los factores políticos y legales, los factores económicos y los factores educativos. Estos factores sociales se tratan dentro de un contexto ambiental, expresiones lingüísticas y etnohistoria. Cada uno de estos sistemas forma parte de la estructura social de cualquier sociedad; expresiones, patrones y prácticas de cuidados sanitarios también son partes integrantes de estos aspectos de la estructura social. Para que los profesionales de enfermería presten asistencia a personas de diferentes culturas, Leininger, 2004 (Cfr Kocier, 2004: 48) presenta tres modelos de intervención:

-Mantenimiento y conservación de los cuidados culturales.

- Acomodación, negociación, o ambos, de los cuidados culturales.
- Reestructuración y remodelación de los cuidados culturales.

2.2.5.9. Teoría de los cuidados humanizados de Watson.

Jean Watson comenzó a publicar a mediados de los años 1970. Su libro, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boston:Little Brown*, fue publicado en 1979, y posteriormente lo publicó de nuevo de forma más elaborada en *Nursing: Human Science and Human Care. Norwalk Conn: Appleton-Centuri-Crofts*, 1985.

Jean Watson considera que la prestación de cuidados es un aspecto central de la enfermería; y lo refiere como el centro unificador de la práctica. Se refiere a las intervenciones de enfermería relacionadas con los cuidados humanizados como a los “factores asistenciales”, y los considera una guía a la que ella se refiere como el “Núcleo de la Enfermería”.

En un esfuerzo por reducir la dicotomía entre teoría y práctica, Watson propone una filosofía y una ciencia del cuidar e identifica 10 factores de interés que denomina factores “cuidativos”:

1. La formación de un sistema de valores humanista/altruista.
2. La enfermera debe infundir fe y esperanza
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
4. Promover el desarrollar una relación de ayuda-confianza (cuidados humanizados).
5. Fomentar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, creando un clima de confianza mutua.
6. Utilizar sistemáticamente el método científico de resolución de problemas en la toma de decisiones.
7. Fomentar la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. Proporcionar un entorno de apoyo, protección, corrección o equilibrio mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Ayudar y asistir para lograr la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptar y considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Watson considera que las enfermeras deben llevar a cabo la promoción de la salud de las personas a través de acciones preventivas tales como el reconocimiento de las

habilidades de adaptación frente a los daños, la enseñanza de métodos para la solución de problemas, y la provisión de apoyo situacional.

La teoría humanística de Watson goza de reconocimiento mundial y su modelo es un referente fundamental en la redefinición de la enfermería como un modelo sanitario de asistencia-curación.

2.2.5.10. Teoría de la humanización de Parse

Rosemarie Rizzo Parse se apoya en la obra de Martha Rogers y en los fenomenólogos existencialistas para el desarrollo de su *Man-Living-Health: A Theory of Nursing New York: Jhon Wiley & Sons, 1981*. Entre los conceptos principales de su modelo están los de iconización, valoración, idiomatización, revelación-encubrimiento, capacitación-limitación, conexión-separación, potenciación, y transformación. Parse pone énfasis en el humanismo y en 1995, propone tres hipótesis sobre la *humanización*:

-La humanización es la elección libre del sentir personal en situaciones del proceso intersubjetivo de relacionar valores prioritarios.

-La humanización es la co-creación de patrones rítmicos o la relación mediante procesos mutuos con el universo.

-La humanización es la co-superación multidimensional con las posibilidades emergentes.

Estas tres premisas se centran en el significado, el ritmo y la co-superación.

El significado surge de la interrelación de una persona con el mundo y se refiere a los hechos a los que la persona otorga diferente grado de importancia.

El sentido del ritmo es el movimiento hacia una mayor diversidad.

La co-superación es el proceso de extenderse más allá de uno mismo.

El modelo de Parse de humanización destaca la forma en que los individuos eligen y asumen sus responsabilidades en relación con los patrones de salud personal. Parse sostiene que el paciente, no la enfermera, es la figura de poder y quien toma las decisiones. El papel del profesional de enfermería incluye ayudar a los individuos y a las familias a escoger las posibilidades de alterar el proceso sanitario. Concretamente, el papel del profesional de enfermería consiste en iluminar el sentido (descubriendo lo que era y lo que será), sincronizar ritmos (dirigiendo la discusión

para reconocer la armonía), y movilizar la superación (soñando con posibilidades y planificando alcanzarlas).

La enfermera Parse utiliza lo que ella denomina la “*verdadera presencia*” en el proceso enfermera-paciente. “*En la verdadera presencia*” todo el ser de la enfermera está inmerso en el paciente a medida que el otro ilumina el sentido de su situación y avanza más allá del momento” (Parse, 1994:18, Cfr. Kozier, 2004: 47).

2.2.5.11. La Enfermería humanística y las necesidades básicas de Henderson.

Virginia Henderson ha hecho enormes contribuciones a la Enfermería a lo largo de sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Apareció por vez primera como coautora en Hauner B, Henderson V. *Textbook of the Principles and Practice of Nursing. 5ª ed. New Cork: Macmillan, 1955* y su definición de Enfermería fue aceptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)¹². En 1964 publicó las bases de su teoría (Henderson V. The nature of nursing, *American Journal of Nursing* 1964; 64:62-68 y posteriormente amplió (Henderson V. *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan. 1966*).

Defiende la comprensión por empatía, y sostiene que la enfermera tiene que “*meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de saber qué necesita*”. Henderson considera que muchas de las funciones de las enfermeras se superponen con las de los médicos. Dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y compara al equipo de salud con los trozos de una tarta. Las porciones de tarta varían de acuerdo con las necesidades del paciente. Así ante un paciente intervenido quirúrgicamente, la porción mayor corresponderá al cirujano, otra porción a la enfermera y la más pequeña al paciente. En un paciente con una enfermedad crónica o mental, la porción mayor de la tarta corresponde al cuidado enfermero. La meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.

De entre las numerosas corrientes de enfermería, la más aceptada es la humanística, dentro de la cual se sitúa una de las tendencias que más ha arraigado en la

¹²V. Henderson, definió la Enfermería en terminos de funcionalidad: “*La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación, o a una muerte placentera y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hará esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible*”.(C.I.E., 1994)

enfermería actual, la de las Necesidades Básicas¹³ inspiradas en el humanista Maslow y en su pirámide de necesidades humanas, cuya más conocida representante es Virginia Henderson.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, ha sido sugerido en muchos centros del Servicio Andaluz de Salud (SAS), como modelo de cuidados de enfermería a seguir en sus hospitales y centros de salud, y es utilizado también en otros muchos centros en distintas comunidades autónomas. Este modelo ha sido traducido a 25 idiomas y es uno de los más conocidos por la enfermería occidental.

Emplea una terminología de fácil comprensión, y su construcción teórica es muy abierta, resultando coherente con nuestros valores culturales, e incluyendo también como parte de la actuación de la enfermera el rol de colaboración, lo cual, según Luis (2002: 32), es un aspecto importante en el ejercicio profesional ya que no sólo delimita el campo de actuación propio, sino que ayuda al paciente a seguir un plan terapéutico prescrito por el médico. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Este modelo, facilita el posicionamiento teórico de la práctica enfermera definiendo los conceptos de persona, entorno, salud y rol profesional de la siguiente manera:

1. *La persona*: Es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La mente y el cuerpo son inseparables y el paciente y su familia son considerados como una unidad. La persona tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia y necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana. En condiciones de normalidad, tanto el individuo sano como el enfermo anhelan el estado de independencia y se esfuerza por alcanzarla.

¹³ El humanista y psicólogo americano Maslow, describió la "Pirámide de las necesidades humanas". Afirmó que la autorrealización conduce a niveles mayores de eficiencia. Observó que el comportamiento de las personas es diferente cuando disfrutan de un estado de salud positivo que cuando están en deficiencia, y llamó a este enfoque 'psicología del ser': la gente autorrealizada está motivada por valores del ser que se desarrollan naturalmente sin imposición de la cultura. Ejemplo de estos valores eran la verdad, la creatividad, la belleza, la bondad, la plenitud, la viveza, la singularidad, la justicia, la naturalidad y la autosuficiencia. Murió en California de un ataque al corazón, el 7 de mayo de 1970. Sus obras más conocidas son: *Toward a Psychology of Being* (1968), *Motivation and Personality* (first edition, 1954, and second edition, 1970), and *The Further Reaches of Human Nature* (1971). Finalmente, hay muchos artículos escritos por Maslow, especialmente en el *Journal of Humanistic Psychology*, de la que fué co-fundador.

2. *El entorno*: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. El entorno influye en la salud.

3. *La salud*: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

V. Henderson, considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda, los que son para ella, los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Esta, aplica una idea humanista al marco conceptual enfermero, situando a la enfermera en el cuidado integral de la persona, cuyo objetivo de cuidados, como hemos comentado, es el paciente y familia dentro de su entorno sociocultural, conceptualizándola como un todo compuesto por 14 necesidades y equiparando la salud con la capacidad para satisfacerlas de forma independiente.¹⁴

4. *Rol profesional*: Según Henderson, estas necesidades están satisfechas voluntariamente por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (concepto de independencia). Pero en ocasiones, a causa de una enfermedad, hospitalización, tratamiento médico, exploración diagnóstica, etapa de la vida, etc.; la persona desarrolla respuestas humanas que se pueden traducir en acciones erróneas, insuficientes o inadecuadas para ser independiente, y una o más necesidades no se satisfacen de forma independiente; de ahí surgen los problemas de salud (concepto de dependencia). Estos problemas pueden aparecer de forma transitoria o permanente.¹⁵ Es entonces cuando la enfermera, en el ejercicio de su rol propio o autónomo, tiene que enseñar, ayudar, acompañar o suplir a la persona para que pueda realizar las acciones correctas, adecuadas y suficientes para lograr lo antes posible satisfacer sus necesidades básicas de forma independiente. Estas

¹⁴ Según Henderson la satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona interrelacionándose con las restantes, de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás, constituye la negación de la totalidad de la persona. Estas 14 necesidades son: 1- Respirar normalmente. 2- Comer y beber adecuadamente. 3- Eliminar por todas las vías corporales. 4- Moverse y mantener posturas adecuadas. 5- Dormir y descansar. 6- Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse. 7- Mantener la temperatura corporal. 8- Mantener la higiene corporal. 9- Evitar los peligros del entorno. 10- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. 11- Ejercer culto acorde con la religión. 12- Trabajar de forma que permita sentirse realizado 13- Participar en todas las formas de recreación y ocio. 14- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. Las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización.

¹⁵ Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: a) Permanentes como la edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física. b) Variables como estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios), exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales. Estados febriles agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección, o bien ambas, una enfermedad transmisible, el estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

situaciones de dependencia de los pacientes, pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado con una falta de conocimientos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería (método sistemático de: valoración, formulación de hipótesis o delimitación del problema, planteamiento de objetivos, toma de decisiones, intervención y evaluación de resultados o de grado de resolución del problema) de cuya estructura hablaremos más tarde.

Sin embargo en la práctica existen dificultades que impiden que los cuidados de enfermería se planifiquen en base a una metodología científica basada en un modelo determinado mediante el cual, estos planes de cuidados sean desarrollados por las enfermeras de forma autónoma o independiente.

El rol propio o independiente de enfermería se centraría en valorar el grado de satisfacción de las catorce necesidades básicas, y en base a los datos obtenidos de esta valoración, emitirá un diagnóstico enfermero que definirá el problema, su causa (factores relacionados), y sus manifestaciones, planteando a continuación los objetivos a alcanzar por el paciente, y las intervenciones enfermeras planificadas para conseguirlos. Finalmente las enfermeras, deberán evaluar la efectividad de dichas intervenciones de cuidados. Para ello, cuentan con herramientas taxonómicas propias que describiremos más adelante.

Como hemos visto, el trabajo de los teóricos americanos sobre enfermería, refleja una amplia gama de ideas sobre las personas, la salud, los valores y el mundo. Cada definición de estos conceptos principales de enfermería varía según la orientación científica de la teoría y filosófica seguida, la experiencia de la enfermera, y los efectos de dicha experiencia sobre su visión personal de la enfermería.

La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones estructurales, docentes e investigadoras de la profesión. El estudio de la teoría ayuda al desarrollo de la capacidad analítica, ofrece retos al pensamiento, esclarece los valores y las premisas, y determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.

Ellis (1968: 220) decía que para que una teoría se considere útil, *“es indispensable que la teoría desarrolle y oriente la práctica [...] las teorías deben revelar qué conocimientos han de procurar las enfermeras”*.

Chin y Jacobs (1979: 9), definían: “la teoría de enfermería debe orientar tanto la investigación como la práctica y generar nuevas ideas y diferenciar el foco de interés de la Enfermería”.

Sin embargo la falta de vinculación de las practicas enfermeras con los marcos teóricos que la fundamentan, y que siguen siendo el caballo de batalla en las escuelas, debería hacernos reflexionar sobre la utilidad o mejor dicho, las dificultades en la aplicabilidad de los modelos y las consecuencias que se derivan de ello, ya que, en palabras de Pedro y Morales, el “desajuste existente entre las posiciones teóricas y la práctica enfermera es una realidad que no puede llevar a la profesión más que a una grave crisis de identidad” (Pedro y Morales, 2004: 28).

Por otro lado, la existencia de tantas y tan diferentes teorías, aunque puede enriquecer a nivel teórico, dificulta su extensión, desarrollo y aplicabilidad. Un único marco conceptual o modelo, puede ser imposible, dada la diversidad en los puntos de vista mundiales expresados en los modelos de enfermería, la diversidad de los pacientes, entornos y ámbitos de trabajo donde las enfermeras ejercen la disciplina. Esto último, puede ser uno de los factores que contribuyen a la confusión teórica de las enfermeras, cuando en el seno del equipo no existe un consenso que surja de la reflexión sobre qué modelo teórico se adecua más a las características de sus pacientes y a su ámbito de trabajo.

Hasta ahora hemos explicado cómo la enfermería puede regirse por sus propias teorías y hemos revisado los principales modelos conceptuales o teorías enfermeras. Hemos conocido el rol propio de las enfermeras, y lo hemos centrado en la ayuda al paciente para satisfacer sus necesidades básicas de forma independiente. Hemos planteado cuales pueden ser las fuentes de dificultad para la aplicación práctica de las teorías enfermeras en el desarrollo de su rol profesional independiente.

Inspirándose en Kunn (1975), Esteban y Arroyo (1992:116) dicen que una disciplina debe pensarse y construirse como ciencia, desde su historia, desde la filosofía de la ciencia y desde la práctica profesional. Siguiendo el esquema de Kunn, una vez revisada la parte conceptual de la disciplina enfermera, y conocido el objeto de su rol autónomo, debemos detenernos en revisar los aspectos de la practica profesional sobre los que más tarde sentaremos parte de las bases del problema de investigación que nos ocupa. Para ello, en primer lugar, nos centraremos en aspectos del rol de colaboración, y en segundo lugar, hablaremos del proceso enfermero como herramienta metodológica para aplicar los cuidados de enfermería siguiendo el método científico.

2.2.6. La Enfermería y su rol de colaboración o interdependiente: diferencias entre la visión enfermera y la visión del modelo médico.

Hasta aquí hemos querido mostrar cómo la enfermería posee condiciones y requisitos para ser una ciencia aplicada con un campo de investigación propio y una autonomía disciplinar, pero por otra parte, las enfermeras trabajan en coordinación con los servicios médicos, y de ahí surge el rol de colaboración o interdisciplinario.

No podemos perder de vista que la enfermería ha nutrido su cuerpo de conocimientos, en gran medida de otras ciencias estrechamente vinculadas a ella, como son todas las disciplinas básicas y aplicadas relacionadas con la medicina, y ciencias sociales como la sociología, antropología, la psicología, la historia, etc., tal y como ya hemos mencionado. Al hilo de todo esto, cabe preguntarse qué posiciones científicas debe mantener la enfermería con las demás disciplinas, y fundamentalmente con la medicina, en cuyas filas todavía se encuentran actitudes y creencias sobre la enfermería poco acordes con la realidad, posiblemente consecuencia de la cultura y la propia historia profesional, de la que ya hemos hablado y matizado.

En primer lugar conviene definir algunos términos que ayuden a comprender las diferencias con la visión conceptual de la medicina, a las que ya hemos aludido anteriormente. Se trata de una disciplina que se encuentra cerca de la enfermería y con la que esta tiene grandes vínculos, ya que comparte historia, conocimientos y también parte de su rol profesional. Este rol ha sido denominado por distintos autores como *“rol de colaboración”, “rol interdependiente” o interdisciplinario*.

Luís y Fernández (2002: 55) llama problemas de colaboración a *“[...] aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico [...]”*. Según esta autora, se trata de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, y con la vigilancia, valoración y el control tanto de la respuesta a este tratamiento como de la evolución de la situación patológica del paciente.

Los problemas de colaboración están situados en el punto de unión entre el trabajo de las enfermeras y el de otro profesional, a este respecto M. Luís, hace énfasis en que el objeto de atención, no es la situación fisiopatológica ni el profesional con el que

colaboran las enfermeras, sino el paciente o usuario, especialmente la ayuda que éste requiere para seguir su tratamiento o para controlar su situación fisiopatológica (Luís, 1998; Luís y Fernández, 2002).

En esta área de la práctica, la enfermera actuará tanto en problemas reales como potenciales. Esto quiere decir que las intervenciones enfermeras de colaboración irán dirigidas, por una parte, a prevenir los problemas (complicaciones o respuestas indeseables de un tratamiento o intervención médica) o detectar los factores de riesgo que puedan conducir a que estos problemas se produzcan (vigilancia en situaciones de riesgo de la aparición de signos y síntomas, de los que informará al otro profesional para que éste tome decisiones), y por otra parte, para actuar en su tratamiento y control una vez se ha producido, llevando a cabo intervenciones y actividades por indicación de los médicos. Aquí la enfermera es responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado, así como el control de la situación, es de otro profesional, de cuya prescripción surgen las actuaciones de la enfermera, y que además tiene la autoridad legal para decidir las.

En el ejercicio del rol de colaboración, el objetivo final se lo plantea el médico al paciente, y la enfermera es mera intermediaria, mientras que en el ejercicio del rol propio, la enfermera negocia con el paciente los objetivos que éste ha de alcanzar, y se plantean de forma interactiva.

La tabla T1, basada en Luís (2002:7), ilustra y resume lo que acabamos de decir:

Tabla T1

ROL ENFERMERO	En los problemas de colaboración (Rol dependiente o de colaboración)	En los problemas de enfermería (Rol autónomo o independiente)
La responsabilidad	De las propias acciones enfermeras derivadas de las prescripciones	De las propias acciones y el resultado final
Control	Del médico	De la enfermera
Autoridad	Del médico	De la enfermera

Linda Cardenito (1994), hace también esta distinción entre el rol propio y el de colaboración, y argumenta que ninguno de los dos tiene más importancia que el otro, sino que en cada caso, serán las necesidades de la persona las que determinen qué profesional debe asumir la responsabilidad de la situación.

Como ya hemos visto, el concepto de persona como ser holístico, tiene una importancia crucial dentro de la disciplina enfermera, a diferencia de las actuaciones del modelo médico, aquí ya no se trata de hacer por la persona, sino de trabajar conjuntamente con ella para conseguir unos objetivos de salud. Por tanto, el rol propio de la enfermera, el cuidar, es el de acompañar a la persona, en sus avatares, en sus experiencias para conjuntamente, entre enfermera y paciente, construir un nuevo conocimiento, un nuevo aprendizaje (Parse, 1981. Cfr. Rigorl, 1995). Para algunos autores esto es lo que determina la dimensión humana y ética del cuidado (Collier, 1981; Lunardi et. al., 2002; Martinez JM, 2005; Alberdi, 2006; Durán, 2007)

Collier dice que las tareas de cuidados son a menudo intangibles, pues conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y potenciar sus posibilidades personales e internas, son actos poco visibles, pero requieren conocimiento y tiempo de dedicación (Collier, 1981, 1997)

Para Rigol (2005) cuidar, es un proceso interactivo en el que la enfermera y el paciente se alían para ayudarse y desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mejores niveles de bienestar. Supone pues, un proceso intersubjetivo que pasa en un tiempo, en un contexto determinado y con una finalidad. La enfermera se convierte en consejera experta, que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados.

A la enfermería le interesan las respuestas humanas de la persona a la hora de enfrentar la enfermedad, conociendo cuál es su vivencia subjetiva y cuáles son sus necesidades de aprendizaje (aprendizaje en autocuidados, afrontamiento, temores). Mientras que a la medicina le interesa realizar agrupaciones de signos y síntomas (síndromes) para llegar a una conclusión diagnóstica (apendicitomía, diabetes o depresión,..). La comprensión de la enfermedad desde la enfermería ha de ser biográfica, ya que la persona siente el malestar en diferentes contextos: institucional, social, familiar y no solo biopatológico.

Son diversos los autores que han descrito las relaciones que existen sobre la multicausalidad y multidimensionalidad de la enfermedad, relacionando esta también con los aspectos simbólicos, que operan en ella, además de los biológicos (Comelles,

2000; Martínez, 2000; Leininger 1970, 1999, 2002). En este sentido, los trabajos de Siles, muestran como la Enfermería y la Antropología son disciplinas complementarias, que comparten rasgos epistemológicos, metodológicos y prácticos (Siles, 2003).

La dualidad del rol enfermero, añade dificultades en la práctica ya que obliga a la enfermera a moverse entre dos paradigmas muy distintos y no olvidemos que uno de ellos, el de la biomedicina está muy arraigado, es dominante y goza de un gran prestigio social.

La tabla T2, adaptada de Carpenito (1994), puede orientar la comprensión de estos aspectos:

Tabla T2

Orientación médica en la práctica	Orientación Enfermera
El curso de la enfermedad es predecible, independiente del sujeto que la padece.	Las respuestas “humanas” de las personas ante una misma enfermedad son distintas.
Ante el mismo problema, idéntico tratamiento para todos. Ejemplo ante el dolor analgesia, o ante un diagnóstico de apendicitis el tratamiento es siempre una apendicetomía.	Distintas intervenciones y actividades ante idénticas respuestas en individuos distintos.
No realiza abordaje holístico, ya que se centra solo en el sujeto y su enfermedad.	Imprescindible el abordaje holístico entendiendo que en las respuestas humanas ante la alteración de las necesidades, intervienen factores no sólo biofísicos sino también psicosociales
No tiene por qué interactuar con el individuo en el tratamiento, que normalmente está altamente medicalizado.	La interacción enfermera/paciente es inherente al tratamiento, que puede consistir en enseñar, acompañar, sustituir o convencer.

La enfermera debería situarse en la multidimensionalidad de la enfermedad, es decir en su condición de hecho social, cultural y político económico (Martínez, 1992, 2000) o religioso (Briones, 1994,1997)

Diversos estudios aluden a las dimensiones de la enfermedad, y su relación con la expresión del lenguaje como por ejemplo la dimensión biológica, cultural y social de

los términos anglosajones ¹⁶ disease, Illnes y sickness. Otros apelan a la importancia de dirigir los cuidados de enfermería no solo hacia los aspectos físicos de la enfermedad, sino también a lo emocional y familiar de la enfermedad (Jovell, 1999)

Collier (1981) atribuye el distanciamiento de las enfermeras, de los cuidados, a la hora de posicionarse al lado de la biomedicina, ya que para ella el modelo biomédico, en la práctica cotidiana, se distancia de los aspectos sociales y culturales para centrarse en la enfermedad y en el síntoma.

Trabajar con respuestas humanas es complejo, y su enseñanza y aprendizaje también, ya que la lógica de la formulación no siempre obtiene la formulación de una acción también lógica. Una decisión racional no necesariamente se traduce en una acción racional, de ahí la complejidad de la valoración, diagnóstico y actuación enfermera, conducente a cambiar acciones erróneas, insuficientes o inadecuadas de la persona en respuesta a una o varias de sus necesidades alteradas.

2.2.7. Aplicación del método científico en la práctica profesional enfermera: El Plan de Cuidados de enfermería como instrumento del proceso de cuidados enfermero.

Como ya hemos mencionado, la metodología científica utilizada por las distintas disciplinas, realiza un abordaje sistemático para resolver un problema o contestar una pregunta, esta metodología científica, al aplicarse al ámbito enfermero se denomina proceso enfermero o plan de cuidados enfermero. Según Alfaro (1996: 4), el proceso enfermero *“es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”*. Por otra parte el proceso enfermero debe basarse en un modelo que le sirva de guía, por lo que hemos mostrado algunos de los modelos conceptuales propuestos a lo largo de la historia reciente de la disciplina.

¹⁶ -*Enfermedad (patología)*: (Malatia, maladie, disease). Designa las dimensiones biológicas de la enfermedad. Es decir, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina (Comelles, 1993).

-*Enfermedad (dolencia, padecimiento, Illnes)*: Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica o fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también en este sentido, al proceso por el cual, procesos patológicos, orgánicos o sensaciones de malestar, son reconvertidos en experiencias individuales significativas (Comelles, 1993).

-*Enfermedad (sickness)*: Alude a las dimensiones sociales de la enfermedad y por tanto a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de la enfermedad y sus articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas. (Comelles, 1993).

En la actualidad la Enfermería dispone de herramientas taxonómicas y nomenclaturas propias que puede aplicar al proceso enfermero. En la práctica profesional el proceso enfermero queda plasmado en el plan de cuidados, este sirve como instrumento de comunicación, para el equipo de enfermeras, de los problemas específicos del cliente y las intervenciones prescritas para dirigir, gestionar y evaluar los cuidados que se ofrecen.

El proceso de enfermería, como todo proceso, desde el punto de vista operativo se describe a través de sus cinco componentes: valoración, identificación del problema, planificación, ejecución y evaluación.

La enfermera utiliza la observación sistemática y las técnicas de solución de problemas para identificar la situación funcional del paciente y emitir un juicio clínico. En cuidados de enfermería, emitir un juicio clínico significa plantear un diagnóstico de enfermería y determinar las intervenciones de enfermería con el fin de resolver el problema. Para ello la enfermera utiliza un proceso de resolución de problemas que llamamos "Proceso de Atención de Enfermería" (PAE) y que lleva consigo actividades de: Percepción, Análisis y Acción. Se parte de un punto y se termina en otro completamente diferente. Entre los puntos de salida (la percepción) y el de llegada (la acción) hay un camino muy dinámico (el análisis).

El proceso enfermero, como ya hemos mencionado, lleva a la enfermera a descubrir los problemas de cuidados de enfermería, es decir, a emitir un Juicio Diagnóstico; y a encontrar soluciones eficaces y adaptadas, es decir, a emitir un Juicio Terapéutico. Estas habilidades intelectuales, al igual que otros tipos de habilidades (habilidades técnicas, interpersonales, etc.) se desarrollan con la práctica y la perseverancia. Para Luís (2002: 5) *"El proceso diagnóstico es una función intelectualmente compleja [...] al igual que sucede con cualquier otra habilidad, es posible mejorarla y acrecentarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio diagnóstico o juicio clínico"*.

Un problema de cuidados de enfermería es toda reacción a un agente estresante, a un problema médico actual o potencial, o a una etapa de desarrollo de una persona, familia o colectividad, que exige, para remediarlo, la competencia de una enfermera. Otros ámbitos de especialización como la medicina, la psiquiatría, etc., también tienen un gran repertorio de problemas o diagnósticos concernientes a su competencia.

A partir de una hipótesis la enfermera empieza su gestión con objeto de resolver de manera satisfactoria los problemas de cuidados de enfermería e inicia así el proceso efectuando un recorrido mental marcado por etapas distintas, interdependientes, que

progresan dentro de un orden lógico. En los cuidados de enfermería existen las cinco etapas ya mencionadas:

- Valoración de la situación
- Análisis e interpretación de los datos y diagnóstico
- Planificación de los cuidados.
- Aplicación del plan de cuidados.
- Evaluación de los resultados obtenidos

2.2.7.1. La valoración enfermera piedra angular del proceso enfermero.

La valoración, primera fase del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática de datos para determinar el estado de salud actual de un cliente y para evaluar sus patrones de adaptación presentes y pasados. Los datos se obtienen a partir de cinco métodos:

1. Entrevista. Una entrevista de ayuda diagnóstica podría ser una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas, en su parte exploratoria, que propongan algoritmos paralelos en función de la respuesta del paciente, desde preguntas abiertas hacia otras cerradas. Las entrevistas de ayuda diagnóstica deberían servir para aumentar la fiabilidad diagnóstica.¹⁷

2. Examen físico.

3. Observación.

4. Revisión de informes diagnósticos e historias que nos aportan datos sobre la situación clínica del paciente; datos de afiliación; situación o nivel socioeconómico, antecedentes sobre enfermedades problemas de salud; motivo por el que solicita los servicios sanitarios (enfermedades o complicaciones de las mismas, tratamientos etc.)

¹⁷ Actualmente se están poniendo en marcha estrategias que ayuden a definir un lenguaje común entre los distintos niveles sanitarios que atienden pacientes, facilitando no sólo la detección sino el acercamiento al diagnóstico / problema de salud, con el fin de posibilitar actuaciones terapéuticas o de derivación adecuadas. Actualmente, las clasificaciones de problemas que diagnostican enfermeras, con el fin de facilitar la comunicación, predicción e investigación, están definiendo criterios operativos que pueden constituirse como un lenguaje común sobre el que elaborar la exploración y los posteriores diagnósticos.

El siguiente paso debería ser el desarrollo de instrumentos de entrevista y diagnóstico que (han sido utilizados en la investigación en los últimos años) y que al tener una base común permiten una mayor homogeneidad en las observaciones, un aumento en la fiabilidad de los diagnósticos y la posibilidad de comparar resultados obtenidos por distintos profesionales asistenciales / investigadores.

Examen físico, observación, revisión de informes diagnósticos e historias, colaboración con otros profesionales.

El proceso de la recogida de datos es identificar, en cada cliente: el estado de salud presente y pasado, los patrones de adaptación presentes y pasados (capacidades y limitaciones), la respuesta a las alteraciones actuales, la respuesta al tratamiento (de enfermería, médico), el riesgo de desarrollar alteraciones potenciales.

5. Colaboración con otros profesionales que pueden aportar datos e información válida para la valoración.

Como los demás componentes del proceso de enfermería, el proceso de valoración es dinámico y evolutivo. Durante cada interacción enfermera-cliente, la enfermera está procesando datos continuamente. Los tipos de datos recogidos dependen de los conocimientos de la enfermera, de su experiencia y modelo conceptual que guíe su práctica.

2.2.7.2. Interpretación y agrupamiento de la información: Diagnóstico

La selección de información a recoger, la secuencia de la recogida y la forma en la que se utiliza y prioriza la información, es un proceso estratégico necesario para llegar al diagnóstico¹⁸.

Existen distintas definiciones de diagnóstico enfermero, lo cual dificulta una visión homogénea; hemos seleccionado algunos de ellos:

-Gordon (1986): *“Los diagnósticos enfermeros, o los diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello”*. Esta definición, de Gordon excluye problemas de salud para los cuales la forma de terapia aceptada es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen legalmente como práctica de la medicina. (Cfr. Duarte, 2003:10)

-Carroll-Johnson (1993: 306): *“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras hacia la consecución de objetivos de los cuales la enfermera tiene la responsabilidad”*. (Cfr. Duarte, 2003: 10)

-Shoemaker (1984: 104): *“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático*

¹⁸ Las decisiones diagnósticas se basan en hipótesis diagnósticas que describen las interpretaciones clínicas de los datos. Al margen de si las hipótesis se generan por procesos analíticos o no analíticos, deben estar sujetas a la verificación. Dependiendo del nivel de experiencia de quien diagnostica y la familiaridad con la situación, normalmente las hipótesis pueden surgir de inmediato acompañadas de datos iniciales de un patrón memorizado o también buscando entre las posibilidades que indican los datos iniciales. En primer lugar se debe evaluar la claridad de los datos. A continuación se interpreta el significado de éstos y se estructuran en hipótesis (posibilidades). La hipótesis alternativa más probable proporciona la búsqueda focalizada de los datos. Se recogen los datos que deben encontrarse si la condición existe, se evalúan y se agrupan bajo la hipótesis apropiada. Cuando existe la confianza psicológica en la “mejor” hipótesis de trabajo, se define un diagnóstico enfermero. Este proporciona el eje de la proyección de resultados y la planificación del tratamiento hasta que se genere una hipótesis “mejor”. Esta última afirmación sugiere una actitud hacia el diagnóstico que evitará errores.

de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para una terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable". Está definición lo expresa de forma concisa e incluye la etiología de la condición cuando se conoce. (Cfr. Duarte, 2003: 10)

-Roy (1982: 215-221): *"El diagnóstico enfermero es una frase concisa o término que resume un grupo de indicadores empíricos que representan los patrones de un ser humano unitario"*. (Cfr. Duarte, 2003: 10)

-McLane (1979): *"Un diagnóstico enfermero es una frase concisa o término que resume un grupo o serie de indicadores empíricos, que representan las variaciones normales y los patrones alterados (reales o potenciales) del funcionamiento humano de los que la enfermera en virtud de su educación y experiencia es capaz y está autorizada a tratar"* (Cfr. Duarte, 2003: 11)

-Alfaro (1988: 11): *"El diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal o independiente, iniciando las actividades de Enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo."*

-Cuesta (1994: 20): *"Síntesis de la valoración del nivel de salud (posesión, carencia o posible pérdida) del individuo, familia o comunidad que la enfermera tiene capacidad para mantener y potenciar cuando la salud es óptima o tratar cuando ésta se encuentra deteriorada o en riesgo de deteriorarse."*

-Gonzalo Duarte (2003: 11): *"[...] estas definiciones no ofrecen un enfoque de pensamiento específico. Los patrones de funcionamiento humano o las necesidades básicas, las personas individuales, los problemas de salud, las respuestas, los procesos vitales o los juicios clínicos son generales y no pueden ser utilizados para discriminar entre diagnósticos enfermeros y otras condiciones clínicas"*.

A pesar de todo, los términos generales pueden ser necesarios para el consenso, ya que como hemos mostrado anteriormente, la enfermería tiene muchas escuelas de pensamiento diferentes con distintos modelos para describir su foco de interés.

Una vez se tiene la certeza o la confianza psicológica de tener la hipótesis de trabajo más adecuada, se define un diagnóstico enfermero. La identificación del problema o diagnóstico, segundo componente del proceso de enfermería, incorpora las actividades intelectuales que se centran en la identificación de los patrones, la confirmación de los hallazgos y la deducción de una explicación sobre el estado de

salud del individuo. Las enfermeras emiten juicios con respecto a diferentes datos de valoración.¹⁹

El diagnóstico enfermero es pues, la conclusión de la valoración, la reagrupación y análisis de los datos: Después de haber recogido y examinado los datos y tras comprobar y eliminar las explicaciones alternativas, la enfermera llegará a una de las tres conclusiones siguientes:

a). Diagnóstico enfermero (DdE) de Salud:

Según la NANDA, (1999: 149), los Diagnóstico de Salud describen respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presenta un buen estado de salud pero que tiene el potencial para alcanzar un grado superior.

Los DdE de salud, describen situaciones en las que no se evidencia problema alguno por el momento; en este caso la enfermera realizará intervenciones dirigidas a la promoción de la salud. Todavía existen pocos diagnósticos de salud aceptados por la NANDA, estos, enseñan conductas que promuevan la salud mediante un plan de enseñanza que se llevará a cabo en una o varias sesiones, partiendo de diagnósticos de enfermería de salud. Luís et al (2002:23), proponen que se formulen precediendo al diagnóstico existente, la frase “potencial de mejora” (DdE). Ej: “Lactancia materna eficaz”, “Potencial de mejora de la nutrición”

b). DdE real:

El DdE real; describe respuestas humanas a procesos vitales o estados de salud que están presentes en un individuo, familia o comunidad, se apoya en las manifestaciones, signos y síntomas (características definitorias Para describirlos se proponen tres partes: denominación del problema o etiqueta diagnóstica, causa o factores relacionados “relacionado con” (r/c) y por último las manifestaciones o datos objetivos y subjetivos “manifestado por” (m/p) (NANDA, 1999: 149). Ej: “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, r/c bajo nivel de instrucción m/p retraso en la mejora de los síntomas.

c). DdE de riesgo:

¹⁹ - *Identificación de DdE:* Después de recoger los datos necesarios, la enfermera agrupa u organiza la información según diversas áreas de funcionamiento y determina el patrón de funcionamiento del cliente en cada área (funcionamiento positivo, funcionamiento alterado o riesgo de funcionamiento alterado. ¿Existe un problema (real), o existe alto riesgo de desarrollar un problema (potencial) en éste área de funcionamiento?, o ¿Conducen los datos recogidos a sospechar la existencia de un problema (posible) en éste área?

- *Identificación de los problemas interdisciplinarios:* ¿Existe ya una complicación fisiológica, o existe alto riesgo de que se desarrolle una complicación como consecuencia de una enfermedad, tratamiento, estudio o medicación que usted quiera controlar?

El DdE de riesgo o potencial describe respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables pero que todavía no se han dado por tanto se apoya en los factores de riesgo que contribuyan a la vulnerabilidad (NANDA, 1999: 149). Al enunciarlo, la etiqueta diagnóstica debe ir precedida de la frase “Riesgo de” (r/d). A diferencia de los DdE reales, se aconseja el formato en dos partes; problema más r/c factores de riesgo o causa. Ej: “Riesgo de infección” r/c desconocimiento del riesgo de la exposición a animales e inmunosupresión.

d). Problema interdisciplinario o de colaboración, del que hemos hablado anteriormente (p.62), tomando para ello la definición de Luis (2002: 55). Ej: “Potencial de hemorragia o hemorragia secundaria a tratamiento anticoagulante”

2.2.7.3. Objetivos, planificación e intervención

Una vez identificado el problema, la enfermera traza las metas que debe alcanzar el paciente a corto y largo plazo, y programa una serie de intervenciones y actividades dirigidas a solucionarlo, para las cuales la negociación y acuerdo con el paciente es imprescindible, pues es el que tiene que lograr los objetivos. Las intervenciones enfermeras van dirigidas a enseñar, convencer, acompañar o sustituir al paciente, para que éste logre los objetivos.

Cuando los problemas de los pacientes, son complicaciones de enfermedades o problemas de colaboración, las actividades de la enfermera son las que prescribe el médico, en este caso, el objetivo no lo negocia con el paciente, sino que es intermediaria entre el médico y éste, por lo que su objetivo será la realización eficaz y adecuada de intervenciones y actividades de vigilancia de signos y síntomas, registros de parámetros y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el médico le pide. En este último caso la enfermera debe también evaluar sus intervenciones.

2.2.7.4 La evaluación del Plan de Cuidado y las herramientas taxonómicas de la enfermería

La última fase del proceso enfermero es la evaluación de los resultados obtenidos, es decir medir la efectividad de sus cuidados.

Estas tres herramientas taxonómicas tratan de unificar criterios, proporcionar un lenguaje comun enfermero y reducir la variabilidad en la práctica.

Actualmente tienen alcance internacional, son:

1.La Clasificación de Diagnósticos Enfermeros para etiquetar los problemas desde distintos enfoques y/o modelos, NANDA (NANDA Internacional, 2006).

2.La Clasificación de Intervenciones Enfermeras, Nursing Interventions Classification (NIC) (McCloskey, 2004)

3.La Clasificación de Criterios de Resultado, Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead et al, 2004).

Los sistemas sanitarios, para aumentar la eficacia económica ha centrado la atención en los costes de la atención sanitaria y los resultados del paciente como medidas de efectividad del sistema.

El resultado ha sido la creación de una gran variedad de herramientas de evaluación, diseñadas para medir los resultados de los sistemas de atención sanitaria.

Aunque estas medidas pueden mejorar la atención, y proporcionar información sobre la práctica médica, y los resultados organizativos, las intervenciones y los resultados enfermeros, no son evidentes en todos los sistemas de evaluación. Para la profesión de enfermería es importante conservar la identidad a medida que se reestructura el sistema de atención sanitaria actual para aumentar su eficacia, por lo que la necesidad de la Enfermería de definir sus intervenciones y resultados, es prioritaria.

La incorporación de las taxonomías enfermeras, ha supuesto un enorme esfuerzo dirigido a unificar criterios para construir una terminología diagnóstica propia y universalmente aceptada para toda la enfermería, aportando a la comunicación enfermera, un lenguaje comun capaz de transmitir la información de forma clara y rápida, este lenguaje nos puede permitir tambien utilizar una tecnología informática para nuestro propio campo de competencia, que ayude a consolidar la disciplina enfermera y su cuerpo de conocimientos a través de la investigación y basados en la evidencia científica.

1. *Las siglas NANDA*, significaban originalmente "Asociación Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería Americana"²⁰.El grupo, en sus

²⁰En 1977, se celebra la III Conferencia, formada por un grupo de enfermeras teóricas, Bircher, Ellis, Fitzpatrick, Gordon, Hardy, King, McKay, Newman, Orem, Parse, Rogers, Smith y Torres, dirigidas por Callista Roy. (Algunas de ellas las hemos mencionado al describir los distintos marcos teóricos). Su marco conceptual parte de un trabajo inductivo; estudian el listado diagnóstico y finalmente proponen como modelo de referencia, el Hombre Unitario al

que definen como: “*un conjunto de fenómenos de unidad, continuidad, cambio creativo y dinámico*”, que permite a la enfermera describir, explicar y predecir el proceso vital del hombre. La salud fue definida como “un patrón rítmico de interacción de energía, que mejora mutuamente y expresa el potencial vital total”. El objetivo de la enfermería es “*promover la salud, y el servicio que proporciona es la participación en la promoción de la salud sobre la base del uso de sí mismo y de un cuerpo de conocimientos propio*”. Plantean que el campo energético del ser humano se manifiesta por características específicas o partes del hombre unitario, entendido como el todo, y se identifica por los nueve Patrones del Hombre Unitario: Intercambiar, Comunicar, Relacionarse, Valorar, Elegir, Moverse, Percibir, Conocer y Sentir. -En 1980. ANA (Sociedad de Enfermería Americana) hacen una declaración de política social. Se describe la naturaleza y el alcance de la práctica de la enfermería, y se establece claramente la necesidad de identificar diagnósticos e intervenciones de enfermería. A partir de aquí, se establecen programas de trabajo conjunto ANA/ NANDA.

-En 1982, en la V Conferencia, se crea la NANDA, proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los DdE. P. Kritek de la Universidad de dirige un grupo de trabajo que basándose en los criterios conceptuales que habían sido elaborados por el grupo teórico se encarga de dar forma a la primera taxonomía. Analizan los diferentes niveles de abstracción de las etiquetas, modifican la terminología y cambian la expresión Patrones del Hombre Unitario por *Patrones de respuesta humana*. Kritek critica que la mayoría de las teorías “describen cómo debería ser la enfermería, no cómo es en realidad” Kritek aboga por comenzar con una teoría que sea de naturaleza operativa, y describe “lo que vemos y lo que hacemos”, mejor que con una que parezca muy elaborada pero resulte confusa.

-En 1984, en la VI Conferencia, Fehring propone un método para estandarizar la validación diagnóstica y a partir de 1986, los diagnósticos aceptados, cuentan con características definitorias clasificadas como mayores (indicadores críticos) presentes en el 80-100% de los pacientes que experimentan el diagnóstico y menores (indicadores de apoyo) en el 50-79%. -1986, en la VII Conferencia, se aprueba la taxonomía NANDA I, que clasifica las etiquetas diagnósticas agrupándolas en función de los nueve Patrones de Respuesta Humana. El “Comité Taxonómico” publica sucesivas revisiones en 1989, 1990, 1992, 1994, 1996. -En 1987. ANA / NANDA estructuran el “Collaborative Group on Taxonomies / Classifications of Nursing Diagnoses”, para trabajar ambas asociaciones en colaboración y alcanzar el consenso en la descripción de la práctica / ejercicio de la enfermería.

-En 1988 la VIII Conferencia, proponen presentar a la OMS una versión de la Taxonomía I bajo el título “Condiciones que necesitan cuidados de enfermería”, (Anexo II) para ser incluida en la revisión de la CIE 10. ANA / NANDA establecen para ello contactos con OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras. La propuesta que se presenta a la OMS también incorpora trabajos seleccionados del proyecto de Omaha Classification System, y trabajos relacionados con el DSM-III del Consejo de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental de la ANA. Esta propuesta no es aceptada por la OMS y en su respuesta indica que parece inadecuado incluir la “taxonomía de DdE” en una clasificación de enfermedades. Sin embargo, no rechaza el trabajo y propone que sería más adecuado aceptar su inclusión en otro grupo de la “Familia de Clasificaciones de la OMS”, en concreto en el capítulo “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

-En 1990 en la IX Conferencia, Hoskins presenta una propuesta para focalizar la Taxonomía II desde el concepto de Ejes. Taxonomía II, comienza a trabajarse después de presentar la versión a la OMS. Se comienzan estudios comparativos con otras clasificaciones y taxonomías mediante grupos interdisciplinarios. Se toman en consideración también nosografías médicas como el DSM- III - R. Como resultado de los trabajos del comité taxonómico, Hoskins presenta la proposición de focalizar la Taxonomía II desde el Concepto de Ejes, tomando una estructura similar a la que presenta la DSM-III-R. Se define eje operativamente como “la dimensión de la condición humana, considerada en el proceso diagnóstico”. Cada diagnóstico sería evaluado en los ejes identificados. Los ejes identificados hasta el momento para los DdE son : Eje I: Unidad de Análisis: Persona, Familia, Comunidad. Eje II: Grupo de Edad. Eje III: Bienestar / Salud / Enfermedad. -En 1994, en la XI Conferencia, el Comité de Revisión Diagnóstica redefine el proceso de revisión y actualmente seguimos con la taxonomía II que está en continua expansión en el número de diagnósticos aceptados y se ha producido un desarrollo internacional.

Desarrollo Internacional de las Taxonomías:

A partir de las recomendaciones de la OMS se han multiplicado las conexiones y trabajos que han conducido a la expansión internacional de los DdE. En 1989, el órgano rector del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se propone establecer una Clasificación Internacional del Ejercicio de la Enfermería (CIEE). Trabajan “ sobre los métodos y sistemas de nombrar / describir y clasificar aquello que hace la enfermera respecto a determinadas necesidades humanas para obtener determinados resultados”. En 1991, Cecile Boisvert, París, se crea la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (AFEDI), por enfermeras de Francia, Bélgica, Suiza, Italia y también España. Es la primera organización internacional reconocida oficialmente por la NANDA. A partir de aquí, se recogieron distintos sistemas de nomenclatura de enfermería de todo el mundo, se ponía de manifiesto el país de origen, el idioma y el tipo de nomenclatura (problemas, intervenciones y resultados). Los problemas / diagnósticos de enfermería corresponden a las condiciones o estados de salud a los cuales dan respuestas las enfermeras. En 1993, Copenhague, se celebra la Primera Conferencia Europea de Diagnósticos de Enfermería, y se crea una plataforma europea que sirva de base para identificar DdE que reflejen la realidad clínica, en diversas lenguas, para que se puedan comparar y sean útiles como indicadores de salud. Se creó la asociación la ACENDIO que cuenta con enfermeras de Dinamarca, R.Unido, Suecia, Holanda, Francia, Italia y España.

-Desarrollo Nacional de las Taxonomías. En 1994, enfermeras de la Universidad de Valencia con la colaboración de una lingüista, adaptan al contexto español la taxonomía NANDA. El método para analizar las etiquetas diagnósticas de la NANDA consistió en un estudio bibliográfico previo, para establecer criterios para validar y adaptar éstas al contexto español. Tras un análisis global observaron que la taxonomía NANDA en su conjunto presupone una determinada escala de valores ético-moral-religiosos. Sus principales reflexiones son las siguientes:

1. Algunas de las definiciones apuntadas en los documentos originales de la NANDA son sumamente imprecisas, su análisis revela la falta de algunos diagnósticos complementarios a los descritos y la presencia innecesaria de algunos otros. 2. En ocasiones, las etiquetas diagnósticas responden a causas que permiten la actuación de Enfermería en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, tales como médicos, psicólogos, fisioterapeutas y asistentes sociales. Un gran número de los factores etiológicos apuntados en los manuales diagnósticos consultados no permiten la actuación independiente de la enfermera, sino únicamente en un papel de

orígenes estaba compuesto por enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y Canadá, que representan a todas las áreas de la profesión. Más tarde se convertiría en lo que hoy es "NANDA Internacional".

2. *Las siglas NIC*, significan "Nursing Interventions Classification".²¹, traducido al castellano, Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE. El objetivo de este proyecto es diseñar una metodología para la estandarización de intervenciones y actividades mediante su protocolización, estableciendo indicadores de calidad encaminados a la evaluación y acreditación de unidades de enfermería que permitan el desarrollo de la profesión basado en la evidencia científica. Esta clasificación, abarca las intervenciones posibles realizadas por todos los profesionales de enfermería. El propósito de esta clasificación es la utilidad clínica, aunque algunas sean más generalistas que otras. Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica enfermera, ningún profesional puede esperar realizar todas las intervenciones recogidas en la NIC, algunas de las cuales requieren una formación especializada. Otras intervenciones describen medidas básicas de higiene y comodidad que en algunos casos las enfermeras pueden delegar en las auxiliares de enfermería o en los cuidadores familiares.

colaboración. 3. En el curso del análisis se observan etiquetas que describen estados difícilmente objetivables o no verificables. Se incluyen un gran número de diagnósticos sólo detectables por la subjetividad de la enfermera y no mediante procedimientos objetivos. 4. Observaron etiquetas imprecisas y amplias al definir el problema, de manera que es difícil la identificación del diagnóstico o la actuación sistemática. 5. Algunas de las traducciones en lengua española son incoherentes y de difícil comprensión. Se inicia una reformulación de las etiquetas diagnósticas, características definitorias y factores etiológicos, sugieren la eliminación de algunos diagnósticos y la incorporación de otros. Siguen el siguiente método filológico para elegir el vocablo más adecuado en las etiquetas diagnósticas: se basan en los estudios semánticos desarrollados en el "Diccionario ideológico de la lengua española" (Casares, 1959); realizan el estudio de significado y sinónimos, hasta definir el término de uso más común en el ámbito sanitario; por último. La taxonomía NANDA, actualmente es la usada en España.

²¹ La NIC forma parte del Iowa Interventions Project, el grupo de investigadores de la Universidad de Iowa publicó la primera versión en 1992. Actualmente existe ya traducida al castellano la versión 2005. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC, se desarrolló para lograr los siguientes objetivos: 1. Normaliza la nomenclatura enfermera y define la base de los conocimientos sobre los cuidados. 2. Desarrollar sistemas de información enfermeros para la investigación sobre el impacto de los cuidados en el sistema de prestación de cuidados. 3. Educar en la toma de decisiones y facilita la elección correcta de una intervención enfermera. 4. Permite examinar los costes y eficacia de los cuidados. 5. Distribuir los recursos de cuidados. 6 - Comunicar los cuidados a quienes no son profesionales de Enfermería y al público. 7- Relacionar los conocimientos de enfermería y ayudar a los educadores. Incluye intervenciones de la esfera fisiológica (control del equilibrio ácido-base, aspiración de vías aéreas, cuidados de las úlceras por presión), y la psicosocial (disminución de la ansiedad, información sensorial preparatoria, asistencia de mantenimiento en casa).

En la actualidad hay clasificadas 433 intervenciones. El Consejo General de Enfermería, emprendió la traducción al castellano de la "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (NIC) en el año 1999. El Consejo General de Enfermería utilizará esta publicación como documento de trabajo básico para el proyecto de "Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería, NIPE, que se desarrollará en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. La organización de la NIC, es una taxonomía de tres niveles. En el nivel 1, el más abstracto, se encuentran seis dominios, numerados del 1 al 6. El nivel 2 incluye la división en clases de cada dominio, se le asignan letras del alfabeto. El nivel 3 incluye intervenciones concretas, tienen un código único de cuatro dígitos, algunas de las intervenciones de este nivel pueden clasificarse en más de una clase del nivel dos. La taxonomía es neutral desde el punto de la Teoría Enfermera: las intervenciones pueden ser utilizadas con cualquier teoría de cuidados y en cualquiera de los diversos sistemas de administración de cuidados sanitarios. Las intervenciones, también pueden relacionarse con las distintas clasificaciones de diagnóstico. Existe una relación entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC. Para cada diagnóstico se recomiendan una serie de intervenciones, y entre estas se priorizan tres. Las recomendaciones se hacen a partir del trabajo de grupos de expertos

Una intervención de enfermería se define como *"cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente."* (McCloskey y Bulechek, 2000), las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

Las Intervenciones de Enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de la Enfermería, por médicos y por otros proveedores de cuidados.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las Intervenciones de Enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería directas. Una Intervención de Enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La Intervención de Enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales; tanto las acciones de contacto físico como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

3. *Las siglas NOC*, vienen de "Nursing Outcomes Classification", la traducción de la sigla NOC, es CRE "Clasificación de los Resultados de Enfermería". Los criterios de resultado NOC se definen como *"el estado del cliente después de una intervención de enfermería."* Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados que se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones de clientes. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: salud funcional, salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

A pesar de los aparentes avances en su área de conocimientos, las enfermeras no dedican tiempo a investigar sobre la validación de estas herramientas y su adaptación y aplicación a su ámbito o contexto de trabajo. Aquí cabría preguntarse si esto es debido a problemas estructurales y organizativos de la organización, de formación de los propios enfermeros, o porque estas herramientas tratan de medir y controlar

aspectos de los cuidados que son muy subjetivos y variables, ya que se trata de modificar respuestas humanas ante la enfermedad, la hospitalización, etc., que se manifiestan en forma de conductas que, en la mayoría de las ocasiones, van acompañadas de una carga cultural difícil de medir desde las posiciones positivistas y biologicistas, que impregna todos los ámbitos de la atención sanitaria.

La estandarización de los planes de cuidados y el uso sistemático de las herramientas taxonómicas, a mi juicio, corre el riesgo de despersonalizar los cuidados enfermeros y confinar la valoración personalizada del paciente, que es precisamente una de las lagunas de la atención sanitaria que desde hace tiempo propicia el modelo médico hegemónico, al concentrarse tanto y fraccionar la visión del paciente en pequeños y superespecializados campos.

2.3. La cultura organizacional

Schein argumentó que el concepto de cultura es un instrumento imprescindible del liderazgo para entender la organización y para poder hacerla eficaz de cara a la consecución de sus metas, y en su Proyecto para el estudio de la cultura organizacional trata de: *“Mostrar cómo la cultura, en tanto que instrumento conceptual, puede aclarar el comportamiento psicológico individual, es decir, lo que ocurre en los grupos pequeños y en las comunidades geográficas o laborales, cómo funcionan las grandes empresas y cómo los problemas de sociedades y multinacionales consiguen ser mejor entendidos a través de una visión, primordialmente cultural (Schein 1988: 22).*

Para abordar el concepto de Cultura Organizacional, es importante aclarar el concepto de organización del que partimos, y también el de cultura.

A lo largo de su historia, los hombres y mujeres han aspirado a transformar el mundo en que viven, luchando, dominando y culturizando el medio externo, lo cual les ha permitido sobrevivir, y satisfacer sus necesidades de subsistencia. Pero es difícil conseguir esto de forma individual, por lo que ha necesitado organizarse con otros individuos para alcanzar sus objetivos de supervivencia y existencia (Uriz, 1994: 11). Podemos decir, que el hombre vive de forma organizada, socialmente, en el marco de una cultura a través de la cual comparte significados sobre el mundo que le rodea y sobre sí mismo, lo que le permite alcanzar objetivos comunes. Estos objetivos los alcanza a través de las organizaciones, las cuales necesitaran de una cultura interna que las vertebre, una identidad que las diferencie, y también la cohesión interna y energía necesarias para alcanzar sus metas, de hecho el termino organización, proviene del vocablo griego "organon", y etimológicamente significa instrumento, herramienta.

Para su mejor comprensión, analizaremos por separado el concepto de organización y el de cultura, aunque en la realidad son inseparables, ya que no hay organización sin cultura, ni cultura sin organización por lo que será también preciso revisar el concepto de "cultura organizacional" para poder comprenderla desde la visión de esta tesis.

2.3.1. Definición de organización.

Es difícil encontrar una definición universal y unificada. Sin embargo todos hemos pasado o estamos inmersos dentro de alguna organización. En palabras de Schein *"Resulta imposible para la mayoría de los habitantes de los países civilizados, el vivir o sobrevivir al margen de las organizaciones. Estas constituyen un fenómeno universal que acompaña al hombre desde que nace en una maternidad hasta que lo entierra una funeraria, pasando por la familia, la escuela, las administraciones de justicia, de salud, etc."* (Shein 1982, Cfr Uritz, 1994: 11).

A lo largo del siglo XX las principales construcciones del concepto de organización han girado alrededor de agrupaciones como la empresa, en cuanto a organización del trabajo y la producción. En la segunda mitad del siglo XX se ha hecho hincapié en la diferente perspectiva de estudio que comporta el análisis de una organización, distinguiendo entre organizaciones cerradas (secta, cuartel convento, etc.) y abiertas (escuela, empresa, hospital, etc.).

Podríamos tomar como definición formal de organización actual, la propuesta por Aguirre, considerándola como un conjunto de elementos que constituyen *"una interacción grupal, coordinada por una jerarquía vertical en la que se construye un orden racional de tareas, que de hecho supone una división de trabajo, de cara a una consecución de objetivos"* (Aguirre, 2004: 21). No obstante cabe decir, que no siempre, ni en todas las organizaciones, estos elementos han estado, ni están, igualmente definidos ni quedan suficientemente visibles, como es el caso de las organizaciones sanitarias que más adelante analizaremos.

2.3.1.1 Las primeras visiones de la organización

Según Quijano (2000: 194-195), en los orígenes de la teoría de las organizaciones se distinguen tres grandes aportaciones: por una parte, la realizada por ingenieros y psicólogos que describen una organización científica del trabajo, representada por Taylor (1911), con su obra, *Principios de administración científica*, en la cual este enfoca el estudio de la organización de abajo hacia arriba, desde los talleres a la dirección; y por otra parte la de administrativos y directores de empresa o teóricos de la organización formal representada por Fayol (1916) en *Administración Industrial y General*, la representa de arriba hacia abajo, concibiendo la organización como

descendiente desde la alta dirección. Y por último, la de los sociólogos o teóricos de la estructura y la burocracia entre los que destaca Weber (1922) en *Economía y Sociedad*. Este aspira a un modelo integrado de organización, desde la racionalidad de la burocracia. (Cfr. Aguirre, 2004).

A estos se sumó la visión de H. Ford, que lleva a la práctica el trabajo de producción en cadena, y posteriormente Morgan, unifica las tres visiones, y define la organización y sus componentes como una máquina.

Para los tres primeros, considerados como los clásicos de la organización, esta, es un sistema racional cerrado y planificable, con un funcionamiento lo más parecido a la máquina, a través del cual se ha de lograr el máximo aprovechamiento de materias primas, productividad y rentabilidad, lo que denominan *eficiencia* obrera. Se hace énfasis en el control racional impuesto verticalmente.

-F.W. Taylor (1911), aporta el concepto de la organización científica del trabajo, partiendo de que en las organizaciones hay dos tipos de personas: los que dirigen y piensan, personas inteligentes, dotadas de iniciativa y con capacidad para mandar y tomar decisiones, con una perspectiva global con visión ingenieril de la producción, y por otro lado los obreros que son los que trabajan como una máquina y que están formados por grandes masas de trabajadores de baja cualificación, cuya tarea es aprender un trabajo rutinario, estandarizado y repetitivo. Estos trabajadores eran inmigrantes del campo hacia las ciudades.

Taylor partía de la premisa de que los obreros tenían una naturaleza holgazana y oportunista, y su mayor preocupación reside en el diseño de la ejecución de las tareas, puesto que la tarea que mejor sabe hacer el obrero es la repetitiva, la estandarizada, la más parecida a la máquina, por lo que propone la selección de los trabajadores de cara a las tareas.

El Taylorismo ha sido una de las ideologías básicas del capitalismo que enfatiza el racionalismo en la productividad, para éste, el trabajo no es más que un medio mecánico de producción. La visión maquinista de Taylor, ha sido la ideología más criticada por los movimientos sociales reivindicativos de los derechos de los trabajadores.

- Fayol (1916), describe la organización formal, estableciendo catorce principios que han de regir la organización jerárquicamente, de arriba abajo con una estructura organizativa piramidal, que coordina desde la cúspide todo el cuerpo organizativo, a través de niveles con un grado de autoridad descendente. Esta posición escalonada

implica que todos tienen por encima alguien superior que piensa y decide mejor por ellos. Esta graduación descendente construye una jerarquía de autoridad que subordina cada escalafón al inmediatamente superior, la llamada escala de mandos. De esta forma, existe una máxima autoridad que coordina toda la organización y los mandos inferiores van transmitiendo las órdenes a sus respectivos niveles o departamentos inferiores. Fayol propone una estructura organizacional muy formalizada y rígida, de forma que la división del trabajo depende del nivel que ocupa cada individuo en la escala, y nadie cuestiona la autoridad única y jerárquica.

Los principios que rigen la autoridad organizativa son: una escala de mandos, que propicia la asimetría en cascada, una unidad de mando o autoridad única, un principio de excepción en el que los mandos inferiores sólo deciden actividades rutinarias, y una esfera de control, ya que cada grupo es controlado por un jefe inmediato que informa al superior. Estos principios contribuyen a una estructura muy formalizada, vertebrada por una autoridad fuerte y única.

Fayol y otros como Gulick, Urwick y Money (Cfr. Aguirre, 2004: 74), insisten en la verticalidad formal, aunque aportan un mayor interés por la departamentalización administrativa, la coordinación y la especialización. No hay más individuo que el jefe único, lo demás es estructura formal vertical. La organización formal ignora, asimismo, toda influencia del entorno exterior, económico, social, cultural o tecnológico.

Igual que el Taylorismo esta concepción de la organización sufrió grandes críticas sindicales, sobre todo desde el socialismo marxista incipiente en la época.

-M. Weber (1921), aporta una visión racional a la organización a través del modelo burocrático, basado en el ejercicio racional de poder, a través de la sumisión del personal a un conjunto de reglas y leyes por las que se rigen, más que por voluntad individual del jefe. Para Weber:

“la fuente principal de administración burocrática reside en el papel del conocimiento técnico [...] La administración burocrática significa, fundamentalmente, el ejercicio del control en base al conocimiento. Éste es el rasgo que la hace estrictamente racional [...]. La burocracia es superior en cuanto a conocimiento, incluyendo tanto el conocimiento técnico como el conocimiento del hecho concreto” (Weber 1921, Cfr. Aguirre, 2004: 72)

Weber conservó por un lado el sistema jerárquico escalar de Fayol, y por otro, la selección de los individuos de Taylor, que se realizan según las necesidades del sistema. En la organización burocrática de Weber, el sistema es una maquinaria

perfecta, donde la eficacia es fruto de la precisión, la continuidad, la rapidez, la rigurosa subordinación, etc.

Para entender las ideas de Weber sobre la burocracia hay que partir de su teoría del poder, es decir, de la legitimación de imponer sobre los subordinados unas reglas. Esta legitimación puede ser triple: carismática, desde el carisma personal del líder tradicional, desde el poder heredado y legal, desde la elección y el reconocimiento. La burocracia, está basada en la estructura de la organización, la del mando y la de las relaciones interpersonales, que estarán legitimadas por reglamentos y legislación. La estructura de la organización burocrática, es racional, puesto que es un sistema basado en reglas abstractas que exigen el ejercicio impersonal de la autoridad. El funcionamiento de la organización requiere jerarquía, donde la autoridad se legitima por la capacidad de gobernar de acuerdo con las normas.

A diferencia de otros sistemas de organización, en el sistema burocrático, se presupone que en las relaciones existe una separación entre la vida profesional, y la vida privada. A los miembros de la burocracia se les considera buenos si desarrollan las actividades encomendadas, siguiendo las normas y leyes establecidas.

La organización burocrática, según Weber, es precisa, estructurada, impersonal, continua, independiente. Otro aspecto a considerar es que esta organización actúa en función y para sus propios intereses, sin presiones externas, sino que partiendo de un estado de "estabilidad y seguridad", se entrega a la lógica del sistema. Se trata de un servicio organizacional en el que unos pocos resuelven los problemas de muchos. Sin embargo estas organizaciones no han estado exentas de críticas.

A este tipo de organizaciones, pertenecen las organizaciones sanitarias públicas del Sistema de Salud Español y Andaluz, o al menos las reconocemos en muchos de sus rasgos, ya que se muestran como organizaciones con poca capacidad de adaptación al cambio, con escasa flexibilidad en la resolución de los conflictos, con escasa o nula creatividad, con tendencia al enquistamiento social y a la pobreza de su concepción del liderazgo. Se trata de un modelo nada flexible que crea, además, desmotivación, anquilosamiento, rutina, falta de participación, y que, como veremos a lo largo de esta tesis, dificulta el desarrollo individual y colectivo de sus trabajadores. En este escenario conviven profesionales con un alto nivel de conocimiento técnico, protegidos por una rígida legislación laboral, con un orden jerárquico desdibujado, en la práctica, y en ocasiones ambiguo.

Pero en ellas también prevalecen, en parte las estructuras jerárquicas de Taylor, donde hay una máxima autoridad (gerente) y una departamentalidad especializada subordinada a ésta, y en la que el entorno exterior no ofrece amenazas competitivas o pérdida de clientes, por lo que tradicionalmente no se les ha prestado una excesiva atención. En la actualidad, de forma incipiente, las políticas sanitarias están poniendo más acento en satisfacer las necesidades y/o demandas de los ciudadanos, centrando los objetivos de la organización en el paciente, a la vez que descentralizan la gestión de recursos a través de las “Unidades de gestión” de las que se ha hablado en el estado de la cuestión.

Hasta aquí podríamos resumir que la concepción de las organizaciones, en los principios del siglo XX, fracasa por su inclinación a la explotación y sumisión de los trabajadores. Taylor (1911) reconoce al trabajador capacidad “racional” de repetición, su error fue separar el pensamiento de la acción, pocos piensan y muchos actúan, el concebir la acción como una continua repetición y no como una creatividad participativa, el eliminar la emotividad en aras de un racionalismo maquinista. El Taylorismo desconfía del hombre y confía en la máquina, contrapone el capital al trabajo. El concepto de especialización se reduce a una fisiología jerárquica del trabajo. La comunicación es una pura información de la decisión vertical. (Cfr. Aguirre: 2004: 69)

Fayol (1916), admite que el trabajador puede integrarse en una estructura racional; Weber reconoce en el trabajador racionalidad estructural. En los tres está presente, de algún modo, la “cadena de producción” de la “racionalidad maquinista”.(Cfr. Aguirre: 2004: 70).

A los tres se les acusó de departamentalización interna excesiva y de concebir la organización como un sistema cerrado al margen de la influencia exterior. Fueron los movimientos sindicales los que precipitaron la condena del taylorismo como reducción del trabajador al maquinismo. Por otra parte, el burocratismo confunde los medios (reglas burocráticas) con los fines (pues el sistema se transforma en un fin en sí mismo).

Los movimientos sindicales lucharon contra el concepto maquinista de Tylor y propiciaron cambios que se tradujeron en mejoras legislativas para los trabajadores. Por otra parte, los conocimientos sobre las relaciones humanas aportaron la idea de

que un tratamiento más humano de las relaciones laborales mejoraría la productividad.

Hemos creído conveniente repasar en primer lugar las distintas formas de concebir las primeras organizaciones, dado que las organizaciones sanitarias actuales tienen un poco de cada una de ellas, moldeadas por su propia evolución histórica, la del conocimiento de sus miembros y las necesidades de sus pacientes/usuarios.²²

2.3.1.2. Visión neoclásica de la organización

Se caracteriza por el surgimiento de nuevos modelos que abandonan la tesis mecanicista, propiciando una mayor atención a las personas trabajadoras, pero sin abandonar la posición cerrada que daba la espalda al cambio adaptativo al entorno. Este periodo entre 1925 y 1975 fue llamado el periodo neoclásico que dio tres enfoques diferentes en el diseño de las organizaciones:

- La escuela de las relaciones humanas y las teorías del grupo, que aporta a través de trabajos clínicos y antropológicos los conceptos de fatiga física y psíquica y también aporta estudios sobre la influencia de los factores externos a la organización sobre el comportamiento individual y colectivo del trabajador. Destacan las aportaciones de W.L. Warner (1947) con su trabajo *“Los sistemas sociales de la factoría moderna”*, considerándose éste como la base de lo que hoy llamamos Cultura Organizacional.
- Escuela de los modelos humanistas y económicos, centran sus análisis sobre la organización, situando al individuo en el centro como alguien que piensa, siente, que decide y se compromete.

Inspirados en el humanismo de Rogers y Maslow, algunos teóricos del individuo en la organización como (McGregor, Argyris, Bennis y otros (Cfr. Aguirre, 2004: 77), parten de que el individuo es capaz de autoafirmarse creativamente, desarrollando sus potencialidades internas. Esa potencialidad puede ser desarrollada mediante la motivación, la educación, la cultura, etc. Según estas teorías, en todo individuo existe un impulso básico hacia el desarrollo y el crecimiento humano.²³ En general parten de

²² Nos referimos al **paciente** como el enfermo o cliente (aunque tengan diferentes connotaciones) que recibe directamente los servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados. Nos referimos al usuario como cualquier persona o contribuyente potencialmente cliente o familiar del mismo.

²³ McGregor y otros psicólogos organizacionales (Argyris, Bennis, etc.) aplican las teorías humanistas al conocimiento de la dinámica organizacional. Así, McGregor, siguiendo a Maslow, enuncia sus “teorías X e Y”, afirmando que la organización falla *“porque la dirección y el control son métodos inútiles para motivar a la gente, cuyas necesidades fisiológicas y de seguridad están razonablemente satisfechas, y cuyas necesidades del ego y de la autorrealización son predominantes”*. Según la “teoría X”, de dirección autoritaria, abusa de la mano firme y el control, no motivando ni suscitando interés; por el contrario, la “teoría Y” afirma que el liderazgo debe promover la

que una organización será tanto más eficaz en la medida que conjunte las necesidades del individuo y de la organización. Destacaremos:

- Escuela de los modelos sociotécnicos, que enfoca la organización como un sistema dual, compuesto por un subsistema tecnológico y un subsistema social. En este caso, la eficacia tecnológica depende de la eficacia social, pero a su vez los avances tecnológicos influyen positiva o negativamente sobre los trabajadores y esta satisfacción/insatisfacción laboral potenciaría la productividad tecnológica. De este enfoque es muy representativo el trabajo de Walter y Guest, "*The Man on the Assembly Line*" (1952), sobre cadenas de montaje, que demostró que el trabajo simple, repetitivo, monótono y fraccionado puede crear una gran fatiga psíquica, aunque no suponga fatiga física.

A pesar de que los enfoques neoclásicos han recibido sus críticas, por poner demasiado énfasis en el individuo frente a la organización, no cabe duda que supusieron un avance en la consideración y ennoblecimiento de los trabajadores, en el marco de la empresa, siendo las empresas públicas las primeras en reconocer los derechos de los trabajadores que han derivado de estos avances en la concepción de las organizaciones actuales.

Hemos creído importante mostrar cómo se ha ido conformando la visión de las organizaciones, desde la mirada más clásica hasta hoy para comprender mejor, más adelante, cómo han evolucionando los escenarios en los que se ha ido conformando lo que llamamos Cultura Organizacional que, como en el resto de las organizaciones, en la sanitaria cobra una gran importancia, y sin embargo no se ha prestado demasiada atención a su estudio.

motivación, el autodesarrollo, la responsabilidad, el compromiso, es decir, identificar al trabajador con el liderazgo. Las personas no son pasivas como las máquinas, sino que aprenden y se adaptan a través de la motivación. Las técnicas directivas han de basarse más en la "dirección por objetivos" que en la "dirección por control". (Cfr. Aguirre, 2004: 77)

El liderazgo tradicional concibe al trabajador como pasivo y subordinado, sujeto en exceso a la planificación, y como una persona a la que se "compra" un tiempo limitado de su vida. Por eso aboga por integrar las "necesidades" psicológicas del individuo con las necesidades de la organización, reduciendo niveles de opresión jerárquica, disminuyendo la subordinación y aumentando la participación en la toma de decisiones. De esta manera se evitará el absentismo físico y psicológico, se estimulará la productividad y los trabajadores se identificarán con los objetivos de la empresa, integrando de esta forma los objetivos del individuo y los de la organización. (Ibid. 2004:77)

Para Aguirre, los modelos de March, Simon, Barnard y otros, entienden al individuo como un elemento de la organización que procesa información y que toma decisiones y se implica. March y Simon ("teoría de la firma") entienden la organización como un conjunto de individuos que toman decisiones desde una cantidad limitada de información (sólo pueden captar un reducido campo de percepción e información), por lo que sus decisiones serán, más que "óptimas", como mucho "satisfactorias". Las principales decisiones son la de colaborar o no con la organización, la de producir o no según las expectativas que sobre los individuos tiene la organización. (Ibid. 2004:77)

Por su parte, Ch. Barnard (en su "teoría del equilibrio") plantea el hecho de que los individuos permanecen y colaboran en la organización si las satisfacciones que obtienen les compensan (equilibrio interno); esta compensación debe ser recíproca a la satisfacción que la organización obtiene de él (equilibrio externo). Si no hay equilibrio externo, la organización desaparecerá; si no hay equilibrio interno, los individuos abandonarán. (Ibid. 2004:78)

2.3.1.3. Las organizaciones actuales

Actualmente existe una gran cantidad de teorías sobre las organizaciones, lo cual dificulta su análisis. Estas teorías han aportado nuevas ideas o formas de ver, que han contribuido en las últimas décadas al conocimiento de las organizaciones. Siguiendo la propuesta de Aguirre (2004: 79) destacamos cuatro distintas concepciones de la organización:

- Como un organismo o sistema abierto que interactúa con su entorno.
- Como lugar de creación del liderazgo.
- Como un espacio de construcción de poder.
- Como una cultura.

Estas cuatro ideas o concepciones actuales de la organización son las que nos van a servir de partida para el conocimiento de la organización sanitaria ya que las consideramos primordiales para entender estas organizaciones como un microcosmos cultural que interactúa con el macrocosmo social en el que están insertas.

Dedicaremos un comentario a estas cuatro ideas fundamentales, que constituyen un cambio radical a la hora de analizar la organización sanitaria, para luego hacer más énfasis en las dos que hemos nombrado en último lugar; la organización como una construcción de poder y la organización como una cultura.

2.3.1.3.1. La organización, sistema abierto que interactúa con su entorno.

En las organizaciones abiertas se produce un ciclo vital en el que se procesan productos o información que le llegan del exterior importándole energía (inputs) que al procesarse se convierte en productos (outputs), que a su vez son devueltos al exterior y provocan otros nuevos. El sistema abierto (input-transformación-output), tiene un alto grado de complejidad, tanto interna (subsistemas, servicios unidades, áreas de conocimientos) como externa (interacción con otras organizaciones, compras, ventas, acuerdos, intercambios etc.).

Podemos decir, pues, que desde la perspectiva de sistema abierto, una organización es un conjunto de elementos en interacción interna y externa. Internamente, la organización es jerárquica en el sentido de que cada sistema es un suprasistema de otros subsistemas; por otro lado, la organización de cara al exterior es un sistema abierto, cuya membrana es permeable y permite el intercambio dentro/fuera, y

viceversa. El sistema es homeostático, en permanente equilibrio, tanto externo como interno.

La concepción de la organización como sistema abierto al entorno, se produce a partir de la Segunda Guerra Mundial, debido a que la información abre a las empresas a un mundo exterior más amplio y global. Se produce una globalización debido a la apertura e intercambio sin límite de fronteras geopolíticas. A partir de aquí, poco a poco, las organizaciones son pensadas como sistemas abiertos, donde es de vital importancia la comunicación interna y externa. Se producen cambios fundamentales: la permanente interacción con el entorno y la capacidad de aprender del exterior y absorber la energía que le llega, esto lleva a considerar al cliente como si fuera co-líder de la organización. Todo esto viene fundamentado por *“teoría general de sistemas”* que surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy (1950 y 1968) (Cfr Aguirre, 2004: 82), que posteriormente fueron aplicados a las organizaciones, analizándolas como un sistema abierto al entorno, a la vez que la fragmenta en subsistemas interrelacionados entre sí. Según estas teorías, la modificación de un sistema afecta a los demás y al sistema en general. (Amín, 2000; Dehesa de la G, 2000)

En las organizaciones sanitarias la definición del ciclo input-transformación-output es difícil de definir ya que el producto resultante es la satisfacción, la salud, etc., y esto al no ser productos tangibles son más difíciles de medir. Por otra parte son numerosos los economistas que han descrito el mercado de la sanidad como un mercado imperfecto debido a lo que se ha descrito como relaciones de agencia.

Las relaciones de agencia fueron descritas por Thomson (1988); éste destaca que el principal (paciente) delega en el agente (enfermero o médico) su responsabilidad, estas relaciones marcan y dirigen la mayoría de las interrelaciones profesionales entre gestores y sanitarios, tanto médicos como enfermeras.

Kennet Arrow (1963) hablaba de las particularidades estructurales del sector sanitario, señalando que éstas se podrían explicar por las adaptaciones de las mismas a la incertidumbre en la incidencia de la enfermedad y la efectividad del tratamiento, y esto lo decía para justificar la imperfección del sistema sanitario como empresa de mercado. Esto es debido a que el paciente/cliente no puede evaluar la idoneidad de una intervención ya que carecer de suficiente información, y por lo tanto, no puede decidir en base a la calidad o pertinencia

de un tratamiento o unas pruebas que se le aplican para orientar, tratar o diagnosticar una enfermedad.

Esta asimetría de la información es la que establece las relaciones de agencia entre el paciente y el profesional, en las que el enfermero y el profesional, se convierten en “agentes”, y el paciente en “principal”. Esto marca, o define uno de los principios de la economía de la salud, y justifica las enormes dificultades que tienen los pacientes para poder elegir libremente, o para tomar decisiones sobre su enfermedad y tratamiento.

Las relaciones de agencia tienen lugar cuando una parte interesada (el gestor o el contratante), por ser profana en la materia, en un conocimiento, o por desconocer los recursos o bienes necesarios, para una determinada producción encarga o delega o contrata a otra persona (el agente) para que actúe en su nombre, ya que se supone posee un mayor nivel de conocimiento o información. Es posible que ésta particularidad de las empresas sanitarias sea responsable de muchos aspectos que a lo largo del tiempo, han fraguado algunos de los valores o presunciones básicas de la cultura organizacional (descritas por Schein en 1988, que más adelante revisaremos), que regulan las relaciones entre gestores/profesionales y profesionales/usuarios en el seno de las organizaciones sanitarias y que en esta tesis pretendemos explorar y analizar.

Otro aspecto importante de la interacción abierta es la forma en que se procesa la información. La organización abierta, trata de controlar la ambigüedad del entorno sobre el que actúa, e interpreta la información que le viene del exterior, para reducir su ambigüedad y poder gestionar la ansiedad que produce la incertidumbre. Galbraith, (1977) aborda el entorno organizacional en términos de “predictible” e “impredictible”. Sostiene que frente a un entorno cambiante e incierto, la organización reacciona con un esfuerzo para controlar la información y reducir la ambigüedad de la realidad exterior a la hora de controlar la impredecibilidad, en los procesos de “categorizar” la información exterior; pero frente a un entorno estable y objetivable (predictibilidad), la organización se hace más “formal” y positivista.

Sin embargo, las organizaciones sanitarias actuales, aunque se consideren abiertas, no han realizado hasta ahora grandes esfuerzos para adaptarse al entorno, ya que, aunque el entorno sea cambiante (nuevas enfermedades, envejecimiento de la población con unas características de dependencia y de discapacidad superiores, cambios propiciados por la inmigración, cambios en la estructura de las familias, aumento del poder adquisitivo, entre otros), no dispone de grandes competidores, ya

que pertenecen a un sistema público, universal e igualitario, en el que el flujo de clientes está asegurado.

Este es uno de los aspectos que podría explicar en parte, el rechazo a las innovaciones, la falta de motivación para adaptarse al entorno. A esto se suman las características del sistema de salud público, universal y gratuito, que confiere a los pacientes una actitud de “potencial de sobreutilización de una prestación”, concepto que Kenneth Arrow, (Premio Nobel de economía en 1973), definió en 1963 y que posteriormente otros economistas atribuyeron a las organizaciones, no reguladas por el mercado, entre las que se encuentran las organizaciones sanitarias del sistema público Español. En este sentido no parecen sentir la presión directa del entorno, aunque esta presión sí pueda venir de la mano de presiones políticas (Arrow, 1963).

Conviene recordar que las organizaciones sanitarias españolas, actuales (red del INSALUD primero, y luego traspaso a comunidades autónomas), surgen a partir de los hospitales la Seguridad Social fundados en 1947 por Girón de Velasco, en un contexto en el que no existía ningún tipo de derecho constitucional, sin ningún enfoque estratégico o competitivo, y careciendo de cualquier planteamiento relacionado con la economía productiva y con la responsabilidad social. (Ruiz, 1999: 252). Esta cultura heredada de la Seguridad Social, sigue estando presente hoy en los hospitales públicos, y aunque intangible, es la mayor resistencia a cualquier planteamiento estratégico orientado a modernizar la gestión.

2.3.1.3.2. La organización y la construcción de poder

El poder y el liderazgo son conceptos clave en la organización. Tradicionalmente, los fines de la organización han sido formulados o dirigidos a la consecución de objetivos y fines. Detrás de estos objetivos y fines está presente el poder. Por otra parte, organizar es ejercer el poder y tener la capacidad de, estructurar y de dominar el interior de la empresa y su entorno, por tanto no se puede conocer una organización si no es desde el análisis de cómo se organiza y ejerce este poder.

La organización marcha, guiada por conductas racionales de planificación, organización, dirección y control. Pero, junto a ellas, o incluso íntimamente relacionadas con ellas, existe un conjunto de conductas dirigidas a obtener, mantener y usar el poder. Las luchas, más o menos soterradas por el poder, la formación de alianzas, las maniobras estratégicas están tan implícitas en la vida organizativa como la dirección o el control, en la que influyen de forma constante. (Zalernick, 1970)

El poder ha sido definido por distintos autores, como, Foucault, Freire, Peiró, y otros, diferenciando el poder técnico del poder dominador:

- El poder, como técnica de control, permite la toma de decisiones, de cara a la consecución de objetivos, en entornos estables y seguros. El poder técnico es un medio para controlar el funcionamiento y la eficacia de la organización, como sucede en el caso de la burocracia, aquí prevalece la racionalidad del poder. (Peiró, 1990)

- En el poder como dominación, está más presente la prevalencia entre grupos antagónicos, con fines e intereses particulares propios, que provocan incluso acciones obstructivas entre sí. Cuando un grupo domina sobre otro, impone su poder o dominación, a veces democráticamente, mediante negociación de alternativas, como sucede por ejemplo en los partidos políticos, a veces imponiendo coercitivamente (Freire, 1987). No obstante, en la confrontación política democrática existen reglas para lograr un equilibrio negociado y aunar fuerzas para conseguir objetivos comunes.

La definición del poder de Foucault, creo que es aplicable a cómo se entrelazan y define las relaciones entre los miembros del equipo de profesionales sanitarios, según este autor, el poder es complejo e inestable, se genera en lo más intrincado y consustancial del intercambio humano, está omnipresente en la vida social y modula sus múltiples transacciones. Para él, el poder siempre está presente cómo un componente constante en los encuentros e intercambios sociales (Foucault, 1984, 1985).

En las organizaciones sanitarias actuales, coexisten los dos tipos de poder mencionados pero son más visibles los mecanismos de poder racional, burocrático y funcional, que intenta aunar sus fuerzas para la consecución de sus fines y objetivos, donde el poder es una mecánica, una técnica de decisión, basada en un entramado de leyes cuya rigidez dificulta el dinamismo, la creatividad, la innovación y la adaptación al entorno. Esto ha propiciado, en parte, el desarrollo de una cultura basada en el acomodo inmovilista, en la que están presentes aspectos culturales que se han ido conformando con el tiempo. En este escenario, no siempre es fácil apreciar el origen de los diversos intereses que, como en toda organización, están presentes y generan conflictos superables a través de la negociación y el juego de poder. Tanto el poder como dominación como el poder normativo, junto a la necesidad de adaptación al entorno, es un importante motor de la dinámica interna.

Para entender todos los aspectos del poder en las organizaciones, hay que conocer previamente cómo se organiza y distribuye y jerarquiza el poder entre los distintos miembros de la organización:

Para Uriz (1994:16), el individuo tiene conciencia de sí y tiende a diferenciarse de su entorno con el cual convive necesariamente, manteniendo por un lado, la conservación de su identidad vital, incorporando alimentos y defendiéndose de la agresión del medio, y, por otro, modificando el entorno, apropiándose y reconstruyéndolo a su imagen. Para lograr todo esto, necesita constituirse en sujeto de poder (egocentrismo), actuando sobre el medio, y colocando (lo otro, lo demás), fuera de él. El sujeto está siempre, pensando cómo actuar para lograr la dominación y modificación de su medio o entorno, que es su lugar de poder.

El sujeto no está completo si no complementa con el entorno, de ahí que el sujeto sea, fundamentalmente, deseo de poder, deseo de alcanzar la totalidad o el dominio del entorno. Por eso, el deseo de poder no se agota con las satisfacciones inmediatas, sino que se trasciende constantemente hacia una plenitud proyectada. Siguiendo la argumentación de Uriz, el sujeto, al ser poder, se transforma en *jerarquía* (posición vertical) respecto al entorno, sobre todo cuando éste entorno es considerado como un conjunto de personas (los *otros*). Pero el otro, que nunca es un mero objeto, puede ser sujeto recíproco de poder, haciendo de esta relación, dominación, conflicto o cooperación.

La relación de poder, entendida como interacción del líder con el grupo, genera cultura grupal. La subjetividad del poder construye el contexto cultural a través del cual se cohesionará, identificará y posicionará el grupo. A través de la cultura, el poder impone la dominación. *“En una primera aproximación cabe decir que la relación de dominación se produce cuando uno de los sujetos impone al otro su estructuración del entorno, sus objetivos y las acciones correspondientes a ellos, y el otro se ve constreñido a aceptarlos como prioritarios respecto a los suyos, exigiendo a cambio una compensación mayor o menor. Al primero de estos sujetos lo llamaremos dominador y al segundo dominado”* (Uriz, 1994: 67). La imposición de la dominación es un acto de agresión, física o simbólica, pues se supera la horizontalidad de la intersubjetividad.

La cooperación es una forma no agresiva de relación asimétrica o jerárquica con el poder. No es creíble una posición de igualdad, más bien, en cada momento de la cooperación, alguien ejerce un liderazgo aceptado. Esto siempre trae consecuencias, como relaciones asimétricas, violencia horizontal y otras descritas anteriormente,

donde hemos apuntado algunos de estos aspectos, como posibles causas que dificultan las relaciones interdisciplinarias entre médicos y enfermeras y que Paulo Freire describe en su obra la “Psicología del oprimido” como mecanismos de las relaciones de dominación-opresión.

La organización distribuye el espacio dominado en subespacios, donde cada miembro grupal puede ejercer su poder. Estos espacios orgánicos son interactivos, holísticos y sinérgicos. De ahí surge la división orgánica de tareas, consistente en que cada miembro domine su subentorno de cara a la consecución de los objetivos de la organización. La definición operativa del rol es un acto de poder, pero a su vez es una sumisión al poder del líder que impone y coordina las tareas.

En este punto cabría preguntarse quién es en las organizaciones sanitarias el líder responsable de imponer, distribuir y coordinar estas tareas, los gestores, los médicos o la sociedad; dicho de otra manera, ¿a quien legitima la sociedad para ejercer esta responsabilidad, a los gestores (políticos) o a los médicos?

2.3.1.4. La cultura es generada por la interacción del grupo.

Para Schein, las empresas son en sí mismas sistemas abiertos en constante interacción con sus distintos medios y para describir cómo se generan la esencia de la cultura (lo que él llama presunciones básicas compartidas), en la interacción de los miembros del grupo, dice:

“la cultura debería ser vista como una propiedad de una unidad social independiente y claramente definida. Esto es, si puede demostrarse que un grupo dado de personas ha compartido una cantidad significativa de experiencias importantes en el proceso de resolución de problemas externos e internos, puede asumirse que tales experiencias comunes, con el tiempo, han originado entre estas personas una visión compartida del mundo que las rodea y el lugar que ocupan en él y la visión compartida tiene que haber ejercido su influencia durante un tiempo suficiente para llegar a ser dada por supuesta y desgajada de la conciencia. La cultura, en tal sentido, es un producto aprendido de la experiencia grupal y, por consiguiente, algo localizable sólo allí donde exista un grupo definible y poseedor de una historia significativa” (Schein, 1988: 24).

La cultura no surge de un golpe, de un día para otro, sino que es el sedimento de esta experiencia de interacción organizacional interior y adaptación exterior de la

organización. Este cúmulo de experiencias sedimentadas son como “la naturaleza del grupo”, son consideradas como presunciones y creencias propias, porque ya han ejercido suficiente influencia en la organización, por lo que las consideramos como cultura organizacional.

El concepto de interacción grupal es fundamental para entender la cultura organizacional: los esquemas comunes de pensamiento, creencias, sentimientos y valores que resultan de las experiencias compartidas y el aprendizaje común, es lo que en última instancia denominamos cultura de ese grupo. Sin un grupo no puede existir cultura, y sin la existencia de un cierto grado de cultura, en realidad, todo lo que podemos es hablar de un agregado de personas y no de un grupo. De manera que en palabras de Schein, *“cabe considerar el crecimiento del grupo y la formación de la cultura como dos caras de la misma moneda”* (Schein, 1988: 65).

Guiddens (1981), señala que las estructuras no son algo externo a la acción, sino que sólo pueden reproducirse a través de actividades concretas de la vida diaria, y se las debe analizar cómo formaciones históricas, sujetas a modificaciones: *“cómo estructuras constituidas por la acción, al mismo tiempo que la acción se constituye estructuralmente”* (Guiddens, 1981: 164). Según el autor, los procesos de estructuración apuntan a los modos en que los agentes humanos, de forma consciente e intencionada, construyen cotidianamente las condiciones de los mundos en que habitan. Por ello su propuesta teórica se dirige a destacar la importancia del intercambio humano en la construcción de las estructuras sociales, las cuales sólo existen y pueden ser reconocidas en las prácticas y acciones cotidianas de los sujetos.

A modo de resumen podríamos decir que respecto a los estudios sobre las organizaciones abiertas, si bien hay una cierta unanimidad al referirse a su historia, en la primera mitad del siglo XX (clásicos y neoclásicos de la organización), a partir de los años sesenta, las numerosas teorías sobre la organización han contribuido a una gran confusión. Como más representativas, nos hemos referido a las que aluden a la organización, como un sistema intra y extra interactivo, como un sistema de poder, como una acción del liderazgo, y como un sistema cultural de significados compartidos.

En la actualidad, se asume que toda organización está fundamentada en una cultura que permea toda la actividad de la organización.

Creemos importante profundizar en este tema, por una parte para demostrar la importancia nuclear de la cultura en la organización, y por otra, porque no hemos encontrado trabajos que miren las organizaciones desde una visión antropológica, ya que la mayoría de ellos abordan el análisis de las organizaciones bajo el punto de vista empresarial y del rendimiento y la competitividad. Esto alcanza también a las organizaciones sanitarias, donde en los últimos años se pretende introducir formas de gestión que tienen su origen en la empresa privada, y que como ya se ha mencionado, enfatizan la productividad y los resultados económicos, imponiendo en numerosas ocasiones estrategias organizativas que con frecuencia fracasan, bien porque no se llevan a cabo tal y como inicialmente se habían concebido debido a su choque con la cultura organizacional, o por el alto coste en conflictos laborales, debido a que previamente no se ha estudiado esa cultura que permea toda la organización.

Una vez conocido lo que son las organizaciones y desde qué prismas se puede analizar la Cultura organizacional, es necesario aclarar el concepto de cultura, para más adelante profundizar en el marco teórico en que se desarrolla su concepto y los elementos que la constituyen, ya que este análisis es el que nos mostrará la importancia de las aportaciones de los distintos actores a la construcción de las estructuras culturales de las organizaciones sanitarias, las cuales, como dice Guiddens (1981), sólo existen y pueden ser reconocidas en las prácticas y acciones cotidianas de las personas.

2.3.2. La cultura

Existen muchas definiciones de cultura; definiciones históricas, descriptivas, normativas, psicológicas etc. y cada una de ellas enfatizan o dan relevancia a distintos aspectos a la hora de describirla.

Kroeber y Kluckhohn (1952) en un estudio histórico crítico sobre el concepto de cultura, *A Critical Review of concepts and Definitions*, analizan 164 definiciones de cultura. Desde la pionera definición de Tylor (1871), hasta 1903, no encuentran ninguna definición científica de cultura; entre 1903 y 1916 estudian 6 definiciones, entre 1920 y 1940 encuentran ya cuarenta y siete definiciones, en la década de los cuarenta

cuentan con unas cien definiciones; estos autores, acaban definiendo la cultura, en palabras de Aguirre de una forma bastante farragosa:

“La cultura consiste en patrones de comportamiento, explícitos e implícitos, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen los logros distintivos de los grupos humanos, incluyen su plasmación en utensilios. El núcleo esencial de la cultura se compone de ideas tradicionales (es decir históricamente obtenidas y seleccionadas) y, sobre todo de sus valores asociados; los sistemas culturales pueden, por un lado, ser considerados como productos de la actuación, y por otro lado, como elementos condicionantes de las actuaciones sucesivas” (Aguirre, 2004: 123).

No obstante, la definición más citada y que sigue vigente en la actualidad es la de Tylor (1871): *“Cultura es [...] la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre, en cuanto miembro de una sociedad”* (Tylor, 1871, Cfr. Aguirre, 2004: 125).

Paul Bohannan en 1992, desglosa los aspectos importantes de la cultura a partir de la definición de Tylor. De esta definición podemos destacar:

- La cultura es una totalidad infraccionable y compleja, inherente al ser humano que es quien la produce y la vive como miembro de una sociedad con quien la comparte.
- La cultura se transmite, es aprendida, no es heredada ni está en los genes.
- La cultura explica todo lo que es el hombre a través de sus productos o las manifestaciones de los mismos y está siempre referida a la colectividad social. Podríamos decir que en teoría no hay cultura individual, esta debe estar en la mente (lo que los antiguos científicos sociales franceses llamaban significados), y en el entorno. Para Bohannan, si algo no está en ambos lugares, mente y entorno, no puede ser considerado como cultura: *“Trasladar la cultura de la mente al mundo exterior, es comportamiento. Trasladar la cultura desde el mundo exterior a la mente es aprendizaje”* (Bohannan, 1996:14)
- La cultura es también un dispositivo para alcanzar una elección de modo que las experiencias de una persona puedan servir para las demás. Toda actividad humana está culturizada, el comportamiento lleva una sobrecarga cultural (comportamiento culturizado), ya que la cultura es un medio a través del cual se reproducen relaciones humanas o se filtran sus comportamientos y/o “reglas de juego”.

-Otra característica de la cultura es que puede ser considerada como portadora de una serie de símbolos, todas las emociones humanas implican símbolos de significado; un sonido, un acto o cualquier cosa a la que el grupo otorgue un significado.

-Una parte de nuestra cultura es inconsciente, un ejemplo de esto nos lo aporta Edgard T. Hall (1966) en sus trabajos sobre el cuerpo, en los que muestra cómo al colocarnos cuando nos relacionamos con los demás, de forma inconsciente, adoptamos la distancia "correcta"; cada grupo adopta una distancia diferente según le marca su cultura.

-Posteriormente, frente al evolucionismo de Tylor, que enfatiza la producción cultural del hombre, se han aceptado otras definiciones, como la de E. Sapir 1924, más cercana al romanticismo alemán de los seguidores de Franz Boas. A partir de Sapir y otros, surgirá una nueva línea definitoria sobre cuya base se asienta la Antropología Cultural Americana.

Desde el evolucionismo se habló de estudios anteriores de cultura, más primitivos. El estructuralismo asocia la diversidad cultural existente hoy en Europa a rasgos particulares, occidentales, de la civilización común. Sin embargo, hoy en día, desde el relativismo cultural se acepta el pluralismo cultural y se reconoce tanto en las culturas primitivas como en las actuales culturas urbanas. Hoy aceptamos que no existe una sola cultura universal, sino que cada comunidad u organización es una cultura diferenciada. Las culturas son consideradas como autónomas y singulares, diferenciales, porque cada una responde a su comunidad de una forma diferente a otras. Cada cultura se ha desarrollado en su nicho geográfico e histórico (particularismo), de una manera diferencial y autónoma.

Otro aspecto importante para el estudio de la cultura, es la identificación de sus elementos básicos. Tradicionalmente, tanto en el estudio de grupos primitivos como en el estudio de comunidades rurales, la etnografía ha utilizado como indicadores, fundamentalmente cinco: demografía homogénea, territorio, historia, religión y lengua.

Por otra parte, los psicólogos sociales que estudian los grupos culturales urbanos (organizaciones, instituciones), estudian cinco elementos fundamentales: etnohistoria, creencias, valores, lenguajes y productos.

Lo que en un principio fue una concepción de cultura centrada en desarrollo humano y nacida del estudio de asentamientos históricos-geográficos, ha sido sustituida por un concepto que surge de la realidad urbano-industrial. Este concepto sigue teniendo en

cuenta la vinculación de la cultura con el grupo, el pluralismo cultural consecuente de la pluralidad grupal, y la asimetría debida a la diversa intensidad con la que se potencia a los diversos grupos y a sus culturas correspondientes (Aguirre y Morales, 2000: 5). Aguirre propone como definición:

“sistema de conocimientos que nos proporciona un modelo de realidad a través del cual damos sentido a nuestro comportamiento. Este sistema está formado por un conjunto de elementos interactivos fundamentales, generados y compartidos por un grupo como eficaces para alcanzar sus objetivos, que cohesionan e identifican, por lo que deben ser transmitidos a los nuevos miembros” (Aguirre y Morales, 2000: 7).

2.3.2.1. Macroculturas, culturas y subculturas

E. Goffman, M Wolf y otros, comparten una perspectiva minimalista de la estructura social, llamada *“Microsociología o sociología de la vida cotidiana”* (Wolf, 1982; Goffman, 1987). En esta línea, P. Bourdieu atribuye a las prácticas sociales, tanto en el intercambio entre individuos, como en el de las relaciones entre grupos, un sentido estratégico. Aporta también su interesante noción del “habitus”, verdadero puente entre lo macrosocial (“lo macro” como las grandes estructuras objetivas de relaciones sociales) y lo microsociales (“lo micro” como las subjetividades individuales). Este, describe por un lado, las estructuras sociales externas como “campos” de posiciones sociales que se han construido en dinámicas históricas, como por ejemplo el sistema escolar, el campo económico, el campo político, etc. y por otro lado describe, las estructuras sociales interiorizadas, incorporadas al agente en forma de esquemas de percepción, pensamiento y acción a los que denomina como los “habitus”; descritos como principios de percepción, de recepción, de guía de las prácticas sociales que han resultado de la transmutación de las fuerzas de las posiciones objetivas, de la historia de las condiciones de clase, en esquemas mentales y usos del cuerpo adecuados a esas posiciones y a esas luchas, mediante las cuales las personas aprenden, dan significado y actúan en el mundo sin que necesariamente sean esquemas conscientes de acción sobre el mundo. (Bourdieu, 1999: 3)

Trasladando esto a las culturas organizacionales, podemos suponer, que estas están inmersas y contextualizadas en unos marcos culturales a los que podemos llamar macroculturas. A su vez, las culturas organizacionales contienen unas formas culturales no autónomas, muy activas dentro de la organización, a las que llamamos

subculturas o microculturas, (enfermeras, médicos, usuarios). También entre las enfermeras y demás profesionales se puede haber ido tejiendo, a lo largo del tiempo, este sistema de percepción, pensamiento y acción que Bourdieu denomina “habitus”, creados como un concepto que a base de repetición logra la interiorización de las distintas formas de jerarquía y otras asunciones, sobre diferencias de clase social, poder y roles sociales, que históricamente han marcado la práctica enfermera y la han mostrado así a la sociedad, a los demás actores del sistema sanitario y a las mismas enfermeras.

Una vez sentadas estas premisas sobre el concepto de cultura, se podrá entender mejor el concepto de cultura organizacional.

2.3.3 Concepto de cultura organizacional

Para conocer en profundidad las organizaciones, es importante el estudio de su “Cultura Organizacional” (CO). El concepto de CO, es reciente, ya que nace a finales de los setenta. A partir de los años ochenta, los estudios sobre la cultura de la empresa se han afianzado, alcanzando madurez, en 1985, con la obra de E. H. Schein “*La cultura organizacional y el liderazgo*”. Hoy, después de veinte años de aquellas obras pioneras, el tema de la cultura organizacional ha sido fundamental para en el análisis de las organizaciones. A través de estos estudios y otros posteriores, se ha podido comprender, según palabras de Schein (1988: 22):

“[...] que la cultura es un fenómeno profundo, de que la cultura es compleja y de difícil comprensión, pero que vale la pena esforzarse por entenderla, dado que mucho de lo que hay de misterioso e irracional en las empresas se esclarece una vez que alcanzamos este objetivo”.

Sin embargo, los conceptos de *cultura* y de *cultura organizacional* no han sido definidos y utilizados con precisión por los teóricos de la organización, por lo que se impone una revisión conceptual sobre este tema. Para tratar, de conceptualizar la *cultura organizacional*, existen diferentes visiones para su análisis de las cuales destacaremos:

- Los estudios sobre la cultura organizacional.
- La demarcación conceptual de cultura organizacional.
- Los elementos básicos de la cultura organizacional.

2.3.3.1. Los estudios sobre la cultura organizacional

Los estudios de los últimos años sobre la cultura organizacional ponen de manifiesto la relevancia y la eficacia de la cultura en la gestión del liderazgo. Sin embargo, aunque todos dan relevancia a la cultura en la organización, utilizan conceptos vagos e indefinidos de cultura, la confunden con ideología, etc., y dan la impresión de no haberla asimilado conceptualmente, sin pensar la cultura organizacional desde dentro. Según Aguirre (2004: 155) durante los años sesenta era habitual en muchos autores confundir *cultura* con “clima”, “valores”, etc. Al utilizarse indistintamente estos términos para expresar la misma realidad se estaba contribuyendo a crear una enorme confusión conceptual. En numerosos trabajos aparecen expresiones poco apropiadas como “cultura industrial”, “cultura de valores”, “filosofía de la empresa”, “ideología de la empresa”, “imagen de la empresa”, etc. Por otro lado considera que estos trabajos no explican ni la esencia, ni la totalidad de la CO.

Tampoco podríamos decir que los estudios de la cultura organizacional hayan tenido un enfoque o visión antropológica.²⁴

Hemos creído, que para el tema de esta tesis, la denominación más correcta es la expresión *cultura organizacional* al ser más esclarecedora y abarcadora del tema que nos ocupa.

²⁴ Trice y Beyer (1993), Mohan (1994) y otros han revisado los estudios de estos últimos veinticinco años sobre “cultura organizacional”, de los cuales podemos destacar dos etapas: los realizados desde finales de los setenta hasta 1985, que culmina con la obra de Schein y desde esta fecha hasta nuestros días y que describiremos brevemente a partir de la revisión de Aguirre, 2004:

De la primera etapa, el autor destaca los de E. Mayo sobre la Western Electric (1931-1932), este fue asesorado por el antropólogo L.I. Warner. Más tarde, el propio Warner, perteneciente a la Escuela de Chicago, completa estos estudios realizados dentro de la fábrica, con la perspectiva de la comunidad exterior (1947), este trabajo es completado por Gardner y Whyte. También existen elementos de cultura organizacional en los estudios del Tavistock Institute londinense (Jacques, 1951).

Trice, Alutto (1969) realizan estudios antropológicos sobre los rituales en la empresa, y Hugonier (1982), Handy (1985) y MacCoy (1985) sobre los valores. Destaca la temprana obra de Esteva (1973) sobre antropología industrial, que recoge algunas cuestiones de la Escuela de Chicago y de autores organizacionales posteriores. Los más significativos de estas dos primeras décadas son: Pettigrew (1979), *On Studying Organizational Cultures*, Pascale y Athos (1981), *The Art of Japanese Management*; de Deal y Kennedy (1982), *Corporate Cultures*, y la más conocida de Peters y Waterman (1982), *In Search of Excellence*. Pascale y Athos analizan favorablemente la gestión (sintoísta-capitalista) japonesa, Ouchi contrapone el modelo A burocrático (norteamericano) al modelo Z adaptativo (japonés), y Peters y Waterman definen la “empresa excelente” que trabaja en “calidad total” orientada hacia el cliente. Son también representativas de la década de los 80 las de Deal y Kennedy (1982), *Corporate Cultures. The rites and the rituals of corporate life*, por su aporte a la comunicación ritual, que más tarde retomarán Harrison, Trice y Beyer, en 1984, 1985 y 1987, pero, sobre todo, la obra de Schein (1985), *Organizational Culture and Leadership*, verdadera obra clásica de punto de partida para los estudios sobre la cultura de la empresa.

La segunda etapa de los estudios de “cultura organizacional”, tiene como punto de partida la aludida obra de Schein (1985), es más reflexiva y se dedica con más moderación y profesionalidad a evaluar los resultados del liderazgo cultural en la empresa. En la década de los noventa, diversos autores, como Sacman (1991), Bertrand (1991), Alveson y Berg (1992), Le Mouél (1992), entre otros, señalan la influencia de las diversas escuelas antropológicas en la definición de “cultura organizacional”, mientras que otros, como Schein (1985), Thevenet (1986), Pümpin y Echevarría (1988), Turner (1990), Schulz (1991), Gabriel (1991) y Aguirre (1994, 1999 y 2000), entre otros, configuran los elementos constitutivos de esa “cultura organizacional”.

2.3.3.2. Definición conceptual de cultura organizacional

En las definiciones encontradas sobre cultura y sobre cultura organizacional, se observan notables diferencias, como señalan Allaire y Firsirotu ([1984] 1992), estas diferencias dependen del concepto de cultura del que parten las distintas escuelas antropológicas y sus autores. Para Aguirre, a grandes rasgos las definiciones están clasificadas en dos grandes bloques: las que entienden la cultura como un sistema ideacional o de significados compartidos, es decir, la organización “es” una cultura, o las que parten de la visión de la organización como un sistema sociocultural o de comportamientos compartidos, es decir, que la organización tiene una cultura, este autor defiende que la organización “es una cultura” (Allaire y Firsirotu [1984] 1992, Cfr. Aguirre 2004: 158)

Aguirre hace una revisión de las definiciones y muestra como cada autor acentúa en su definición aquellos elementos que le parecen más determinantes conceptualmente, haciendo hincapié, por ejemplo, en los valores, las creencias, los rituales, etc. Aportamos una pequeña muestra, que nos permite entender la confusión en torno al concepto de cultura organizacional:

- *“Conjunto de símbolos, ceremonias y mitos que comunican valores y creencias subyacentes, de la organización y sus empleados”* (Ouchi, 1981: 27).

- *“La verdadera existencia de la compañía estaba en los corazones y las mentes de sus empleados. NCR era y aún es una cultura corporativa, una suma de valores, mitos, héroes y símbolos, que han llegado a representar algo muy importante para las personas que trabajan en ella”* (Deal y Kennedy, 1982: 4)

- *“La cultura organizativa es, generalmente, vista como las formas de pensamiento, creencias y comportamientos que los miembros de una organización social tienen en común”* (Rousseau, 1985: 248).

- *“La totalidad de los patrones de comportamiento, artes, creencias, instituciones y cualquier otro producto del trabajo humano, así como las características del pensamiento de una comunidad o población que se transmiten socialmente. Hemos encontrado que esta definición nos ayuda a concebir la cultura de la empresa como un todo formado por dos niveles que difieren en función de su visibilidad y su resistencia al cambio. En el nivel más profundo y menos visible encontramos los valores [...]. En un nivel más visible, la cultura representa los patrones de comportamiento de una organización”* (Kotter y Heskett, 1995: 3-4).

-Una de las definiciones de cultura organizacional más aceptada y que sigue teniendo vigencia a pesar del paso del tiempo, es la de Schein que la define como:

- *“un modelo de presunciones básicas inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado, al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros, como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas”* (Schein, 1988: 26)

Finalmente Aguirre propone una que reúne algo de todas:

- *“Un sistema de conocimiento que nos proporciona un modelo de realidad a través del cual damos sentido a nuestro comportamiento. Este sistema está formado por un conjunto de elementos interactivos fundamentales, generados y compartidos por el grupo al cual identifican, por lo que son transmitidos a los nuevos miembros, siendo eficaces en la consecución de los objetivos”* (Aguirre, 1999: 7).

Las dos últimas definición nos sirve de punto de partida para fundamentar la idea de cultura organizacional en la que nos basaremos para analizar la cultura de las organizaciones sanitarias desglosando los siguientes aspectos:

- Que la CO es un conjunto de elementos interactivos fundamentales generados y compartidos por los miembros de una organización al tratar de conseguir la misión que da sentido a su existencia, y un sistema de conocimiento que nos proporciona un modelo de realidad, a través del cual damos sentido a nuestro comportamiento. O lo que es lo mismo; un modo de pensar organizado, un esquema cognitivo para comprender la realidad. De estas dos premisas se desprende:

- La cultura se genera por la interacción del líder con el grupo y son las experiencias generadas y luego compartidas las que construyen la cultura organizacional.

- Si la cultura es generada y compartida por el líder y la organización, debe ser *transmitida* a los nuevos miembros del grupo; esto se hará básicamente a través de la iniciación, la enculturación, la socialización, etc.

- Al ser compartida la cultura, genera *identidad* cultural y *cohesión* interna en la organización.

- Toda cultura es viva si es eficaz para alcanzar los objetivos de la organización, de lo contrario, habría que cambiarla.

Estas proposiciones hacen referencia, por una parte, al núcleo central de la cultura (elementos interactivos fundamentales) y, por otra, a las funciones básicas de la

cultura, cohesión, identificación y eficacia, cuyo concepto vamos a exponer más ampliamente, y cuyo análisis dedicaremos parte de esta tesis.

2.3.3.3. Los elementos de la cultura organizacional

Cuando los etnógrafos analizaban las culturas primitivas, surgidas de aislamientos geográficos e históricos como islas, selvas, valles, etc., constataban que cada uno de esos aislamientos geográficos posibilitaba una única cultura. El estudio etnográfico de estas culturas primitivas, se realizaba a través de nueve elementos básicos o indicadores étnicos, de los cuales los más importantes eran los referentes a la superestructura étnica: historia, religión y lengua, además del territorio, la demografía, el parentesco, etc. (Bohannan, 1996: 14) Sin embargo en la actual sociedad urbano-industrial, existe un pluralismo cultural, ya que las culturas surgen a través de aislamientos psicológicos y sociológicos (autoadscripción y heteroadscripción), a partir de los cuales se construyen membranas grupales autorreconocidas por sus miembros y que después son heterorreconocidas socialmente por los otros individuos y grupos. Por eso, el modelo etnográfico de los antropólogos de las culturas primitivas no es del todo válido para el trabajo en culturas urbanas más complejas, de ahí que algunos autores, con desconocimiento de la epistemología antropológica, se limiten a tomar datos y conceptos de etnografías clásicas sobre pueblos primitivos, y al tratar de ajustarlas a las realidades organizacionales, el procedimiento no funciona ni metodológica ni conceptualmente. (Aguirre, 2004: 179)

Al analizar culturas complejas, situadas en marcos urbano-industriales y tecnológicos como es el caso de las organizaciones sanitarias, podemos observar cómo el factor "territorio" no es tan determinante como lo es la etnohistoria, en la construcción de la identidad cultural. Las creencias, cosmovisión o significados compartidos (presunciones básicas), son prácticamente admitidas por todos, como un elemento fundamental. El mundo de los valores está presente en todos los listados de indicadores de etnicidad de las organizaciones. La comunicación funciona como un tejido central de la organización, siendo además importantísima la comunicación con el exterior en las organizaciones abiertas, definidas anteriormente. Por último, los productos materiales (artefactos) y formales (marcas, etc.) son el vehículo fundamental de la comunicación con el cliente interno y con el cliente externo. Por otra parte, estos elementos aglutinan a otros "subelementos", como cuando al hablar de "creencias" lo hacemos incluyendo la religión, los mitos, la filosofía, la ideología y, en general, la cosmovisión o visión del mundo.

En base a lo expuesto, la práctica etnográfica, a lo largo de los dos últimos siglos, ha ido redefiniendo, precisando, adaptando y reduciendo, los elementos clásicos de la CO, que son representados gráficamente como una pirámide que se apoya en la base, o como un iceberg que oculta una importante parte hundida, esto último es lo que denomina Schein (1988), como las presunciones básicas, y es considerado como lo más nuclear, como la esencia en sí de la CO.

Para analizar su entidad, muchos autores toman como punto de partida un esquema de tres niveles:

-Schein (1988) distingue entre: “presunciones básicas”, “valores”, y “artefactos”, es decir, entre un nivel fundante, un nivel organizador y un nivel observable. Para este autor como ya se ha mencionado, las presunciones básicas son “lo que la cultura realmente es”, lo demás son manifestaciones de la cultura organizacional: *“A mi juicio, el término “cultura” debería reservarse para el nivel más profundo de presunciones básicas y creencias que comparten los miembros de una empresa.”* (Schein, 1988: 30) (Ver figura 1)

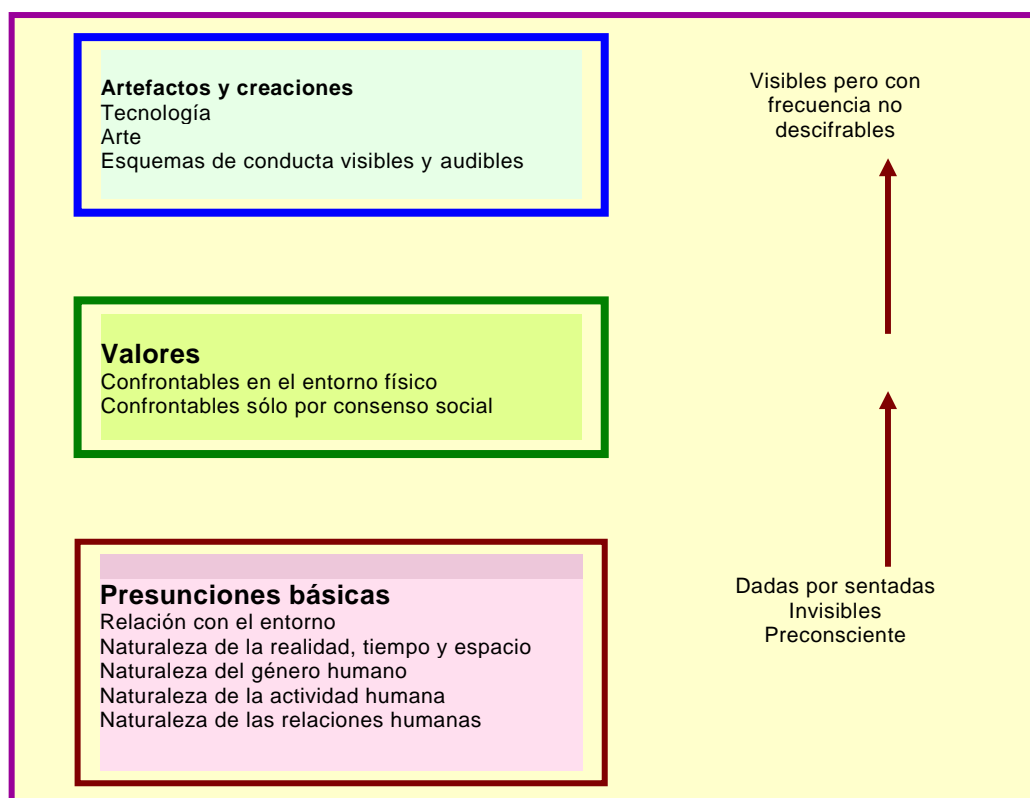


Figura 1 FUENTE: Schein (1988: 30)

Para distinguir estos tres niveles a la hora de considerar los contenidos culturales de las organizaciones, Peiró (1990: 159-160) propone lo siguiente:

1. *Un nivel observable referido a los productos de la cultura.* Incluye aspectos como el lenguaje, los rituales, sanciones, normas, patrones de conducta, costumbres, símbolos, artefactos, prácticas laborales, clima, mitos, historias, leyendas, espacios físicos, mobiliario, decoración, ropajes, vestidos, recompensas, etc.

2. *Nivel apreciativo y valorativo,* que permite justificar, dar razón e interpretar los productos mencionados en el nivel anterior. Incluye valores, filosofía, ideologías, expectativas, actitudes, predisposiciones, sistema apreciativo, conocimiento, perspectivas, prioridades y significados.

3. *Nivel fundante, integrado por supuestos y creencias básicas.*

Esta última posición coincide con Schein (1988) cuando afirma que la cultura hace referencia al “[...] *nivel más profundo de presunciones básicas y creencias, que comparten los miembros de una empresa, que operan inconscientemente y definen, en tanto que interpretación básica, la visión que la empresa tiene de sí misma y de su entorno* [...]”. Este nivel más profundo ha de distinguirse de los ‘artefactos’ y ‘valores’, en la medida en que éstos son manifestaciones en niveles superficiales de la cultura, pero no la esencia misma de la cultura” (Schein, 1988: 23). Así pues, para Schein y para Peiró, los fenómenos culturales de los niveles más superficiales *no son* la cultura, sino su *reflejo*.

Al hilo de esto Aguirre propone cinco elementos básicos de la cultura, secuenciados de abajo hacia arriba, son: etnohistoria, creencias, valores, lenguajes y productos. Estos, responden, de alguna manera, a los tres posibles “niveles” de la cultura organizacional que propone Schein:

- Nivel fundante: etnohistoria y creencias.
- Nivel organizador: valores y comunicación.
- Nivel exterior: productos.

Estos cinco elementos son fundamentales y portadores de identidad cultural. Los estudios sobre el concepto identidad de la empresa, o han estado demasiado centrados en la imagen o marca exterior de la empresa a través del producto, o responden un poco vagamente al concepto de Schein de las presunciones básicas. No obstante, es un concepto importante, ya que es como la síntesis de los cinco

elementos básicos, a través de los cuales se manifiesta esta identidad y diferencialidad cultural (competitiva) de la organización²⁵.

A modo de conclusión podemos decir que las presunciones básicas son el fundamento esencial de la cultura: lo que la cultura realmente es y los valores y conductas como manifestaciones derivadas de la esencia cultural. *“Demos a estas presunciones básicas el calificativo de ideas rectoras, teorías en uso, principios básicos o visiones rectoras; es indudable que constituyen elementos fundamentales de la cultura emergente de la empresa.”* Schein (1988:30).

En este trabajo, el término cultura se reserva para el nivel más profundo de presunciones básicas y creencias que comparten los miembros de una empresa, las cuales operan inconscientemente y definen, en tanto que interpretación básica, la visión que la empresa tiene de sí misma y de su entorno. Estas presunciones y creencias son respuestas que ha *aprendido el grupo* ante sus problemas de *subsistencia* en su medio interno y ante sus problemas de *integración interna*. Se dan por supuestas, porque repetida y adecuadamente llegan a resolver estos problemas. Este nivel más profundo de presunciones según Schein (1988:23-24), *“ha de distinguirse de los artefactos y valores en la medida en que éstos son manifestaciones de niveles superficiales de la cultura, pero no la esencia misma de la cultura.”*

Siguiendo con la visión de Schein (1988: 34), las presunciones básicas vendrían dadas por la etnohistoria y por las creencias, estas, conforman la necesaria cosmovisión a través de la cual se construye un mundo interpretativo de la realidad. Identidad y cosmovisión, etnohistoria y creencias, forman el núcleo profundo de la cultura organizacional. La etnohistoria proporcionaría el yo organizacional y las creencias constituirían la cosmovisión interpretativa.

Todo esto nos hace partir del supuesto de que las presunciones básicas son muy difíciles de cambiar y tratar de hacerlo es, en muchas ocasiones equivalente a cuestionar al grupo.

²⁵ A veces, por ejemplo, se presenta al producto como lo más material, como lo observable y no profundo. Pero el producto, además de ser el puente de comunicación entre la organización y el cliente, alcanza no pocas veces altos niveles de identificación organizacional como el caso de los productos marca (la “Coca-Cola, la aspirina Bayer, el Bacardi), que son casi la esencia identificadora, de sus empresas. Las presunciones básicas aportan sustrato identitario, pero también lo hace la lengua en los nacionalismos, los valores en la dirección por valores, o los productos, donde las marcas y objetos se presentan como identidad.

Como indica K. Albrecht, “La razón de que por una franquicia de McDonald’s se pague el doble o el triple que por una hamburguesería similar sin la marca reside en que desde el día de la inauguración está prácticamente asegurada una corriente de clientes que no dudan acerca del valor que esperaban recibir. La mayoría de los estudios demuestran que los negocios con franquicia tienen una tasa de supervivencia al primer año de, por lo menos, tres a cinco de los que empiezan de la nada” (Albrecht, 1996: 65).

Si trasladamos todo esto, a las organizaciones sanitarias, creemos que las presunciones básicas, podrían estar constituidas por aquellos supuestos tan repetidos y habituales que los miembros de la organización llegan casi a creer que son la propia naturaleza de la organización; las presunciones básicas, en este sentido que quiero atribuir al concepto, han llegado a ser algo tan admitido que pocas son las variaciones que pueden hallarse en esta unidad cultural. De hecho, se encuentran tan arraigadas en el grupo, que sus miembros considerarán inconcebible una conducta basada en cualquier otra premisa. Nos referimos a aspectos como la distribución del poder, el concepto sobre el liderazgo o las jerarquías y la opresión sobre las enfermeras, la influencia del género en la asignación de roles, o la posición de sumisión o dejación de los “pacientes” o el trato paternalista de los mismos.

Por otro lado el lenguaje, los rituales, sanciones, normas, patrones de conducta, costumbres, símbolos, artefactos, prácticas laborales, clima, mitos, historias, leyendas, espacios físicos, mobiliario, decoración, vestimenta, recompensas, etc., constituyen los productos de la cultura, siendo el nivel más observable, y por tanto el que nos va a permitir a través de su interpretación conocer los niveles más profundos.

El nivel apreciativo y valorativo, que constituye un grado de conciencia intermedio permite justificar, dar razón e interpretar los productos mencionados en el nivel anterior.

Utilizaremos a modo de resumen las palabras de BJ Hodge et al (1988), que definen la “Cultura organizacional” como un constructo constituido por dos niveles que incluyen: características observables como, arquitectura, forma de vestir, patrones de comportamiento, historias, ceremonias, lenguaje; y características inobservables como, valores, normas, creencias, presunciones etc. de la organización. Según Hodge, la cultura de las organizaciones existe, pero es invisible, y está ahí interfiriendo ante todo tipo de innovaciones o nuevas normas que puedan amenazarla o cambiarla, por tanto, que los profesionales de una organización actúen como impulsores o frenadores de una estrategia, depende en gran medida de si se ha considerado previamente o no la cultura profesional u organizacional; pudiendo esta actuar como fortaleza o debilidad ante la innovación o cambio (Hodge et al, 1988)

Retomando lo anteriormente expuesto, creemos que tanto las estrategias organizativas como la resolución de conflictos, deberían partir del conocimiento de estos componentes de la cultura, que como ya hemos fundamentado no siempre son

visibles ni conscientes y sus manifestaciones son el producto de la historia común de sus portadores.

En este trabajo nos proponemos conocer algunas de las presunciones básicas de la cultura organizacional de las organizaciones sanitarias, a partir de la observación de sus “productos culturales”, que como hemos descrito, siguiendo un esquema piramidal, ocupan la parte observable, en el vértice de la pirámide.

3. PRÁCTICA METODOLÓGICA

3.1 Perspectiva etnográfica

Un abordaje cualitativo, con técnicas etnográficas (observación y entrevistas), ha permitido conocer y profundizar los sentimientos, motivaciones, asunciones culturales y expectativas de los protagonistas en su ámbito profesional.

La metodología cualitativa emplea técnicas que trabajan con los aspectos simbólicos de los fenómenos sociales. Esta perspectiva, centra el interés del análisis en descubrir y comprender la acción social entendida como un proceso que adquiere significado en el marco de la intersubjetividad y tiene presente el contexto en el que se produce (Kottac, 1994; Hammersley y Atkinson, 1994; Hubberman y Miles, 1994). No hemos encontrado trabajos que aborden el estudio de la cultura organizacional de las instituciones sanitarias, por medio de técnicas etnográficas, por lo que consideramos interesante este abordaje metodológico para dar respuesta a nuestros objetivos, pero a la vez somos conscientes de las dificultades, dado que no tenemos como referencia otros estudios que nos proporcionen pistas sobre las categorías hacia las que debemos dirigir la observación.

Existe una gran variedad de enfoques y formas de conocimiento para estudiar los fenómenos sociales, con gran variedad de técnicas empíricas de investigación social. De entre ellas, la perspectiva cualitativa con mirada “hermenéutica” constituye una visión, un enfoque o una estrategia de búsqueda de sentido, con la que conceptualizar e interpretar la realidad en toda su complejidad.

La perspectiva cualitativa centra el interés del análisis en describir y comprender las acciones sociales. Acciones entendidas como procesos que adquieren significados en el marco de la subjetividad y tiene presente el contexto en el que se producen.

De ahí que creamos en la idoneidad de este tipo de metodología para la realización de esta tesis, dado que se trata de reconocer la complejidad simbólica de las acciones, y el lenguaje de los actores del sistema sanitario, no como un simple registro descriptivo, sino intentando, a través de las mismas, interpretar la dimensión ética que se deduce de la expresión de sus deseos, creencias, valores y fines, en su contexto de trabajo o en las interacciones con otros actores del sistema, como los pacientes y familiares.

El origen de la etnografía ha estado asociado a los comienzos de la Antropología Social. Malinowski, considerado el padre de la etnología, dejó sentadas las primeras

bases metodológicas en su libro "Los Argonautas del Pacífico Occidental" (1922), considerado la carta fundacional del trabajo de campo antropológico (Malinowski, 1975).

Quizá por esta razón, tradicionalmente los estudios etnográficos sobre aspectos de la salud enfermedad y el entorno sanitario, han sido analizados casi exclusivamente por antropólogos y sociólogos, quedando los profesionales de la salud al margen de las posibles utilidades de estos métodos, lo cual según Amezcua (2000: 30-35) hace que sean de dudosa eficacia. En el caso de la investigación etnográfica, existen estudios sobre el comportamiento y las relaciones sociales en algunos ámbitos del sistema sanitario, como es el caso de los hospitales psiquiátricos (Caudill, 1966; Taylor, 1977; Cfr. Bogdan, 1990); (Gonffman 1981; Comelles, 1988); grupos marginales y desfavorecidos como gays (Guasch, 1991); ancianos (Vesperi, 1985), o sectores externos al sistema de salud, como los curanderos (Gómez, 1997; Amezcua, 1993). Debido a los cambios sociológicos, en los últimos años, la multiculturalidad ha cobrado importancia para las organizaciones sanitarias, y en consecuencia se ha multiplicado el abordaje de los problemas de salud por los investigadores sanitarios, que han adoptado de forma paulatina métodos y técnicas que hasta ahora eran de uso exclusivo por los investigadores sociales.

Uno de los métodos etnográficos menos utilizados en el campo sanitario es la observación participante, aunque existen casos como el de Madeleine Leininger, primera enfermera antropóloga profesional de EEUU, que tras doctorarse en antropología, vivió sola durante año y medio con los Gadsup de las tierras altas orientales de Nueva Guinea (Papua), con quienes, dirigió un estudio etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrolló su teoría de los cuidados transculturales. Entre los años 50 y 60 identificó diversas áreas comunes entre la antropología y la enfermería, y sentó las bases de su modelo de enfermería transcultural (Leininger, 1970, 1999).

En Latinoamérica son numerosos los investigadores especializados en la aplicación de métodos de investigación cualitativa para analizar la complejidad cultural que condiciona muchos comportamientos sobre la salud y sus organizaciones (Morse, 1994^a, 1994^b; Denzin-Lincoln, 1994, entre otros).

La observación participante, fundamenta sus conceptos básicos en corrientes teóricas como la fenomenología, la etnometodología y el interaccionismo simbólico, que en el campo de la salud se viene aplicando a programas de atención primaria y desarrollo

comunitario (Hernández Landa, 1990; Herrera-Lobo-Guerrero, 1990) o a la recuperación e intercambio de saberes tradicionales (Romero, 1996).

Creemos que el método etnográfico es el adecuado para nuestra investigación, ya que, como dice Uwe Flick, (2004: 41) la etnografía trata de comprender el fenómeno que estudia desde el interior, es decir, trata de comprender la visión de un sujeto o sujetos diferentes, el curso de las situaciones sociales (conversaciones, discursos, procesos de trabajo, estrategias), sus reglas culturales dentro de su contexto o una situación.

De entre la variedad de aproximaciones cualitativas existentes a la hora de analizar las interacciones de los fenómenos sociales hemos considerado la idoneidad del enfoque etnográfico para conocer la realidad, en toda su complejidad, de las asunciones culturales que guían las relaciones entre enfermeros, médicos y usuarios en las organizaciones sanitarias.

Esta metodología toma como objeto fundamental del análisis, el propio lenguaje en su dimensión de discurso social. Discurso social entendido siempre en sentido fuerte, no como información, ni como acto de comunicación²⁶ y lo sitúa en su contexto en el que es observado, descrito e interpretado por el investigador, (Pereña, 1994: 465).

Esta concepción del discurso conlleva un análisis de sus componentes, cómo se ordenan y se estructuran, cómo se combinan y se diferencian, qué relación guardan con el contexto social y con los propios entrevistados en la investigación.

El análisis del discurso, ha tratado de encontrar la forma y estructura que subyace de los mismos, y trata de comprender los discursos elaborados a partir de los textos²⁷ dentro del contexto de las posiciones sociales, en el espacio denso de las relaciones que existen entre los entrevistados y su relación con las organizaciones sanitarias en cuyo seno se desenvuelven e interrelacionan.

Puesto que se ha perseguido una comprensión general de los procesos estudiados, se ha creído importante llevar a cabo una estrecha interacción con los sujetos de estudio, observándolos en su entorno natural mediante la observación sistemática.

Los estudios etnográficos, analizan las actividades cotidianas de las personas que componen un determinado grupo, y hace que esas actividades salgan a la luz y sean explicables como actividades cotidianas comunes a un grupo social determinado, es

²⁶ Entendemos como discurso, la elaboración teórica realizada por el investigador a partir del análisis de los textos y que pretende dar cuenta, quien utiliza el lenguaje, como lo utiliza, porqué, cuando y para qué lo hacen. (Dijk; 2000)

²⁷ Entendemos por texto, la literalidad de la transcripción de una entrevista, es decir la reproducción literal escrita, de lo que se dice.

decir, explica los métodos utilizados por los miembros de un grupo como actividades de procedimiento que crean la realidad y el orden social, que entre ellos se atribuye a sí mismo y a los demás, de ahí que hallamos elegido para el propósito de nuestro trabajo esta metodología de investigación.

Partiendo de que el propósito de la etnografía es comprender los métodos de la producción de la realidad social con todo detalle, a lo largo del trabajo, nos hemos ido cuestionando cómo los miembros de las organizaciones sanitarias interactúan, de manera que sus prácticas nos los mostraran y definieran como lo que son en el contexto de esta organización (perspectiva etic). Se trataba de conseguir teorías subjetivas, lo más cercanas posible al punto de vista de los sujetos estudiados, por ello, hemos puesto también el acento en el punto de vista de los actores de las organizaciones sanitarias y el significado que ellos atribuyen a las experiencias y acontecimientos (perspectiva emic), así como la orientación al significado de objetos, espacios, vestimenta, actividades, etc.

Estos aspectos se han conseguido apoyando y comparando la visión etic de la observación participante, con las informaciones espontáneas en el campo y/o entrevistas semiestructuradas, que han proporcionado la visión emic del fenómeno estudiado.

Así mismo, la reflexividad sobre este fenómeno, ha constituido un rasgo característico de nuestra práctica investigadora, de la visión de las circunstancias, del conocimiento de sentido común de las estructuras sociales y del razonamiento socio-lógico/antropológico de las mismas.

En resumen, para lograr una buena recolección de información se han utilizado técnicas y estrategias etnográficas, capaces de registrar, tal y como pretendíamos, las experiencias de los protagonistas y tener en cuenta, que éstas, están determinadas por la interacción con su entorno, realizando una visión amplia y holística de los fenómenos estudiados dentro de su contexto natural. En definitiva, el estudio etnográfico ha supuesto la ejecución de un trabajo de campo que ha permitido recabar los datos en el contexto natural donde ocurre el fenómeno investigado. Como ya se ha señalado, la información que se buscaba es aquella que tenía más relación con el objeto propósito del estudio y ayudase a descubrir las estructuras significativas que explican la conducta de los profesionales sanitarios y usuarios a través del conocimiento de sus prácticas y sus discursos, obteniéndose los siguientes tipos de información:

- El contenido y la forma de la interacción verbal de los sujetos y entre los sujetos.
- El contenido y la forma de la interacción con el investigador en diferentes situaciones y ocasiones.
- La conducta no verbal: gestos, posturas, mímicas.
- Los registros y documentos de las historias de los pacientes.
- Las entrevistas.
- Algunas fotografías.

3.2 Diseño de investigación

3.2.1. Población

3.2.1.1. Ámbito, universo y sujetos del estudio

El trabajo de campo fue realizado entre enero de 2005 y mayo de 2007.

El universo de estudio ha estado compuesto por enfermeras, enfermeros, médicos que trabajan en atención primaria y especializada de Granada y usuarios y gestores de esas mismas áreas, detalladas a continuación:

- Área de hospitalización y de servicios especiales²⁸ (radiología, laboratorios, radioterapia, etc.) del Hospital General Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HVN) (Centro de especialidades de primer nivel) y del Hospital Clínico San Cecilio (HSC), .(Centro de especialidades de segundo nivel).
- Centro de Salud de Maracena (CSM).
- Centro de Salud “Las Flores” (CSLF).

Se han elegido estos hospitales por tratarse de los grandes centros de referencia de la provincia de Granada donde se encuentra una gran concentración de enfermeras/os.

El CSLF y el CSM, se han elegido por tener a estos hospitales como centro de atención especializada de referencia, por ser representativos de dos tipos de centros existentes, y por facilidad de acceso para la investigación. (ANEXOS I y II)

3.2.1.2. Cobertura y muestreo

Una de las características de la etnografía es la adaptabilidad y flexibilidad de las decisiones de selección y muestreo así como su integración en las distintas fases del proceso de investigación. Según este método, los participantes son elegidos en función de unas características previamente definidas y en función de su pertinencia para el fenómeno estudiado. Siguiendo a Goetz y Lecomte (1988: 66) la selección

²⁸ Denominamos Servicios Especiales aquellos que no son áreas de hospitalización, sino que son de apoyo a la misma, nos referimos a servicios diagnósticos o terapéuticos donde los pacientes van de forma puntual. Tienen como característica común el manejo de aparatos o procedimientos con un alto nivel tecnológico.

requiere que el investigador determine los perfiles relevantes de la población o el fenómeno: *“para ello se utilizarán criterios teóricos o conceptuales, se basará en las características empíricas del fenómeno o la población a la que seguirá por su curiosidad personal u otras consideraciones”*.

En base a esto, y guiados por las preguntas iniciales de la investigación, hemos determinado los grupos y los lugares, atendiendo a su pertinencia para nuestros propósitos.

En este trabajo, las cuestiones sobre el muestreo se han planteado en diferentes momentos del proceso de investigación: En primer lugar guiados por los objetivos del estudio se hicieron, a priori, tres grandes segmentos que comprendían las enfermeras, los médicos y los usuarios.

Por otro lado, dado que se pretendía comparar aspectos de la atención primaria y hospitalizada, se eligieron sujetos y lugares de estas dos áreas.

También se realizaron entrevistas a dos gestores o líderes de enfermería y un director de recursos humanos.

Puesto que partíamos de la hipótesis de que el género podía determinar diferencias en el comportamiento de los distintos actores, las/os enfermeras/os se segmentaron a su vez por sexos.

Posteriormente, una vez se realizó la entrada en el campo, una visita a los diferentes tipos de unidades de trabajo, permitió conocer en una primera aproximación, los aspectos fundamentales de las rutinas de trabajo, el número de trabajadores, distribución por sexo, posición jerárquica, distribución de espacios físicos, turnos de trabajo, número de pacientes atendidos, formas de relación con los mismos, y tiempo de permanencia de estos en las distintas unidades. Todo esto proporcionó datos a partir de los cuales se crearon más tarde los demás subsegmentos, y determinaron los distintos perfiles de los entrevistados.

En síntesis: para la elección de los entrevistados de nuestro estudio, finalmente se realizó un muestreo estratificado e intencional para las entrevistas, con el propósito de conseguir la máxima heterogeneidad y diversidad posible (Goetz y Lecomte, 1988: 66; Werner y Bernard, 1994: 8; Flik, 2004:78). Se ha tratado de hacer una selección por segmentos que pudiera responder a las distintas variables o categorías de análisis de nuestro estudio, seleccionando finalmente los siguientes sujetos de estudio: supervisoras/es, enfermeras/os, médicos que trabajan en las unidades, ámbito de estudio seleccionadas, pacientes y gestores de dichas organizaciones. (ANEXOS III y IV)

3.2.1.3. Descripción de variables de segmentación y perfiles de sujetos de estudio.

Profesionales. (Tabla M1 y M2):

Se han considerado como variables de segmentación el sexo y el puesto de trabajo.

1. En primer lugar se entrevistó a supervisoras del área de hospitalización y servicios especiales de los hospitales ámbito de estudio y supervisoras de los centros de salud, éstas actuaron como porteros e informantes.

2. Enfermeras y enfermeros que trabajan en hospitalización (HVN y HSC) por realizar tareas que, por un lado implican cuidados más básicos y por otro realizan actividades interdependientes o de colaboración. A su vez se han hecho dos subsegmentos por sexo: enfermeras hospitalización mujeres (M) y enfermeros hospitalización hombres (H).

3. Enfermeras y enfermeros que trabajan en servicios especiales (SE) por realizar tareas más técnicas y de menor interacción con los pacientes. Suelen ser procedimientos de diagnóstico de alta tecnología. A su vez se han hecho también dos subsegmentos por sexo: enfermeras mujeres (M) y enfermeros hombres (H) de estos servicios especiales.

4. Enfermeras y enfermeros que trabajan en los centros de salud de Maracena (CSM) y Las Flores (CSLF) porque en el área de atención primaria, las enfermeras desarrollan un rol más autónomo y, por tanto se realizan más tareas del rol propios, que implican, en teoría, actividades de docencia y prevención, además de actividades interdependientes. Estos también se subsegmentarán por sexos, enfermeras de centro de salud mujeres (M) y enfermeros de centro salud hombres (H).

5. Médicos de los servicios hospitalarios y centros de salud de las áreas ámbito de estudio: Médicos (Dr) de hospital (HVN y HSC) y centros de salud (CSLF y CSM), por ser los que tienen relación con las enfermeras del estudio y cuyos discursos, han dado respuesta a alguno de nuestros objetivos.

Los profesionales entrevistados se recogen en las tablas expuestas a continuación:

Tabla M1. Perfiles, entrevistas y técnica utilizada para enfermeros según sexo y tipo de tareas.

	HVN		HSC		Centros de salud		SUMA
	Hospitalización + Servicio especial		Hospitalización + Servicio especial		Las Flores	Maracena	
Entrevistas Supervisoras	4		2		1	1	8
Entrevistas Enfermeras	3	1	2	-----	2	2	10
Entrevistas Enfermeros	4	2	1	-----	1	1	9
Total entrevistados							27

Tabla M2. Perfiles de participantes y técnica utilizada para los médicos

	HVN	HSC	Centros de salud	Total entrevistados
Entrevistas Médicos	4	2	2	8

Como ya se ha mencionado, en la investigación etnológica, igual que en otros métodos de investigación cualitativa, el proceso de la investigación no sigue unas fases cronológicas y lineales, sino que de forma circular se analizan los datos y se va reflexionando sobre ellos de forma que pueden surgir nuevas preguntas o dudas que obligan a cambiar la preguntas o la forma de hacerlas. Una pregunta importante que hacerse es decidir cuándo dejar de incluir nuevas entrevistas en un determinado segmento, según Glaser y Straus (1967: 45) a medida que se avanza en el proceso y se van analizando los datos obtenidos de los discursos, puede llegar un momento en que la información se repite y los entrevistados no aportan nada nuevo a las preguntas de investigación. Es en ese momento cuando se puede considerar que el número de entrevistas realizadas ya son suficientes, es lo que llamamos "saturación de la información". Saturación pues, significa que no se encuentran datos adicionales por

medio de los cuales el investigador pueda seguir desarrollando datos que describan características de las categorías. Siguiendo este criterio, el número de entrevistados en cada segmento lo determinó la saturación de la información.

Después de las dos primeras entrevistas, se observó que los pacientes cuya estancia era inferior a una semana no vinculaban su recuperación con los cuidados de enfermería, sino que los relacionaban directamente con la actuación médica. Esto ocurría sobre todo en cirugía de corta estancia. También se observaba, cómo los pacientes en muchos casos, alababan la labor de las enfermeras y médicos sin querer entrar en detalles y con contestaciones ambiguas y convencionales, lo que se achacó a que se sentían muy dependientes y temían que sus opiniones trascendieran, a pesar de asegurarles confidencialidad. Sin embargo, mediante la observación se pudo ver como, en muchas ocasiones, los familiares hacían críticas entre ellos sobre la falta de información por parte de los médicos y las “prisas” de las enfermeras lo que entraba en contradicción con lo que decían cuando se les preguntaba formalmente. Esta fue la razón por la que se segmentaron en dos grupos, considerando como variables de segmentación estar o no hospitalizados en el periodo del estudio, de forma que se han seleccionado dos perfiles distintos:

- a) Pacientes o usuarios hospitalizados en el momento del estudio con una estancia mínima de catorce días.
- b) Pacientes o usuarios hospitalizados con anterioridad al estudio, cuya estancia mínima hubiera sido de catorce días y que no hubieran transcurrido más de dos meses desde el alta.

Los pacientes o usuarios y los gestores entrevistados se recogen en la siguiente tabla:

Tabla M3. Perfiles de pacientes y/o usuarios del sistema sanitario

Pacientes hospitalizados	Pacientes domiciliarios	Total entrevistados
3	3	6

Tala M4. Gestores entrevistados

Gestores HVN	Gestor	Gestor	Total entrevistados
	1	1	2

3.2.1.4. Criterios de inclusión de los entrevistados:**Profesionales**

Supervisoras, enfermeras /os base y médicos que trabajaban en las unidades y /o centros ámbito de estudio con una experiencia de más de 10 años, por presumirles experiencia y vivencias relacionadas con la interacción con otros profesionales y con los pacientes. Estos han podido aportar información útil para nuestros objetivos.

Pacientes

Como se ha mencionado, el criterio de la estancia superior a 14 días, se decidió en base a que la prolongación de la estancia les podía aportar más experiencias y de más intensidad, y así se eliminaban las estancias cortas de tipo ambulatorio:

a) Pacientes ingresados en el hospital en el periodo del trabajo sin afección o proceso grave o que le perturbe sus facultades mentales por lo que se excluyen unidades de cuidados críticos, salud mental y quirófano, ya que estos últimos podían presentar alguna alteración cognitiva o mental que le impidiera participar en la entrevista.

b) Haber sido dado de alta hospitalaria hace menos de dos meses y no presentar ninguna alteración cognitiva o mental que le impidiera participar en la entrevista.

Partiendo de los criterios de segmentación, se han definido los perfiles que figuran en el anexo III. A cada sujeto de estudio se le asignó un código para poder identificarlo sin vulnerar su intimidad. (Anexo III / I, II, III, IV, V, VI y VII)

Para hacer más comprensible la forma en que se llevó a cabo la recogida de datos, mostramos las secuencias del trabajo y el cronograma en la tabla M5:

Tabla M5: CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES	MES	AÑO
Preparación del proyecto	Enero	
1. Información general sobre el entorno y el universo de estudio y diseño del proyecto	Agosto	
2. Observación de aspectos generales del HVN y documentación	Septiembre	2
3. Entrada en el campo propiamente dicho:	Octubre	0
a) Hacen de porteros las supervisoras de hospitalización		0
b) Entrevistas semiestructuradas a las supervisoras de hospitalización		5
c) Análisis de las entrevistas de las supervisoras de hospitalización (primera categorización de posibles grandes temas, apoyados por la bibliografía)		

<p>4.Observación sistemática en plantas de hospitalización (se empieza en cirugía)</p> <p>5.Entrevistas semiestructuradas a las enfermeras/os de hospitalización</p> <p>6. Entrevistas a las supervisoras de servicios especiales/ generales/de diagnóstico</p> <p>7. Entrevistas semiestructuradas a médicos</p>	<p>Octubre</p> <p>Noviembre</p> <p>Diciembre</p>	<p>2</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>5</p>
<p>8. Observación sistemática en servicios especiales/generales/de diagnóstico</p> <p>9. Entrevistas semiestructuradas a las enfermeras/os de servicios especiales/generales/de diagnóstico</p> <p>10.Entrevistas semiestructuradas a médicos</p>	<p>Enero</p> <p>Febrero</p>	<p>2</p> <p>0</p>
<p>11. Observación sistemática en Reanimación y quirófano</p> <p>12. Análisis de las entrevistas de las supervisoras y enfermeras/os de servicios especiales /generales / de diagnóstico (comparación y ajuste de categorías de análisis)</p>	<p>Marzo</p> <p>Abril</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>6</p>
<p>13. Entrada al centro de salud LF. Observación general del centro y documentación</p> <p>a) Hace de portero un enfermero / b) observación sistemática</p> <p>14. Entrevistas semiestructuradas a las enfermeras/os</p> <p>15. Entrevistas semiestructuradas a médicos</p> <p>16. Entrevistas semiestructuradas a supervisoras</p>	<p>Abril</p> <p>Mayo</p>	<p>2</p> <p>0</p>
<p>17. Revisión y análisis de datos del centro de salud LF</p>	<p>Mayo</p>	<p>0</p> <p>0</p>
<p>18. Entrada al centro de salud MR. Observación general del centro y documentación</p> <p>a) Hace de portero un enfermero / b) observación sistemática</p> <p>19. Entrevistas semiestructuradas a las enfermeras/os</p> <p>20. Entrevistas semiestructuradas a médicos</p> <p>21. Entrevistas semiestructuradas a supervisoras</p>	<p>Junio</p>	<p>6</p>

22. Observación de aspectos generales del HSC y documentación Entrada en el campo: a) Hacен de porteros las supervisoras	Septiembre	2 0 0 6
23. Entrevistas supervisoras b) Observación sistemática: hospitalización	Octubre	
24. Entrevistas a médicos		
25. Entrevistas a las enfermeras/os de hospitalización		
26. Revisión, análisis y comparación de resultados de datos del CSC	Nov/Dic	
27. Entrevistas semiestructuradas a pacientes y análisis de las mismas	Enero/febr	2 0 0 7
28. Entrevistas gestores y análisis de las mismas	Feb/Mar	
29. Análisis final: a) Categorización, comparación / b) segmentos y perfiles / c) Revisión bibliográfica/ e) Regreso breve al campo f) Triangulación g) Discusión y conclusiones	Marzo en adelante	

3.2.2. Técnicas de recogida de datos

3.2.2.1. Entrevistas.

Se entrevistó una supervisora de cada una de las áreas del ámbito de estudio (hospitales y centros de salud) con la finalidad, por una parte, de conseguir información que pudiera servir para obtener las posibles dimensiones de análisis y diseñar de forma definitiva el guión de las entrevistas al resto de las enfermeras y por otra parte, para que estos supervisores nos facilitaran la entrada al campo como informantes cualificados. Los supervisores ocupan un lugar central en la red profesional de las instituciones sanitarias y tienen un acceso privilegiado a cierto tipo de información. Por otra parte su posición jerárquica entre médicos y enfermeras le proporcionan un conocimiento de las características de las personas que nos ha sido útil para la elección de los entrevistados. Puesto que el estudio no trataba de un tema

relacionado con su posición jerárquica creemos que no se han introducido sesgos en la selección, que era uno de los problemas que teníamos interés en controlar.

Glaser y Straus (1967: 46) mantenían que la representatividad de una muestra no se garantiza por el muestro aleatorio ni por la estratificación, sino que por el contrario, los grupos se seleccionan según su nivel esperado de nuevas ideas para el desarrollo de las teorías en relación con el estado de elaboración de la teoría hasta el momento. Según estos autores, las decisiones de muestreo se dirigen a ese material que promete las mayores ideas, visto a la luz del material ya utilizado y del conocimiento extraído de él.

Basándonos en esto, a la vez que entrevistábamos a las supervisoras íbamos captando casi siempre con su ayuda, a aquellas personas cuyas características servían a los intereses del estudio y que consideramos podrían ser mas representativas para nuestro propósito, como es el caso de los médicos, enfermeros y enfermeras. Estos últimos a su vez, nos ayudaron a captar a los pacientes. Los criterios de selección de todos ellos, ya han sido descritos anteriormente.

3.2.2.2. Procedimiento para las entrevistas

Se ha realizado un total de 43 entrevistas: 35 a profesionales, 6 a usuarios y 2 a gestores. Estas tuvieron una duración de entre 60 y 80 min. El número de entrevistas para cada perfil lo ha determinado la saturación de la información.

Las entrevistas se han planificado previamente eligiendo cuidadosamente un guión con preguntas abiertas e indirectas cuya respuesta dieran luz a los objetivos. Este guión, ha facilitado y ayudado a regular la interacción verbal dentro de un marco pactado con cada uno de los entrevistados (Pauzé, 1986). Por ello, como es propio de las técnicas cualitativas, las preguntas se prepararon minuciosamente, elaborando para cada segmento o perfil un guión adecuado que se ha ido adaptando a medida que se ampliaba la información. (ANEXO IV)

Se diseñó un primer guión (provisional) de preguntas para las entrevistas a las supervisoras teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la bibliografía de nuestro marco conceptual. A partir de estas primeras entrevistas se ha ido realizando el guión de las demás. Como se ha mencionado anteriormente, y siguiendo el criterio de Glasser Y Strauss (1967:46-47) las preguntas se fueron cambiando y adaptando a los objetivos según nos guiaba nuestra experiencia de campo.

El procedimiento para la entrevista, una vez localizado/a el entrevistado/a, consistía en hablar previamente con él/ella para pedirle su colaboración, concertando una cita posteriormente.

Las entrevistas eran grabadas siempre que el entrevistado lo aceptara o se reunieran las condiciones adecuadas. Se ha utilizado un guión distinto para cada segmento

- **Entrevistas a enfermeras /os base:**

El lugar de la entrevista variaba según las preferencias del/a entrevistada/o

El procedimiento para la entrevista ha sido el expuesto anteriormente.

El acceso a los entrevistados se ha hecho a través de la supervisora o informantes clave, eligiendo entre los enfermeros /as que reunían las características de inclusión y que quisieran participar.

- **Entrevistas a los médicos:**

El lugar de la entrevista ha sido el hospital y /o el centro de salud.

El procedimiento para la entrevista ha sido el expuesto anteriormente.

El acceso a los entrevistados se intentó hacer a través del jefe de servicio, pero en la mayoría de los casos esto creaba dificultades y se retrasaba mucho el proceso, por lo que finalmente se optó por la presentación a través de enfermeros o supervisores y sin utilizar una vía más formal

Los criterios de inclusión han sido los mismos que para las enfermeras y supervisores. Se ha seguido el mismo procedimiento que en las demás entrevistas.

- **Entrevistas usuarios:**

Los lugares de la entrevista han sido el hospital y/o su domicilio

El acceso a los entrevistados se ha realizado captándolos en el hospital a través de sus familiares, o a través de su acceso a las consultas o centros de salud con la colaboración de los enfermeros que se dirigían a ellos diciendo: *“aquí hay una señora que está haciendo un estudio y me ha dicho que necesita hablar con usted/es. Si usted/es puede/n se la presento y ya le preguntan a ella y, si quiere/en, quedan de acuerdo”*.

Las entrevistas a los usuarios fueron las últimas, casi al final del trabajo.

- **Entrevistas a gestores:**

Los lugares de las entrevistas fueron los respectivos despachos de los gestores.

El acceso fue mediante cita previa, que tardaron varios días en confirmar alegando estar muy ocupados.

El método de la entrevista fue similar al de las de los médicos.

3.2.2.3. Reflexiones sobre la práctica de las entrevistas.

El planteamiento metodológico de los informantes y las entrevistas se ha apoyado en Oswald (1994); Russel (1984) y Kreguer (1988).

Con este tipo de técnicas ha sido posible estudiar en profundidad los aspectos mencionados en los objetivos.

Siguiendo el ejemplo de Strauss y Corbin (1990, 2002) se preparó un guión que sirviera como estructura de la entrevista, donde se recogieron aspectos relacionados con los objetivos del estudio y los bloques temáticos a tratar, en este caso, contexto profesional, humano, relaciones de poder y asunción de responsabilidades entre los actores, contexto social y físico donde se desarrollan los intercambios, condiciones estructurales. Según estos autores, la entrevista requiere paciencia y escucha; paciencia para no dirigir las respuestas. Requiere respeto por los puntos de vista y aspectos culturales, creencias y actitudes del entrevistado que le puedan acercar al universo emic del entrevistado

La entrevista ha sido un complemento de la observación y la observación de la entrevista, como complementarios son el comportamiento y el discurso.

En el caso de este trabajo, como ya se ha mencionado, se empezó por las entrevistas a las supervisoras que hicieron a su vez de informantes clave, y posteriormente se simultanearon las demás entrevistas con la observación sistemática de forma que ambas técnicas de recogida de datos se complementaban. La entrevista a las supervisoras estuvo inserta en el mismo trabajo de campo y se fue configurando a la vez que se fue indagando y profundizando. Al mismo tiempo sirvieron para realizar los guiones de las demás entrevistas, ya que proporcionaron ideas sobre los posibles campos temáticos o dimensiones de análisis. En general las entrevistas han resultado muy eficaces y han penetrado muy bien en los aspectos que queríamos conocer, han servido incluso para aclarar aspectos que ofrecían dificultades en el trabajo de campo, e incluso han dirigido la observación hacia aspectos que pasaban desapercibidos. Por ejemplo: una supervisora decía que los peores espacios eran para las enfermeras y que éstas no tenían un espacio adecuado para escribir; esto permitió observar este hecho concreto que se pudo constatar al ver que efectivamente, tanto los despachos

de los superiores como las zonas de estar de las enfermeras, no estaban pensados como lugares para pensar y escribir. Se observó mobiliario, situación, si estaban abiertos o cerrados, si eran más o menos frecuentados, para qué eran usados, etc.

Lo mismo se hizo posteriormente con los demás espacios y se extendió esta categoría de observación a todos los lugares observados. Antes de esta entrevista, la interpretación de este dato había quedado desapercibida.

A medida que se adquiría experiencia se producía un cambio progresivo en la forma de dirigir las preguntas. Se trataba de colocar el foco de la pregunta más atrás de lo que quería que se respondiera, *“no ya en la pregunta que nosotros nos planteamos, sino en aquello que la provoca, en su despertar o nacimiento”* [...] *“si queremos obtener de nuestras entrevistas un material etnográfico que responda a lo que persigue la investigación, tendremos que asegurarnos de la calidad de las preguntas”* (Sanmartín, 2003: 81).

No hemos perdido de vista que, como práctica cualitativa, la entrevista pretende la construcción del sentido y significado social de la conducta individual. Hemos tenido en cuenta que el sentido que toma el discurso de las entrevistas, sea cual sea el perfil del entrevistado, está influido por tres cuestiones: el contacto comunicativo, la interacción verbal y el universo social de referencia, por lo que hemos cuidado especialmente estos aspectos para favorecer la validez interna del proceso y los resultados. Se procuró que el entorno fuera cálido, con un ambiente que se pareciera más a la confianza que a un frío interrogatorio, (Kavale, 1996).

En definitiva, con las entrevistas, hemos buscado lo que Bourdieu, en varias de sus obras, describe como la expresión individual socializada y estructurada, tanto por “hábitus” sociales como lingüísticos, es decir, sistemas de prácticas sociales y al mismo tiempo de percepción y valoración, de esas prácticas, generados por los distintos actores (Bourdieu, 1995, 1999).

Como ya hemos explicado, aunque inicialmente las entrevistas a los pacientes, se hicieron durante la hospitalización, más tarde, se vio la conveniencia de hacerlas también fuera de este contexto, ya que este aportaba a los entrevistados una carga emocional que influía en el discurso. En este sentido, al analizar los discursos tuvimos en cuenta las observaciones de Cristina Santamarina (1998), quien describe el modelo de *“comprensión escénica”*; según el cual, en la producción de un relato se actualizan los elementos de la escena que se vivió o se está viviendo. En efecto, pudimos ver que, el recuerdo no se hace de manera neutral y en la historia que se

relata, se transfieren ideas y posiciones en las que se muestran en el contenido, la forma, la vivencia y la posición ideológica adoptada. Se produce una relación de escenas o contextos que el investigador debe tener en cuenta al producir e interpretar, en palabras de la autora: *“Se trata de situar las historias de los sujetos y dimensiones de su entramado, pero también de la construcción del sujeto. No para hacer una interpretación hermética, sino para situar las historias de vida en sus sujetos y procesos plurales”*. (Santamarina, 1998: 275)

También hemos tenido en cuenta que las personas dan sentido a la experiencia a partir de unos marcos o esquemas cognitivos socialmente determinados o configurados, esquemas que han sido conformados a lo largo de sus trayectorias vitales y que contienen la interiorización de la estructura social de su cultura, como mostraban nuestros pacientes entrevistados al denominar a los médicos como “ellos han dado la orden” o los “doctores están muy ocupados” y a las enfermeras como “la muchacha que me atendió” o “las niñas eran cariñosas” “las enfermeras andaban siempre agobiadas”, o las mujeres cuidadoras cuando no aceptan no estar presentes en la habitación, “a mi marido siempre le he hecho yo todo, él no tiene costumbre de pelarse la naranja”. En este sentido, también pudimos indagar cómo el sistema de género conforma la percepción y las preferencias, no sólo de los pacientes, sino también de los médicos entrevistados, hacia un enfermero de un sexo u otro, como cuando los médicos atribuían rasgos diferentes a las enfermeras, “más maternales y cariñosas”, a las enfermeras, “más profesionales” o “más independientes”. A través del análisis de los discursos, hemos tratado de analizar e interpretar el significado que le dan los distintos actores al cuidado enfermero, tratando de averiguar si existen esquemas de interpretación comunes de género.

En definitiva, hemos tenido en cuenta en todo momento el contexto, es decir, los procesos sociales dentro de los cuales se han producido los discursos de los usuarios, para ponerlos en relación con las situaciones o particularidades concretas de cada entrevistado. También hemos tenido presente las indicaciones de Gómez Bueno, para él: *“el discurso no podrá ser analizado nunca en sí mismo: ha de ponerse en relación, bien con sus condiciones de producción, bien con sus condiciones de reconocimiento”* (Gómez Bueno, 2001: 142).

3.2.2.4. Observación participante (sistemática)

Siguiendo a Adler (1998), la observación, inserta dentro del proceso de investigación, siguió las siguientes fases:

- Selección del entorno, es decir, dónde y cuándo se pueden observar los procesos.
- La definición de lo que se debe documentar en la observación y en cada caso.
- Observaciones descriptivas que proporcionan una presentación general, inicial del campo.
- Observaciones focalizadas que se concentran cada vez más en aspectos que son relevantes a la pregunta de investigación.
- Observaciones selectivas que se pretende que capten deliberadamente sólo los aspectos centrales.
- El final de la observación se decidió una vez realizado el repaso y la reflexión teórica, es decir, cuando realizar más observaciones no proporciona conocimiento adicional. (Glaser y Strauss, 1967).

La observación participante, como herramienta de la investigación etnográfica, se caracteriza por la presencia de dos formas de ver la realidad que interactúan continuamente: la del investigador (el yo) y la del grupo (el otro). Es decir, se necesita conjugar la visión y/o concepto del otro (perspectiva del actor o *emic*) con la visión y/o concepto del observador (perspectiva del investigador o *etic*) para llegar al conocimiento más aproximado a la realidad objetiva. La información producida a través de la observación participante corresponderá siempre a estas dos categorías (Velasco et al, 1997: 35).

Siguiendo este criterio se ha observado de forma sistemática, no solo lo que hacían y cómo lo hacían los actores del sistema sanitario, sino también lo que ellos mismos transmitían sobre el por qué y para qué de lo que hacían. Una gran parte de la visión *etic* nos la facilitaron las entrevistas dentro y fuera del campo.

La observación participante, más que una técnica, ha sido la base de esta investigación etnográfica, ya que se ha ocupado del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio (hospitales y centros de salud): las relaciones entre los distintos componentes del grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus vestidos, sus espacios, sus valores, etc. Tal enfoque ha admitido la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la

investigación, de hecho la hemos complementado con la información obtenida de informantes en el campo de forma espontánea.

En esta tesis, la observación participante ha constituido una herramienta enriquecedora que se ha complementado con otras técnicas empleadas. Tan importante como lo observado, ha sido lo escuchado y lo vivido. Durante parte del proceso de la investigación, se ha llevado a cabo la observación participante en las áreas del ámbito del estudio y se ha realizado un diario de campo con el fin de llevar un control y registro de actividades con las fechas, lugares y características de los mismos, así como conversaciones de los protagonistas. Estos datos han permitido, más tarde, contrastar estas observaciones con los datos extraídos de los discursos de las entrevistas.

La observación sistemática en los distintos centros (HVN, HSC, CSM Y CSLF), se realizó de forma secuencial e intensiva durante los meses de octubre de 2005 a octubre de 2006 después de haber entrevistado a algunas de las supervisoras y coincidiendo con las entrevistas a los profesionales, terminando en el 2007 con las entrevistas a gestores y usuarios (ver cronograma).

Uno de los problemas que nos planteamos al principio, era decidir qué situaciones debíamos observar, que pusieran en evidencia el problema de estudio, es decir, que lo hicieran visible. Al principio, siguiendo a Amezcua (2000), no se utilizaron grabaciones, ni cuestionarios, solo después de haber comprendido mínimamente el escenario, empezamos a confrontar versiones de informantes diferentes, a cotejar nuestras propias observaciones o deducciones, etc.

Tras estas reflexiones, optamos por realizar una primera observación general de los lugares más abiertos y más públicos, como entradas, recibidores, salas de espera etc., área de consultas, y laboratorios, para posteriormente entrar en las unidades donde se concentraban los trabajadores y enfermos, como plantas de hospitalización, servicios diagnósticos, etc.

A partir de entonces centramos nuestra preocupación en el control de la veracidad de la información, comparando lo que se nos dice con lo que podemos observar o experimentar personalmente.

Finalmente, la observación se llevó a cabo fundamentalmente en las unidades de hospitalización donde trabajaban la mayoría de los entrevistados; también se observó en la unidad de reanimación, en RX y en quirófano. Se eligieron estas unidades porque podían representar situaciones muy diferentes, a partir de todos los

acontecimientos entre los que intervenían los profesionales y pacientes y/o usuarios²⁹, se pretendía obtener la mayor variedad posible de acontecimientos que ocurren a lo largo del día. A su vez, se realizó en distintos días de la semana, fundamentalmente por la mañana, por ser cuando más actividad hay, aunque en algunas plantas se hizo también por la tarde; tal es el caso de cirugía, ya que se realizan intervenciones mañana y tarde, por lo que la actividad era continuada.

En los centros de salud, la observación se hizo por la mañana, por haber más actividad. Las tablas M6, M7 y M8, muestran el Esquema de los lugares de observación y su distribución en el tiempo:

Tabla M6:

HOSPITAL VN					
Octubre - noviembre 2005		Enero - febrero 2006		Marzo - abril 2006	
1ª Semana del mes de lunes a domingo	Mañana	1ª Semana del mes lunes a domingo	Mañana	1ª Semana del mes Lunes a viernes	Mañana
3ª semana lunes a viernes	Tarde	3ª semana lunes a viernes	Tarde		
Plantas hospitalización quirúrgica (QUIR) P6, P7y P8		Plantas hospitalización médica (MED) P9 y P10		Reanimación, quirófanos	

Tabla M7:

CENTROS DE SALUD			
	Mayo 2006		Junio 2006
Centro de salud L F	1º y 2ª semana Mañanas (lunes, y martes)	Centro de salud MA	1ª semana Mañanas (lunes y martes)

Tabla M8:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SC	
Septiembre de 2006	Octubre de 2006
2ª Semana del mes de lunes a viernes	1ª Semana del mes de lunes a viernes
Plantas hospitalización quirúrgica (QUIR)	Plantas hospitalización médica (MED)

²⁹ Consideramos paciente o enfermo, a aquella persona que, en el momento de la observación, va a recibir un servicio o lo está recibiendo. Consideramos usuario a cualquier persona que ha recibido o puede recibir un servicio, incluidos los familiares o acompañantes. Son pacientes potenciales.

Otro aspecto importante que nos cuestionamos, era el tiempo que debía durar la observación, esto iba a depender de la vinculación de los acontecimientos con las fechas o periodos del año.

En este caso, no ha habido influencias estacionales que pudieran aportar más variedad a los acontecimientos observados; sin embargo sí hemos querido excluir el periodo vacacional, ya que la actividad asistencial decae en más de la mitad y en las unidades aparecen enfermeros nuevos que sustituyen a los veteranos, en ocasiones con poca experiencia, lo cual condiciona sus relaciones con el entorno. Por estas razones se excluyeron los meses de diciembre, julio, agosto y septiembre. La observación sistemática en el HVN, se abandonó en mayo al no encontrar nuevos datos para el interés de nuestros objetivos, aunque se regresó de nuevo al campo en varias ocasiones, bien para contrastar o confirmar alguna información que aclarara aspectos del análisis y categorización, o bien para realizar alguna entrevista más.

La observación en el Hospital Universitario CSC se hizo posteriormente, una vez se había analizado el material obtenido de los demás centros. La observación de este centro, se realizó durante los meses de septiembre y octubre de 2006, simultáneamente con las entrevistas a los profesionales de ese mismo hospital. En este caso, el objetivo era contrastar los datos obtenidos en el análisis del primer hospital, para ver las posibles coincidencias o divergencias, y así, nos ayudaría en la triangulación de los resultados. En este segundo centro hospitalario, se utilizó el mismo método que en el primero, en cuanto a la observación, las entrevistas y el muestreo de las mismas.

A medida que avanzábamos en el estudio, comprobábamos la gran similitud entre los dos centros, que atribuimos a la gran circulación e intercambio entre ellos, tanto de profesionales como de pacientes, y también a que al ser dos hospitales públicos, la gestión de recursos humanos y materiales estaba sometida a la misma normativa y la misma filosofía o misión empresarial.

Dado que ya teníamos experiencia en el medio y en el método, la duración del estudio en este centro fue menor.

3.2.2.4.1. Entrada en el campo

Como ya se ha mencionado, la entrada en el campo se hizo utilizando a las supervisoras como informantes; basándonos en que su posición jerárquica, entre médicos y enfermeras, les situaba en una posición privilegiada para ayudarnos en la

elección de los entrevistados y establecimiento de contactos. No obstante, como ya hemos comentado en el apartado donde describimos las técnicas de recogida de datos, no perdimos de vista el peligro que podía suponer quedar solo a merced de las personas clave, y una vez en el campo encontramos otros apoyos en enfermeras base, de esta manera evitábamos la posibilidad de que alguna supervisora nos sesgara la visión de alguna parte. En el caso de los centros de alud, utilizamos como informante a un enfermero que había trabajado en los tres centros, incluidos los dos elegidos para nuestro estudio, y a partir de aquí utilizamos la “[...] *técnica de la bola de nieve*” (Romo, 2000: 116); o “[...] *correr la voz de un caso al siguiente*” (Flick, 2004: 72).

3.2.2.4.2. Procedimiento y registro de la observación

Para la observación participante se recogió y organizó la información de la siguiente forma:

Cuaderno de mano

Ha resultado útil llevar un pequeño cuaderno donde se ha ido anotando libremente impresiones e ideas que fueran surgiendo cada día en el campo. Este permitía apuntar datos que se podían olvidar con facilidad como por ejemplo; tiempo de duración de un acontecimiento, cifras, nombres, frases, expresiones que surgían al hilo de la observación.

El pequeño cuaderno permitía una forma práctica de anotar con rapidez, sin llamar demasiado la atención, y al mismo tiempo evitar que se olvidaran aspectos interesantes que luego se plasmaban en el diario o el cuaderno temático. De hecho, durante la primera fase, o fase descriptiva de entrada en el campo, se trataba de anotar datos que requerían un esfuerzo de memoria, ya que se trataba de recabar información sobre número de personas, sexo, estamento al que pertenecían, tipo de trabajo (manual, con aparatos, procedimientos, etc.). Consideramos este cuaderno imprescindible sobre todo en la primera parte de la fase de entrada en las unidades.

Diario de campo:

Se ha escrito un diario de campo cronológico con las notas de campo que se recogían cada día, (algunas en el cuaderno de mano), y que se plasmaban en él, lo antes posible después de la observación para evitar olvidos, incluyendo el día, el lugar, las personas, las citas, los lugares fotografiados y los dibujos o esquemas, protagonistas,

acuerdos y análisis de lo que percibía como investigadora, los recursos utilizados y una descripción de las actividades que permiten hacer un seguimiento paso a paso de la investigación.

La recogida de datos, pasó por distintas fases y provocaba cambios de ánimo constantes:

La primera parte que consistió, como ya se ha explicado, en una observación más general y que comenzó por los espacios más abiertos, no encerró grandes dificultades, se trataba sobre todo, de familiarizarse con el entorno en general y comenzó en el HVN.

Posteriormente se eligió como primera unidad de entrada, una planta de hospitalización de cirugía general. Una vez en las unidades donde los profesionales trabajan atendiendo a los pacientes hospitalizados, topamos con algunas dificultades; los primeros días de observación, era difícil saber hacia dónde mirar aún teniendo claras las preguntas del estudio. Esto podría atribuirse a la falta de experiencia, y también a la timidez o el miedo a no ser aceptada; aunque, como ya se ha explicado, partíamos de una situación privilegiada.

Transcurridos unos días fuimos adquiriendo confianza, y las anotaciones eran más densas y exhaustivas, tanto, que dificultaban su clasificación e interpretación, y con frecuencia se anotaban aspectos que, en principio, nada tenían que ver con los objetivos, pero que llamaban la atención; como por ejemplo el comportamiento de los visitantes de las casas comerciales y sus relaciones con los médicos; estos esperaban pacientemente horas y horas, a que los médicos los recibieran cinco minutos, y en ocasiones a “salto de mata” en el pasillo.

Otra dificultad era captar el orden en que se sucedían los acontecimientos, que a veces se interrumpían porque los actores entraban en un espacio y cerraban la puerta. También al principio se cometieron errores como olvidar anotar la hora, o el número de personas presentes, etc.

Por último, cuando pasó la tormenta de los primeros días, y tras analizar las primeras anotaciones, nos centramos más en los aspectos concretos que queríamos estudiar de acuerdo a nuestros objetivos. Un truco que nos ayudó, para escribir de forma ordenada en el campo, fue utilizar un bolígrafo de colores que nos permitió recuperar con más facilidad la información. Así distinguimos:

-Lo que la gente decía (en tinta roja)

-Las actividades de los observados (en tinta azul)

-Lo que observábamos, espacios, ambientes, etc. (en tinta verde)

La observación se fue haciendo más específica y se fue centrando en los aspectos que más nos interesaban.

El cuadro siguiente (Tablas M9/1, M9/2, M9/3, M9/4, M9/5 y M9/6) muestra lo que se observaba de forma prioritaria:

Tabla M9/1. Lo que hacen las enfermeras en el campo

- ¿Valoran las enfermeras la situación del paciente? ¿Cómo lo hacen?
- ¿Diagnostican las enfermeras? ¿Registran sus juicios y/o diagnósticos?
- ¿Intervienen y toman decisiones de forma independiente las enfermeras?
- ¿Registran las enfermeras lo que hacen?
- ¿En qué momento se relacionan con los médicos?
- ¿Cómo se relacionan con los médicos? (simetría/equipo/poder)
- ¿Existen relaciones simétricas?
- ¿Son tomadas en cuenta en las decisiones que afectan a su trabajo?
- ¿Qué opinan de las características de una supervisora?
- ¿Cómo se reparten los espacios, como se decoran?
- ¿Cómo visten?
- ¿En qué situaciones aparecen conflictos o tensiones?
- ¿Qué situaciones parecen más cómodas agradables o gratificantes?
- ¿Cómo se dirigen a los pacientes y familiares?

Tabla M9/2. Lo que dicen las enfermeras en el campo

- Sobre, la valoración del paciente y sobre los registros de sus actividades de cuidados:
- ¿Qué opinan sobre la importancia de sus juicios y/o diagnósticos?
 - ¿Perciben que realizan sus intervenciones y toma de decisiones de forma independientes?
 - ¿Con qué criterios priorizan sus actuaciones?
 - ¿Qué importancia atribuyen a los registros de su trabajo?
 - ¿Cómo valoran sus relaciones con los médicos (simetría/ equipo/poder)
 - ¿Creen que son tomadas en cuenta en las decisiones que adoptan?
 - ¿Que características o actitudes esperan de una supervisora?
 - ¿Están cómodas con los espacios que ocupan?
 - ¿Qué opinan de su uniforme?
 - ¿Qué opinan de sus líderes y qué esperan de ellos?
 - ¿Qué es lo más gratificante de su trabajo?
 - ¿Cómo se presentan a los pacientes?

Tabla M9/3. Lo que hacen los pacientes hospitalizados

- ¿Cómo se dirigen a las enfermeras? (sonríen, tutean, se levantan, hacen gestos de respeto)
- ¿Cómo se dirigen a los médicos? (sonríen, tutean, se levantan, hacen gestos de respeto)
- ¿Siguen las instrucciones/recomendaciones de las enfermeras?
- ¿Qué consultan a las enfermeras?
- ¿Qué consultan a los médicos?
- ¿Cómo visten?

Tabla M9/4. Lo que hacen los médicos

- ¿Cómo se dirigen a las enfermeras? (tutean, se levantan, hacen gestos de respeto)
- ¿Cómo se dirigen a los pacientes? (sonríen, tutean, se levantan, hacen gestos, dominan)
- ¿Siguen las observaciones/recomendaciones de las enfermeras?
- ¿Qué consultan a las enfermeras?
- ¿Cómo visten?
- ¿Cómo ocupan sus espacios? ¿Cómo están decorados?

Tabla M9/5. Lo que dicen los médicos

- ¿Qué piden a las enfermeras como profesionales?
- ¿Qué perfil de enfermera prefieren?
- ¿Qué rol adjudican a las enfermeras?
- ¿Cómo conciben el trabajo en equipo?
- ¿Qué conocen de la metodología enfermera y de las taxonomías enfermeras?
- ¿Qué posición jerárquica atribuyen a la enfermería dentro del equipo?
- ¿Tienen preferencias de sexo/género?
- ¿Qué opinan de la necesidad de la vestimenta o uniforme?

Tabla M9/6. Los espacios, escenarios, acontecimientos

- Objetivos de sus reuniones e intercambios
- Actores que intervienen
- Gestos, posiciones, tratamientos, relaciones entre actores
- Horarios
- Actividades comunes
- Distribución de espacios, descripción física, decoración, ubicación y uso u ocupación de los mismos
- Vestimenta

Los primeros datos de observación, se apoyaron en una hoja de registro donde previamente se anotaban, de forma sistemática, lo que iban haciendo las enfermeras, con sus diferencias y parecidos, según la hora del día y el día de la semana. (ANEXO V, Protocolo de observación de las actividades en una planta quirúrgica)

Para el tratamiento y recogida de datos, partimos de la base de que en la observación participante, como en general en investigación cualitativa, es un proceso continuo que se desarrolla a la vez que se recoge la información. Para ello se desarrolló un método para indexar el material recogido (matriz de codificaciones), se seleccionaron las conductas y situaciones consideradas relevantes (relevos de turnos, visita médica, visita de familiares, registros y anotaciones de las enfermeras, momentos de ocio o descansos, realización de procedimientos etc., y se organizó el material según interés temático o metodológico con ayuda de técnicas de codificación (Strauss y Corbin, 2002).

Cuaderno temático

El cuaderno temático de alguna manera constituyó la primera fase de codificación, ya que para su construcción hubo que delimitar los grandes temas que se iban a estudiar, aunque a lo largo del proceso se añadieron algunos, otros se quitaron o reagruparon.

Por esta razón este cuaderno se elaboró en una fase más avanzada de la observación, una vez se había hecho ya una incursión general en el campo y algunas entrevistas a supervisoras (ver fases de la observación)

En este se anotaban, a modo de archivador, clasificados por temas o dimensiones, aquellas observaciones, frases o datos que correspondieran a los grandes temas (dimensiones de análisis) y sus variables de observación (categorías de análisis), distinguiendo si eran coincidentes o disidentes en las distintas áreas.

Por ejemplo la vestimenta, era diferente entre enfermeras de atención primaria, hospitalización y servicios especiales, y mostraba entre las enfermeras de una misma unidad algunas diferencias, esto último hubo que volver a revisarlo más ampliamente, extendiendo la observación a otros lugares. También había diferencias entre médicos y enfermeras. En cambio en todos los lugares observados, la distribución de espacios mostraba grandes diferencias entre los adjudicados a las enfermeras y los de los médicos. Esto se repetía siempre tanto en los dos hospitales como en los centros de salud.

Para la clasificación de los datos de la observación, se siguió un esquema con los aspectos fundamentales que había que observar, este esquema se basó en la visión de la cultura organizacional de Schein:

- Distribución de espacios (decoración, ubicación, accesibilidad) (Ver figura 2)
- Uniformes y vestimentas (diferencias en el uniforme, objetos, ornamentos identificativos, normas institucionales)
- Relaciones de trabajo desglosado (pase de visita, intercambios de información, reuniones) y procedimientos puntuales.

Estos apartados fundamentales con sus sub-apartados, constituían las partes en que estaba dividido el cuaderno o archivador temático, donde cada día se clasificaba la información obtenida, con las reflexiones o llamadas de atención que éstas sugerían.

Aunque se ha llevado en todo momento una grabadora, no ha sido siempre posible utilizarla, ya que muchas de las entrevistas en el campo o preguntas concretas, surgían de forma espontánea y no se quería correr el riesgo de que perdieran esa naturalidad.

Otros aspectos registrados, han sido aquellas imágenes de zonas, despachos, habitaciones, escenas etc., que se pudieran fotografiar, para así poder comparar visualmente y de forma detenida con posterioridad.

Figura 2. Esquema del una planta (cuaderno de campo)



3.2.2.5. Reflexiones sobre la práctica de la observación sistemática.

3.2.2.5.1. Control de sesgos de la investigadora.

De acuerdo con Simel (1987: 28) *“el extraño (el investigador) tiene que fundir dialécticamente las dos funciones en el mismo, la del compromiso y la distancia.”* Según este autor, lo que el investigador etnográfico tiene que conseguir, al observar, es comprender al otro, situándose en la mirada del otro, y al participar, el investigador autentifica metodológicamente su premisa teórica y hace del objeto de investigación un compañero de diálogo. (Cfr. Flik, 2004)

Para ser fieles a la verdadera naturaleza de lo que hemos querido describir, nos hemos acercado al campo poco a poco, corrigiendo y reafirmando a medida que progresábamos en la comprensión de lo que observábamos. Son numerosos los investigadores que han descrito, cómo la novedad impacta en un principio en el investigador: los olores, los sonidos, las imágenes, el lenguaje, etc., y cómo todo esto es captado a modo de símbolo, como algo diferente para el que observa. Sin embargo, en el caso de este estudio, podría ser que este impacto no se produjera de la misma manera, puesto que no era un escenario desconocido, ya que los sentidos están ya educados o preparados para alguno de los acontecimientos observados.

Por estas razones, uno de los aspectos que más ha preocupado, ha sido la entrada en el campo y cómo controlar que el bagaje cultural de la investigadora, como enfermera que observa el escenario del que en otro momento ha formado parte como actora, no influya. Por ello hemos intentado en todo momento, no perder de vista la necesidad de desprendernos de posibles creencias o categorías previas, para que no influyeran en la preparación de la investigación.

Consciente también de lo inevitable que puede ser la aportación personal del observador a aquello que observa, el esfuerzo ha tenido que concentrarse en observar repetidas veces las escenas y los gestos, intentando ver más allá de lo que en principio pudiera parecer. Se trataba de relativizar lo propio e irse sumergiendo poco a poco en el campo viviendo todo como una experiencia nueva.

Ha sido un reto constante mantener una distancia crítica, ayudada por las herramientas metodológicas y las teorías de la investigación social. En palabras de Sanmartín: *“Aprender a mirar desde la relación de valor si queremos ver algo significativo”*. *“Querer saber, crea una distancia crítica entre lo que observamos y*

comparamos, incluso cuando estudiamos nuestra propia sociedad y cultura". (Sanmartín, 2003: 8)

Se trataba de aprender a controlar lo que Minayo (1995) llama "ilusión de transparencia", que se da cuando el investigador está muy familiarizado con los datos y escenarios que estudia. Para Amezcua y Toro (2002), la asepsia de los resultados de análisis, si el investigador no es honesto, quedará en entredicho, salvo que describa minuciosamente cómo ha hecho el análisis.

Por estas razones nos hemos acercado a los escenarios y actores con una disposición anímica abierta al aprendizaje.

Otro aspecto que se ha tenido en cuenta es la importancia de lograr que los actores a los que se va a observar se comporten con naturalidad, sin estar condicionados o conscientes de ser observados, aprovechando la circunstancial ventaja de la observadora:

Todos los años, a partir de enero voy con una frecuencia de tres días semanales a distintas unidades del hospital, donde hacen las prácticas los alumnos que tutelo. Se trata de las prácticas en el cuidado de los pacientes, y la adquisición de habilidades en los procedimientos clínicos. Para ello, debo hablar e intercambiar información de forma continua con las enfermeras de las unidades sobre la evolución de los alumnos. Esto me permite estar en el escenario y observar a todos los actores desde una situación privilegiada, ya que soy el observador, y al mismo tiempo parte del escenario, ya que puedo moverme como un actor más. Por ejemplo: si estoy en una unidad y una enfermera se dirige a una habitación con un alumno, yo puedo también estar allí de una forma natural, y mientras observo al alumno, también contemplo cómo actúa la enfermera. Al mismo tiempo, mi permanencia en dicha unidad me permite ver las interacciones entre médicos, enfermeras y pacientes, y tomar notas de aquellas conversaciones que puedan llamarme la atención o que respondan a las categorías que tenga por objetivo observar u otras que surjan nuevas y que puedan tener interés.

En una de las unidades donde tengo alumnos, pero en la cual no se daban estas circunstancias, ya que por sus características no podía entrar de forma natural, la estrategia de observación ha sido diferente, y en ella me he limitado a observar sin participar, es decir, sólo he recogido los datos necesarios para confirmar o descartar la información recabada en las demás unidades. Aquí es donde únicamente puedo decir que no ha habido observación participante. Es el caso de algunos quirófanos.

El objetivo ha sido conciliar el aspecto ético y la aceptación de los observados y el que éstos actuaran con naturalidad, y no se sintieran observados.

En este caso se disponía de la ventaja de poder moverse en todos los escenarios sin tener que dar muchas explicaciones y sin que percibieran a la observadora como una intrusa, es decir, que el trabajo habitual que ha de hacer un investigador de campo, para lograr que los actores se acostumbren (la entrada pausada y el conocimiento de las normas de relaciones, reglas, etc., por los que se mueve el grupo), yo ya lo conocía.

Esto ha permitido observar participando en lo más amplio de su definición.

La aceptación de los actores o la visión natural del observador, es lo que permite que éste ejerza un rol polivalente; en este caso se ejercía de observador y al mismo tiempo era un actor más, de forma que observaba sin resultar un extraño o un intruso, en palabras de Velasco et al.:

“el investigador nunca trabaja sólo como investigador, trabaja también como vecino, como amigo, como desconocido, como hombre o mujer, como occidental, europeo, español..., como profesor o escritor, como aliado, como enfermero, como mano de obra, como transportista, como administrativo... y con otros papeles que él se haya forjado o que le haya conferido el grupo que analiza y con el que convive” (Velasco, 1997:24-5).

Esta circunstancia ha permitido encontrarme con aspectos sobre la socialización de los alumnos de enfermería que no había previsto analizar inicialmente, pero que debido a su importancia se decidió observar de forma más detenida, dada la flexibilidad que permite el método etnográfico.

3.2.2.5.2. Comentarios sobre la experiencia en el campo

Durante siete meses (octubre, noviembre de 2005 y enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2006), se han observado repetidamente y de forma intensiva, interactiva y controlada los acontecimientos, y se ha podido ahorrar el tiempo que otro investigador hubiera tenido que emplear en la entrada en el campo, poco a poco, hasta lograr el mismo resultado (ver tabla M5)

A pesar de esta supuesta facilidad para entrar en el campo, no ha sido fácil captar la complejidad de lo observado; en cada elemento observado confluyen múltiples condiciones y encierra una pluralidad de significados y con un sentido distinto

dependiendo del contexto, en cuyo seno va a tener un sentido distinto. De ahí que muchos de los datos obtenidos han ido cambiando su significado a medida que se han ido analizando y a medida que se han podido ver en su conjunto y no deslavazados. Por ejemplo, el hecho de que las enfermeras pidan a los familiares que salgan de la habitación cuando éstos actúan, puede parecer una simple norma, pero a medida que se observa más detenidamente, se puede ver que detrás de ello puede haber una actitud para salvaguardar o mantener una situación de poder, una asimetría de información, o puede obedecer a una inseguridad o temor a interpretaciones, o puede pretender la protección e intimidad del paciente.

Cuando los acompañantes de los enfermos no se quieren ir de la sala y permanecen horas de pie esperando para colarse en contra de las normas, puede parecer una indisciplinada picaresca o falta de civismo en el cumplimiento de la norma, o es una actuación que refleja el arraigo de su rol de cuidadora en el que están implícitos sentimientos y actitudes socialmente adquiridos por el hecho de ser mujeres, que las obliga a permanecer junto al paciente.

El hecho de que la mayoría de los acompañantes sean mujeres, ¿no refleja la clasificación de roles, según el género, que ha construido la sociedad?

Esto da idea de la riqueza de matices que se observan en un escenario donde confluyen gran cantidad de actores, y en unas circunstancias tan especiales como es la enfermedad y el sufrimiento, y la dificultad que esto supone para el observador.

Esta misma riqueza de matices, por sí solo, no hace que cada hecho sea el que es, sino que requiere luego una comparación en la que se constate la diferencia de gamas y factores que intervienen en cada caso, y se descubra la distinta calidad y significado de los hechos. Esto ya fue descrito por M. Mauss y E. Durkhem, que en sus estudios sobre las transacciones sociales hacían un análisis de los intercambios de dones o prestaciones que aparentemente eran voluntarios pero que más tarde se pudo revelar que en la práctica se devolvían como una obligación en la que mediaban siempre intereses económicos y sociales, por lo que Mauss nos recordaba que .los hechos sociales son totales (Cfr. Bohannan, 1998: 274).

Todo esto nos ha obligado a una permanente reflexividad en el análisis de los datos sobre las prácticas y acontecimientos observados, comparando y cotejando en todo momento la información obtenida a través de las distintas técnicas de recogida de datos y con la observación sistemática de los diferentes lugares, a los que en ocasiones ha sido necesario volver para asegurarnos de que los hechos eran lo que

creíamos que eran, y en algunas ocasiones teniendo que detener la mirada en aspectos que inicialmente no habíamos visto, como el caso de los alumnos de enfermería, en cuyas prácticas se llegaron a ver muchas de las claves del lento desarrollo profesional, a pesar de que en las escuelas se proclama y reivindica la independencia y el desarrollo del rol propio. La observación de los alumnos nos mostró el primer eslabón de la socialización de las enfermeras y nos hizo mirar hacia enfermeras recién graduadas, aunque en un principio pretendíamos centrarnos en las enfermeras de mayor experiencia, como ya se ha explicado anteriormente.

Glaser y Strauss describían como ejemplo, la experiencia de su trabajo de campo en hospitales donde estudiaban las percepciones ante la muerte:

“Mientras estudiábamos algunas clases diferentes de servicios, observamos también la misma clase de servicio en distintos hospitales. Por consiguiente, nuestra programación de tipos de servicio, estaba dirigida por un esquema conceptual que incluía nuestra hipótesis. A veces volvíamos a los servicios después de dos, tres o cuatro semanas de observación continua, para inspeccionar elementos que precisaban comprobación o se habían pasado por alto en el periodo inicial” (Glaser y Strauss (1967:59), Cfr. Flik, 2004: 79)

Esto último nos sirvió también de apoyo cuando hicimos la observación en el 2º hospital (CSC), donde, como ya hemos dicho, la observación fue más selectiva, ya que fue dirigida desde la hipótesis de que la cultura organizacional era parecida, y los profesionales (fundamentalmente enfermeros) rotaban con frecuencia por ambos centros, y por último, los pacientes y usuarios pertenecen a áreas geográficas con idéntica cultura y nivel socioeconómico.

En definitiva, se ha intentado que la observación participante se guiara por las indicaciones que ya en su día dio Molinowski:

“[...] debe albergar propósitos estrictamente científicos y conocer las normas y los criterios de la etnografía moderna. En segundo lugar (el investigador) debe colocarse en buenas condiciones para su trabajo, es decir, lo más importante de todo, vivir entre los indígenas. Por último, tiene que utilizar cierto número de métodos precisos en orden a recoger, manejar y establecer sus pruebas” (Molinowski, 1922:24).

3.2.3. Aspectos éticos

Aunque la observación participante podría considerarse el paradigma de las investigaciones observacionales, donde el nivel de manipulación de la realidad es teóricamente nulo, según Gastaldo et al. (2000), no por ello los estudios etnográficos están exentos de dilemas éticos. Se dan problemas de ética especialmente en casos de investigaciones encubiertas, es decir cuando los sujetos no saben que están siendo observados. En nuestro caso pedimos permiso a los profesionales y usuarios explicando, aunque no en profundidad, los objetivos del estudio para no condicionar las respuestas e introducir sesgos, y aseguramos confidencialidad, evitando utilizar los nombres de los entrevistados u observados (Ver anexos Guión entrevistas)

Se advertía también del tiempo aproximado de la entrevista, se pedía permiso para grabarla y aseguraba que habría alusión a ninguna persona concreta con nombre y/o apellidos.

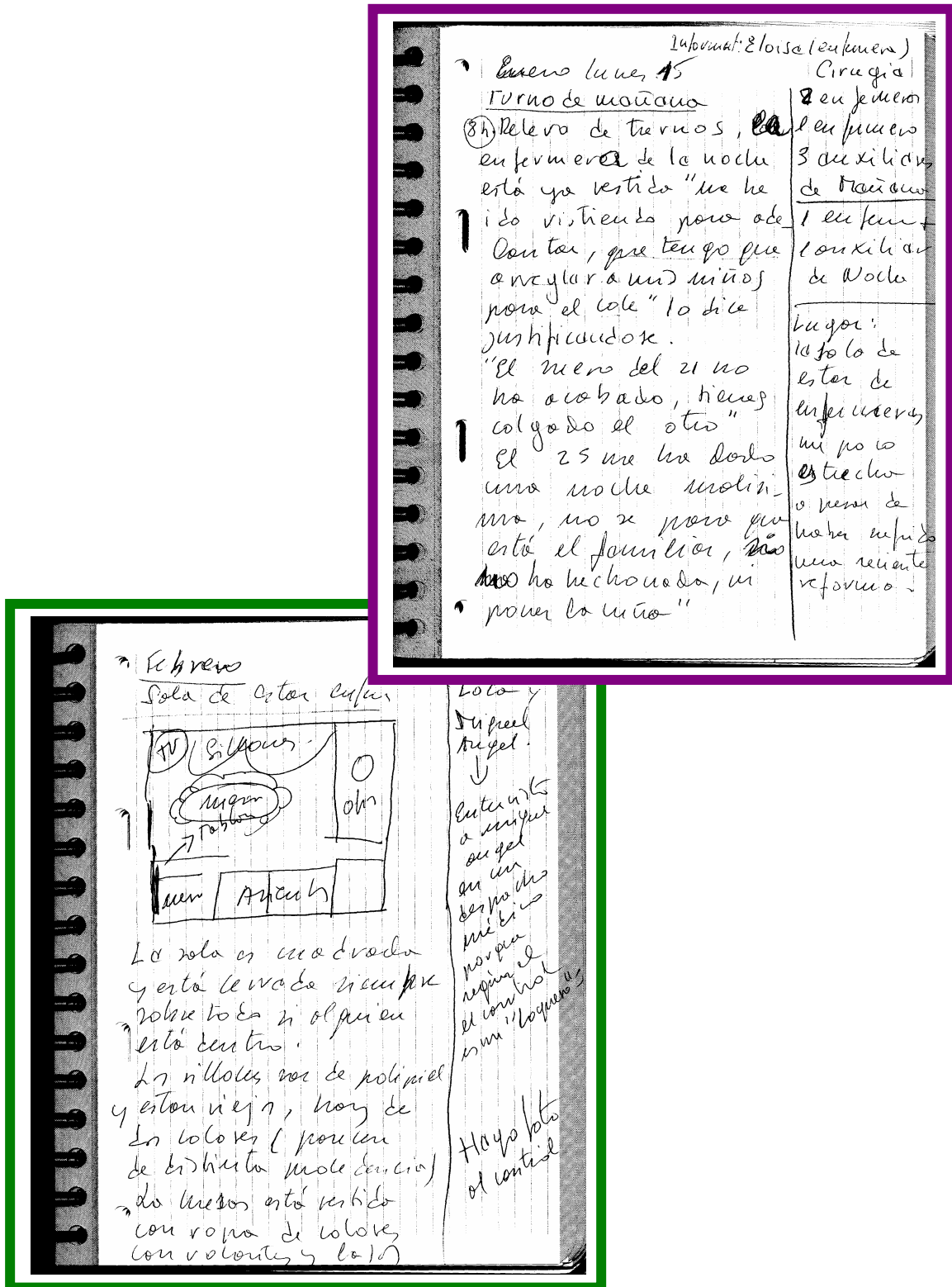
Para algunos de estos aspectos éticos nos hemos apoyado, en Huberman y Miles (1994, 2000), que abogan por la honestidad del investigador al revelar su presencia e intenciones a los actores de la sociedad u organización que estudia, sobre todo cuanto más privadas y cerradas son.

También se pidió permiso formalmente a la institución mediante una carta dirigida, según el organigrama de la unidad a: Director, Supervisora o Jefe de Servicio, que mostramos en el siguiente cuadro (figura 3).

Figura 3



Figura 4: Notas de campo:



3.2.4 Reflexiones sobre el rigor científico de la investigación: relevancia, validez, fiabilidad, reflexividad.

Una de las críticas que se viene haciendo a la investigación cualitativa, y en consecuencia a la etnografía y sus métodos, es la dificultad para evaluarla. Esto se ha utilizado en ocasiones por las posiciones positivistas para cuestionar su legitimidad. Todo esto se ha tenido muy presente en esta tesis, y se ha ido discutiendo a lo largo del texto, sobre la adecuación epistemológica del trabajo y su enfoque cualitativo, que se refleja a distintos niveles: en la definición de las preguntas y en la exposición de las facetas del fenómeno en cuestión que se pretende investigar, en la coherencia y el modo de desarrollo general de la investigación y, por supuesto, en su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados por la investigadora, tanto a nivel general como respecto del encuadramiento previo del objeto de estudio, para lo que previamente nos hemos contestado a preguntas como: ¿El tipo de investigación se adecua al problema o pregunta objeto de estudio?, ¿contribuye la investigación a un mejor conocimiento de los significados subjetivos, de las actuaciones y del contexto en que se desenvuelven los individuos estudiados?

Otro criterio que hemos tenido en cuenta es la relevancia. La valoración de la relevancia nos la hemos planteado principalmente en relación a la justificación y repercusiones que este trabajo de investigación conlleva de cara a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión, respecto a los aspectos culturales que dirigen la práctica de los profesionales y usuarios de las organizaciones sanitarias a quienes la investigación ha estado dirigida. Para ello previamente hemos dejado clara la finalidad de la investigación y la descripción de la situación de partida, así como las nuevas vías de estudio que surgen como consecuencia de la misma. La justificación de la relevancia es posiblemente la más conocida por su mayor difusión y aprecio en el ámbito de lo sanitario, como así lo muestran algunos autores (Murphy et al, 1998; Mays y Pope, 2000). Pero además, la relevancia representa la importancia de los componentes de descubrimiento y de creación teórica como justificadores en última instancia de la investigación, en este sentido creo que hemos aportado el conocimiento sobre aspectos estructurales de la organización que tienen su origen en asunciones culturales de los actores que la componen y que influyen en la imagen social y desarrollo profesional de las enfermeras.

La validez representa otro criterio de la propuesta teórica de este trabajo. Aquí la pregunta que nos hemos hecho es: ¿sirven nuestras herramientas metodológicas para esclarecer, medir y conocer el fenómeno que queremos investigar? Dicho de otra manera, el propósito de su justificación teórica, ha sido preservar la mayor fidelidad posible respecto del comportamiento del fenómeno en la realidad. En este sentido la respuesta al reto de la representatividad, validez externa o generalización de los resultados no va a tener lugar en claves de probabilidad estadística, sino de pertinencia e interpretatividad, tal y como propone Hammersley (1992).

Así, el proceso de selección que ha tenido lugar tanto en la recogida de información como en el análisis, ha estado dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico, y transferibles en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se ha llevado a cabo. Aunque en este tipo de trabajos no se pueden extrapolar o generalizar los resultados, puesto que sólo muestran la realidad de un determinado grupo social, en nuestro caso las enfermeras y demás actores de las organizaciones sanitarias estudiadas.

El hecho de elegir distintos hospitales y centros de salud, ha permitido observar las similitudes y diferencias entre ellos, pudiendo hacer deducciones sobre la cultura organizacional, profesional y social que guía sus prácticas, creencias y actitudes. Esto se puede constatar en las detalladas explicaciones sobre la búsqueda en el campo, la elección de los lugares observados, los sujetos entrevistados, los criterios de selección, los cuestionarios utilizados, bibliografía encontrada, etc. Finalmente nos hace presumir que en las organizaciones sanitarias cuyo entorno cultural sea parecido al de nuestro estudio, probablemente se den las mismas respuestas a nuestras preguntas, aunque para indagar más en el tema, el estudio podría ampliarse a centros de otras comunidades autónomas.

En cuanto a los resultados y la explicación e interpretación de los mismos, no ha sido casual, sino que han sido consecuencia de nuestra estrategia de localización previa cuya validez se ha perseguido tanto en el diseño de la estrategia como en la interpretación de los resultados. También en este caso, nuestra preocupación por la validez se refleja en preguntas y decisiones relativas tanto al muestreo como al análisis de la práctica y su utilización razonada, buscando con actitud flexible, abierta y en sentido bidireccional (Flick, 2004: 237).

Hemos intentado hacer transparentes y comprensibles nuestros resultados aportando citas ilustrativas procedentes de las entrevistas y descripciones literales extraídas de

las notas de campo, reforzándolos con la bibliografía y resaltando las coincidencias entre los diferentes ámbitos de observación y discursos de diferentes actores.

En conclusión, los datos obtenidos, han generado las categorías permitiendo la emergencia de las proposiciones teóricas, lo cual, según Glasser (1978), da credibilidad interna a la investigación.

Siguiendo a Malterud (2001), hemos procurado una interacción constante entre investigador y fenómeno investigado, en la conveniencia de incluir la reflexividad en todo el proceso. Reconociendo el componente de interpretación presente en todo tipo de conocimiento e investigación humanos, este trabajo requería, tal y como se ha explicado, que la investigadora fuera particularmente consciente de la influencia que su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, podían ejercer sobre el proceso y el resultado de la investigación. En este sentido, el criterio de reflexividad representa el esfuerzo, no ya por evitar el efecto de la investigadora sobre el objeto de estudio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta por los posibles reproductores del trabajo de investigación, puesto que como es sabido, los sesgos son más graves por el hecho de ignorarlos que por su inevitable presencia (Calderón, 2002)

A lo largo de las diferentes fases de la investigación, desde la misma selección de la pregunta, se ha intentado mantener una consciencia autocrítica, de hecho, los procedimientos de mejora de la validez, como la búsqueda de casos negativos, ha sido una constante.

Para contribuir a la fiabilidad del trabajo, entendida como la capacidad o posibilidad de replicabilidad del método empleado, hemos procurado describir con suficiente detalle todo el proceso, de modo que otro investigador/es puedan reproducirlo en contextos iguales o parecidos, aportando esquemas que pudieran hacerlo entendible.

Por otra parte, la credibilidad externa o posible transferencia de los datos, lo que algunos como Wittemore et al (2001) llaman "congruencia", debe ser considerada por otros investigadores que trabajen en estudios relacionados.

Ya se ha hablado del principio de saturación, y también de la necesidad de comprobar la veracidad de los datos obtenidos por información de los sujetos mediante la observación directa. La triangulación pretende algo parecido: se trata de combinar en un mismo estudio distintos métodos de recogida de datos y/o fuentes para controlar las tendencias del observador y los relatos de los informantes. Con este fin hemos consultado además documentos escritos (historias clínicas, informes oficiales,

archivos, hemerotecas, etc.), para obtener una perspectiva más amplia del escenario.

Una forma de triangulación muy aceptada, que en nuestro caso no se ha llevado a cabo, es la investigación en equipo frente al enfoque tradicional del trabajo de campo en antropología, que permite que varios investigadores triangulen los resultados de la investigación, sin embargo, creemos que explorar la realidad desde distintas perspectivas, con distintos métodos etnográficos, y con el mismo método para los diferentes perfiles de los actores implicados, ha contribuido a una aceptable triangulación de resultados.

En resumen, creemos que la combinación de distintas técnicas etnográficas (entrevista y observación), junto con la revisión de la bibliografía, ha permitido contrastar los resultados obtenidos, dando mayor rigor científico a la investigación. También destacamos la especial atención a otros aspectos circunstanciales debidos a la adscripción de la investigadora a la profesión enfermera.

- Se han contrastado los resultados de las entrevistas con las observaciones realizadas sobre el terreno, por medio de la observación participante.
- Las aportaciones de la bibliografía han mostrado la coincidencia con otros trabajos, lo cual refuerza nuestros resultados.
- Se han hecho entrevistas hasta que ha aparecido una saturación de la información.
- Se ha procurado realizar las entrevistas de las personas que trabajaban en la misma unidad en el mismo día o en días sucesivos, para evitar que diera tiempo a que comentaran entre ellos el contenido de las preguntas y condicionara sus discursos.
- Se ha mostrado el procedimiento metodológico detallado.
- Población, muestra segmentación y perfiles detallada.
- Variables operativas (categorías de observación y de análisis o eje axial de nuestras preguntas).
- Criterios de contingencia (indicadores que pueden reproducir o replicar el mismo trabajo)

3.2.5 Descripción del método de análisis empleado

Para el análisis, nos hemos orientado por el enfoque de análisis en progreso de investigación cualitativa propuesto por Taylor-Bogdad (1990), cuyas fases mostramos en la tabla siguiente:

Tabla M10

FASE	ACCIÓN
<p>Familiarización y descubrimiento:</p> <p>Consistió en la búsqueda de temas y categorías examinando los datos de todos los modos posibles</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se leyeron repetidamente los datos: diario de campo y discurso entrevistas. 2. Se siguió la pista de temas, intuiciones, interpretaciones o ideas obtenidas. 3. Se buscaron y clasificaron temas y tipologías (cuaderno temático). 4. Búsqueda, lectura y clasificación del material bibliográfico. 5. Se elaboran guías y archivos
<p>Reducción y codificación:</p> <p>Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, e interpretaciones</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboran categorías de codificación o matrices de análisis. 2. Se codifican los datos, asignándoles un código correspondiente a su dimensión temática y su categoría o subdimensión. 3. Se separan y transcriben los datos correspondientes a alguna categoría de análisis. 4. Se revisan datos sobrantes. 5. Se refina su análisis.
<p>Contratación y relativización de datos:</p> <p>Se trató de interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ver qué datos responden o no a los objetivos. 2. Preguntarse sobre la influencia del observador en el escenario. 3. Preguntarse por la diferencia entre lo que la gente hace o dice, o lo que hace cuando está sola o hay alguien delante. 4. Aclarar y contrastar las diferentes fuentes, lo que dice uno solo y lo que dice el grupo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Autorreflexión crítica sobre nuestros propios supuestos.

3.2.5.1. Etapa de reducción y extracción de dimensiones de análisis:

Para el ordenamiento elección y categorización de los datos obtenidos en la observación participante, reflejados en el cuaderno de campo, nos ayudó mucho el cuaderno temático donde a lo largo del periodo de observación se iba reflexionando sobre los datos observados y se iban clasificando agrupándolos por temas, según los objetivos operativos o preguntas de estudio que nos habíamos marcado, y que fueron

poco a poco constituyendo las dimensiones que en la discusión componen los distintos capítulos o apartados. Esta forma de clasificación nos facilitó el análisis y contrastación de los resultados obtenidos de la observación, con los extraídos de los discursos de las entrevistas.

El análisis de las entrevistas siguió aproximadamente la siguiente secuencia:

1. Escucha exhaustiva, transcripción y subrayado de las grabaciones de las supervisoras.

Una vez realizada la escucha exhaustiva de las entrevistas a las supervisoras /es, éstas se analizaron extrayendo de los discursos la información que pudiera dar pistas sobre las posibles dimensiones de análisis y sus categorías de observación, siempre que respondieran a nuestros objetivos y que fueran coincidentes en la mayoría de sus discursos. A cada dimensión y sus categorías de observación se les asignó un código de identificación con el fin de que sirviera de matriz de análisis previa. (ANEXO VI/I, II, III y IV)

A partir de estos primeros resultados y de la experiencia con las primeras entrevistas a los supervisores, se modificaron los guiones de las entrevistas a las enfermeras y los médicos, con el fin de que fueran más comprensibles y estuvieran más dirigidas hacia nuestros objetivos.

2. Identificación de las dimensiones o categorías de análisis provisionales.

Etapas de análisis de la información de las entrevistas y extracción de los primeros resultados de entrevistas a enfermeros y médicos:

- Fase de escucha exhaustiva y transcripción literal a papel, subrayado e identificación de dimensiones y categorías de análisis de las grabaciones de las entrevistas a las enfermeras /os.
- Fase de escucha exhaustiva y transcripción literal a papel, lectura y subrayado de las grabaciones de las entrevistas a los médicos.

Tras la lectura y subrayado de los aspectos de interés de cada una de las transcripciones literales, se ha procedido a un análisis de discurso utilizando las matrices confeccionadas:

- A cada entrevista, que tiene una clave identificatoria (ANEXO IV) se le ha aplicado

una matriz de análisis para identificar en los discursos las categorías y dimensiones de análisis seleccionadas para dar respuesta a nuestros objetivos.

- Se analizan las categorías coincidentes por segmentos.
- Se realiza un análisis comparativo de los segmentos (coincidencias y diferencias entre segmentos).
- Se analizan coincidencias y diferencias entre las enfermeras y médicos de atención hospitalaria y especializada.

Hemos declinado el uso de programas como Ethnograph, Aquad, Nudist o Atlas-Ti, porque, aunque resultan sumamente útiles en las fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías o perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades codificadas; sin embargo, tiene limitaciones como por ejemplo el fraccionamiento de la información, la pérdida de la visión de conjunto y la descontextualización (Mercado, 2000).

Para el análisis de fortalezas y debilidades, se utilizó una adaptación simplificada de la matriz de análisis DAFO utilizada en el ámbito de la gestión estratégica empresarial, según Bueno Campos (1994).³⁰

³⁰ El Análisis DAFO o Análisis FODA (en inglés SWOT - *Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats*) es una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa dentro de su mercado y de las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Las debilidades y fortalezas son internas a la empresa; las amenazas y oportunidades se presentan en el entorno de la misma. Esta herramienta fue creada a principios de la década de los setenta y produjo una revolución en el campo de la estrategia empresarial. El objetivo final del análisis DAFO es poder determinar las ventajas competitivas que tiene la empresa bajo análisis y la estrategia genérica a emplear por la misma que más le convenga en función de sus características propias y de las del mercado en que se mueve. El análisis consta de cuatro pasos:

1. Análisis Externo (También conocido como "Modelo de las cinco fuerzas de Porter")
2. Análisis Interno
3. confección de la matriz DAFO
4. Determinación de la estrategia a emplear
5. Las debilidades y fortalezas pertenecen al ámbito interno de la empresa, al realizar el análisis de los recursos y capacidades; este análisis debe considerar una gran diversidad de factores relativos a aspectos de producción, marketing, financiación, generales de organización.

Las amenazas y oportunidades pertenecen siempre al entorno externo de la empresa, debiendo ésta superarlas o aprovecharlas, anticipándose a las mismas. Aquí entra en juego la flexibilidad y dinamicidad de la empresa.

Debilidades: también llamadas puntos débiles. Son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia de la empresa, constituyen una amenaza para la organización y deben, por tanto, ser controladas y superadas.

Fortalezas: también llamadas puntos fuertes. Son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas que deben y pueden servir para explotar oportunidades

3.2.6. Reflexiones sobre el procedimiento de extracción, codificación y análisis de resultados

La primera impresión fue de desconcierto por la gran cantidad y heterogeneidad de datos que habíamos recogido mediante las distintas técnicas.

En un principio la información vista de forma aislada, no nos proporcionaba la seguridad suficiente para concluir algunos de los resultados como respuesta a nuestro objetivo, por lo que nos propusimos conseguir la integración de todos los datos para recomponer una visión de conjunto. Esta fue una de las razones por las que la observación y las entrevistas se simultanearon en los centros. Aunque todos los datos a priori, nos parecían importantes, se precisó de una mirada crítica para distinguir los que iban a constituir la fuente principal de la teorización.

La principal dificultad encontrada fue, ya en el inicio de la investigación, la forma correcta de recoger la información. Esta debía ser suficientemente densa, pero sin llegar a dificultar el proceso de comparación, inferencia, creación e interpretación, y procurando que el exceso de datos no nos alejara o distrajera del objetivo general, pero que tampoco nos hiciera perder datos importantes que al principio pudieran parecer poco útiles.

El proceso de análisis ha supuesto un continuo que de forma circular se realiza a lo largo de todo el proceso de investigación, por esa razón se han ido adaptando las preguntas de los guiones y se ha ido perfeccionando la observación.

Siguiendo a Huberman y Miles (1994: 11), para el análisis de datos etnográficos, hemos empleado tres fases:

1) La *reducción de datos*, orientada a su selección y condensación fue realizada anticipadamente al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, seleccionar los participantes y los instrumentos de recogida de datos, una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.

La lectura y escucha de los datos obtenidos se realizó primero, con la actitud de revivir la realidad en su situación concreta y, después, con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa.

Cada nueva revisión del material escrito y audición de los discursos, nos permitió arrancar aspectos o realidades nuevas, detalles, acentos o matices no vistos con anterioridad o no valorados suficientemente, y que con otro enfoque en otro contexto

nos permitieron ver con más claridad, en alguna ocasión nos obligaron a volver al campo después de haber sido abandonado.

2) La *presentación de datos*, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, ayudó a una visión de conjunto y no deslavazada de los datos. De ahí salió una matriz de análisis para cada uno de los segmentos estudiados.

Otra dificultad fue, una vez tienes más o menos clara la idea, cómo traducirla, es decir, cómo transmitirla a los demás sin que parezca una novela, pero que tampoco resulte una lista de datos disgregados. Para ello se necesitaba un modelo inicial, a partir del cual se comparan y contrastan los datos. Ese modelo se formó en base las dimensiones de análisis extraídas de las primeras entrevistas a los informantes (supervisoras) y de la bibliografía encontrada. (Anexo matrices análisis)

De esta comparación entre entrevistas, bibliografía, y la constatación repetida una y otra vez de los datos de la observación participante, se pudo inferir un esbozo previo de la naturaleza de lo observado y se le dio una primera forma, especificando los grandes temas y sus posibles sentidos.

A lo largo del proceso se han ido creando nuevas dimensiones o temas de análisis y las categorías de observación que podían facilitar la recogida de los datos. En ocasiones se han tenido que modificar algunos sentidos, señales o significados que en principio no habían sido correctamente interpretados. Por ejemplo, resistirse a admitir errores en la medicación, retrasos en la sueroterapia, no poner a tiempo una insulina, no transcribir bien el tratamiento y sin embargo admitir que no dedican tiempo a hablar con los pacientes. Finalmente lo interpretamos como una supervaloración o priorización de los procedimientos médicos, porque goza de más legitimidad social y por tanto profesional, frente a los cuidados. Sin embargo, en un principio parecía que solo se trataba de un sentido corporativista o etnocentrista de la profesión, que les impedía admitirlos.

Otras veces aparecen aspectos o ideas que inicialmente habían pasado inadvertidas. Por ejemplo, las relaciones de agencia, signos de opresión, socialización de los alumnos.

3) La *elaboración y verificación de conclusiones*, consistió en la utilización de una serie de tácticas para extraer significados de los datos, como por ejemplo la comparación/contraste, en la triangulación, la búsqueda de casos negativos.

Estas categorías estuvieron marcadas en todo momento por los interrogantes y objetivos de nuestra investigación.

4. ESQUEMA DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan de forma de esquema, los resultados de los objetivos 1, 2, 3 y 4, con el fin de ofrecer una visión general de los mismos. Estos resultados, y el resto de los mismos, se irán comentando de forma transversal a lo largo de los diferentes apartados de la discusión.

4.1. Dimensiones y categorías obtenidas a partir del discurso de los actores y la observación sistemática que han servido de base para el análisis

A partir de las primeras entrevistas a las supervisoras, y apoyándonos en la bibliografía, se establecieron las categorías de análisis que se fueron modificando a lo largo de la investigación, quedando finalmente como se muestran a continuación.

Dichas dimensiones y categorías forman parte de los resultados, y han supuesto una guía para el análisis de los discursos y la observación sistemática:

A Posiciones y distancias jerárquicas

- A 1- Diferencias vestimenta de los distintos miembros del equipo
- A 2- Diferencias distribución de espacios jerarquizadas
- A 3- Diferencias en la decoración de espacios
- A 4- Baja representación en foros de decisión
- A 6- Relaciones de agencia

B Signos de subordinación-sumisión

- B 1- Familiaridad, paternalismo, tuteó del médico a la enfermera y trato asimétrico
- B 2- Priorización de tareas de colaboración
- B 3- Organización de trabajo y horarios centrado en la visita médica no en el paciente
- B 4- Violencia intragrupal
- B 5- Imitación del opresor/internalización de los valores del grupo dominante
- B 6- Baja autoestima

C- Influencia del género en la distribución de tareas

- C 1- Los varones hacen lo técnico (procedimientos)
- C 2- Las mujeres los cuidados (alimentación, cuidados)
- C 3- Presencia de varones mayoritaria en puestos de gestión
- C 4- Presencia de varones mayoritaria en puestos de trabajo de alta tecnología más autónomos

D – Percepción de las enfermeras de su imagen pública

- D 1- Expectativas de los pacientes exclusivamente en el médico.
- D 2- Desconocimiento de los usuarios sobre las funciones de cada miembro del equipo (percepción supervisores)
- D 3- Imagen estereotipada en la prensa y los medios de comunicación (percepción supervisores)
- D 4- deslegitimación social de su rol autónomo

E – Minusvaloración del trabajo enfermero e invisibilidad de los cuidados

- E 1- No se escribe o se realizan tareas que no constan formalmente
- E 2- Trabajo centrado en el rol de colaboración
- E-3- Despersonalización del trabajo
- E 4- Trabajo por tareas versus cuidado integral
- E 5- Tareas de sustitución más que de potenciación del autocuidado
- E 6- Biologización y evaluación positivista de los cuidados
- E 7- Estandarización y despersonalización de los cuidados

F- Problemas estructurales: El desarrollo profesional enfermero no es propiciado o facilitado por la organización

F 1- Plantillas poco acordes con los nuevos modelos y con cargas de trabajo

F 2- Espacios físicos mal adecuados y jerarquizados

F 3- Turnos muy rotatorios

F 4- Exclusión de los foros de toma de decisiones

F5 - Registros iguales para todos (sin diferencias unidades)

F6- Proyección de una imagen subordinada.

F-7 Ausencia de premios y castigos (café para todos)

F 8 Desconfianza por la asimetría de la información y las relaciones de agencia

H- Dedicación a la formación e investigación

H 1- Baja asistencia a reuniones fuera de horas de trabajo

H 2- Autodefensa emocional. Tienen que defenderse emocionalmente desconectando

H 3- Toman más en serio la docencia cuando viene de los médicos o se inicia una nueva actividad laboral

I- Dejeción del poder/ baja autoestima/ miedo a asumir responsabilidades

I 1- Falta de corporativismo y asociacionismo

I 2- Falta de compromiso social

I 3- Rechazo a asumir responsabilidades

I 4- Falta de consenso profesional

I 5- Líderes sin proyecto definido o con déficit en la comunicación y la difusión de los mismos

I 6- Escasa participación en la formulación y compromiso de los objetivos de la unida

4. 2. Productos de la cultura organizacional de las organizaciones observadas

Se muestran en forma de tabla y a modo de resumen, los productos de la cultura organizacional observados en las organizaciones ámbito de nuestro estudio, en las que nos detendremos a lo largo de distintos apartados de la discusión.

1º NIVEL EXTERNO: Productos visibles de la cultura	
Lenguaje: Profesional e institucional	Significa dominio y poder de una información exclusiva, define, distingue y da estatus de poder (sesiones clínicas, reuniones, diagnósticos, información familiares) Distancias jerárquica (tu y usted)
Rituales	Relevos de turnos, pase de visita, higiene de pacientes
Habitus, patrones de conducta Prácticas laborales	Cada estamento comparte los suyos, y otros son comunes a más de un estamento: Sistematización del trabajo, control del tiempo (relevos de turnos, pase de visita, higiene de pacientes, hora del desayuno, ahorro de tiempo y esfuerzo)
Espacios, mobiliario decoración	Lanza imágenes de estatus de poder, intimidación, privacidad, género con espacios masculinos y femeninos o domésticos (ofice, mesa camilla, alacenas con tazas, vasos)
Premios y sanciones	Norma vigente, el trabajador se superprotege con posturas defensivas. Ausencia de despidos y sanciones duras Haga lo que haga es lo mismo, gana lo mismo.
Vestimentas, ropas	Diferencia de estatus laboral y social utilizando colores y formas diferentes de uniformes. Lanza imágenes de estatus de poder
Clima, mitos, historias,	Evocación del pasado: Cualquier tiempo pasado fue mejor. "Antes no nos controlaban". "Éramos una familia" "Estoy quemado". "Antes conocíamos a los jefes".

2º NIVEL ORGANIZATIVO: Valores y comunicación:	
Normativas explícitas por escrito	<p>Valor de la prueba documental.</p> <p>Estatutos, circulares , historia clínica</p> <p>Protocolos y guías de actuación</p> <p>Solo existe el que escribe y registra</p>
Normativas implícitas	<p>El trabajo se adapta al trabajador, no el trabajador al trabajo)</p> <p>Respeto a la hora del desayuno (se adapta el trabajo al desayuno)</p> <p>El paciente debe saber esperar.</p> <p>Derecho a estar de baja (no está mal visto)</p> <p>Todos somos iguales Café para todos</p> <p>Socialización de los nuevos miembros</p> <p>Socialización de alumnos</p>
Rigidez y centralidad de normativa	<p>Aplicación rígida de la normativa.</p> <p>Si hay normativa para tratar un conflicto, se aplica, pero si no la hay “no me mojo”. Tendencia a no tomar decisiones no basadas o justificadas por la legislación o la norma.</p>
Ausencia de sanciones	<p>Corporativismo entre los profesionales</p> <p>Sindicatos que parten de la premisa de que al trabajador siempre hay que protegerlo</p>
Relaciones de agencia	<p>Asimetría de poder y de conocimientos: entre pacientes y profesionales; profesionales y gestores.</p>

3º NIVEL FUNDANTE: Etnohistoria y creencias:	
Jerarquías y poder (peso de la historia de las profesiones)	<p>La enfermera es una subordinada del médico</p> <p>El médico tiene el poder (a nivel social, científico e Institucional)</p> <p>El valor del positivismo y biologización de la cultura</p>
Paternalismo del sistema hacia el paciente.	<p>Paciente/ no autónomo/ rol sustitución/ si viene acepta lo que hay/ tengo el conocimiento, luego tengo la autoridad/</p>
Género/división roles	<p>(Hombre/médico) (mujer-enfermera)</p> <p>(hombre/ tecnología/independencia)</p> <p>(mujer/cuidados/domestico/maternal)</p>

4.3. Fortalezas y debilidades

Presentamos las fortalezas y debilidades de la cultura organizacional, percibidas a través del discurso de las enfermeras y la observación sistemática, para el desarrollo del su rol independiente, la aplicación de la metodología de cuidados enfermera y la legitimación social de la profesión. Como se irá comentando en la discusión existen algunas diferencias entre atención hospitalizada y atención primaria.

Atención hospitalaria	
Fortalezas	Debilidades
<p>A nivel profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reciente renovación generacional de las enfermeras hospitalarias. -Alta preparación técnica. <p>A nivel docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implantación a nivel de escuelas de enfermería del proceso enfermero <p>A nivel interdisciplinario o grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gran interdependencia en el trabajo -Coincidencia en espacio y tiempo comunes para la realización de tareas. <p>A nivel institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conciencia a nivel institucional de la importancia del rol enfermero: <ul style="list-style-type: none"> Enfermera de enlace. Enfermera de referencia Formación continuada. -Reconocimiento curricular de competencias. -Aumento de los recursos para la investigación y formación. 	<p>A nivel profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Supervaloración de lo técnico frente a los cuidados. -Baja autoestima profesional y dejación de poder. <p>-Escasa legitimación social del rol enfermero e imagen de la Enfermería poco acorde con el contenido curricular y competencias actuales.</p> <p>-Baja satisfacción laboral.</p> <p>-Baja preparación teórica y motivación de los mandos intermedios de enfermería.</p> <p>A nivel docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poca preparación teórica en metodología enfermera. <p>A nivel interdisciplinario o grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relaciones asimétricas, dominación y paternalismo. <p>A nivel institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poca claridad o ambivalencia de la administración en la cesión de funciones y poder de decisión. -Plantillas poco acordes con la realidad.

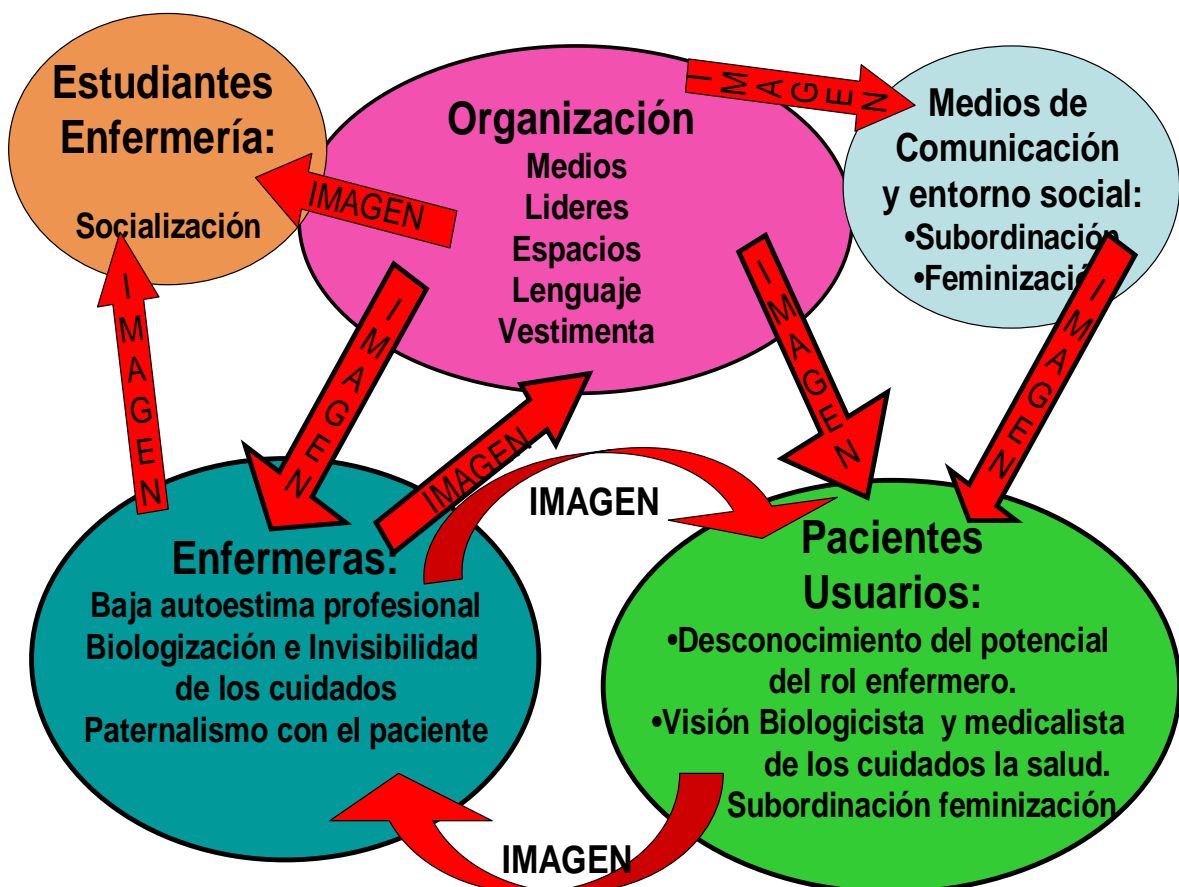
Atención Primaria	
Fortalezas	Debilidades
<p>A nivel profesional: -Implantación a nivel de escuelas de enfermería.</p> <p>-Cultura profesional más centrada en el paciente y sus necesidades psico-sociales.</p> <p>A nivel docente: -Aumento de los recursos para la investigación y formación.</p> <p>A nivel interdisciplinario o grupal -Mayor nivel de delegación interdisciplinar. Mayor delimitación de responsabilidades a nivel formal.</p> <p>A nivel institucional: -Informatización de los planes de cuidados impuestos institucionalmente: Programa informático DIRAYA</p> <p>-Conciencia a nivel institucional de la importancia del rol enfermero: Enfermera de enlace. Formación Cont.</p> <p>-Reconocimiento curricular de competencias.</p> <p>- Legitimación del rol independiente enfermero dentro del equipo multidisciplinario.</p> <p>- Alta concienciación y preparación de mandos intermedios de enfermería.</p>	<p>A nivel profesional: -Regresión generacional por el traslado masivo de enfermeros hospitalarios a AP sin preparación metodológica.</p> <p>-Baja legitimación social del rol enfermero e imagen enfermera poco acorde con el contenido curricular y competencias actuales.</p> <p>A nivel docente: -Mayor coste de las actividades docentes debido a la mayor dispersión geográfica de las enfermeras.</p> <p>A nivel interdisciplinario o grupal -Individualismo en las tareas y los espacios y tiempos de las mismas</p> <p>A nivel institucional: -Minusvaloración de la formación en forma de baremos que priman la antigüedad frente a la formación e investigación</p>

4.4. Esquema del círculo vicioso que sufre la imagen y autoimagen de la Enfermería como profesión.

La imagen social de la Enfermería como profesión, no es acorde con sus competencias profesionales actuales, amparadas en unos contenidos curriculares que nada tiene que ver con las imágenes y estereotipos que marcaron sus orígenes.

Esta imagen equivocada, es lanzada por la organización a los usuarios, pero a su vez es consolidada por las propias enfermeras, que al interiorizarla y asumirla, la lanzan de nuevo a la organización, a los usuarios y a las estudiantes de enfermería a través de la socialización de las mismas, contribuyendo así a su perpetuación. (Ver figura 4)

Interacciones culturales de la imagen enfermera



5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Aspectos de la cultura organizacional de los centros sanitarios estudiados y configuración temática de la discusión.

Empezaremos la discusión recordando que cuando definíamos cultura organizacional, decíamos, parafraseando a Schein (1982) que ésta es:

“un sistema formado por un conjunto de elementos interactivos fundamentales, generados y compartidos por el grupo. La cultura, pues, surge de la interacción del líder³¹ con el grupo, desde el mismo momento de su inicial conexión afectiva: la cultura se va definiendo en el tiempo, va dibujando los límites del grupo que la conforma, y se va produciendo con la respuesta emocional compartida. De modo que deja fuera a quienes no hayan compartido la experiencia. Además, el hecho de estar dentro o fuera del grupo es algo importante; desde el momento en que la persona no haya seguido y presenciado los eventos no podrá saber lo que ha ocurrido o cuál ha sido la reacción de la gente” Schein (1988: 192).

La cultura se transmite a los nuevos miembros de la organización que la integrarán también como suya, ya que esta se aprende a través del roce interactivo entre sus miembros que, tratan de conseguir los objetivos grupales. Cuando se considera la cultura como una variable externa de la organización se llega a decir que la cultura es algo meramente instrumental, algo externo y que puede cambiarse sin que afecte al núcleo de la organización, sin embargo, aquí partimos de la consideración de la organización sanitaria como una comunidad cultural con identidad propia.

Como se definió en el marco teórico, los elementos generados y compartidos de la cultura organizacional, son: las presunciones básicas (la etnohistoria y las creencias), los valores, y los artefactos y creaciones (lenguajes, territorio, etc.). Todos ellos constituyen una serie de productos que se generan, se comparten y se muestran como eficaces para la consecución de los objetivos del grupo. Sin embargo no todos estos elementos son igualmente visibles.

³¹ Cuando hablemos de líderes nos vamos a referir, en este caso, a los gestores (macrogestores, mesogestores y microgestores). Con los primeros, nos referimos a los gestores que organizan a nivel central, y que marcan las misiones y macroobjetivos y políticas económicas, nos referimos a la Junta de Andalucía y más concretamente al Servicio Andaluz de Salud. Los segundos, mesogestores, serán los gestores a nivel de los hospitales o los distritos, y están constituidos por gerentes y directores económicos. Por último, los microgestores, serán los líderes más cercanos, más directos, nos referimos a los llamados mandos intermedios, supervisoras y jefes de servicio.

Lo que entendemos por cultura organizacional, no solo no es visible, sino que frecuentemente los que la comparten no son conscientes de ella, por tanto es difícil de conocer y mucho más de analizar. Para conocer o descifrar la parte más profunda, o la esencia misma de la cultura, es necesario conocer primero las partes visibles de la misma que, como hemos mencionado, se traducen en, actuaciones, discursos, rituales, vestimentas, territorio, lenguaje etc.

Tomando la idea de Arranz (1997: 39) y partiendo de nuestra fundamentación teórica (Schein, 1988; Peiró, 1990; Aguirre, 2004) en primer lugar, presentamos en forma de iceberg (Figura 5), los elementos de la cultura organizacional que hemos podido identificar en los centros sanitarios ámbito de nuestro estudio, para en segundo lugar, a partir de esta visión general, podamos ir mostrando como hemos identificado y analizado dichos elementos y así poder ir guiando de forma comprensible esta parte de la discusión.

Figura 5



5.1.1 Las Presunciones básicas

Las Presunciones básicas, van a depender de la etnohistoria y etnocreencias. Conforman la parte más profunda de la cultura, el (cuerpo sumergido del iceberg), es la parte más oculta, y constituye el soporte de todos los demás niveles de la cultura organizacional. Todo esto hace que sea también la parte más difícil de cambiar puesto que se basa en la relación con el entorno, naturaleza del género humano, naturaleza de la actividad humana y naturaleza de las relaciones humanas.

La historia proporciona identidad a las organizaciones (de donde somos y a donde vamos) y le proporciona una herencia cultural (mitos, rituales, valores lenguajes) y supone un patrimonio compartido que da solidez a la organización; también proporciona héroes y fechas a recordar, y señala el rumbo hacia el futuro puesto que proporciona una acumulación de experiencias, y va consolidando una cultura que marca el camino a seguir a través de su misión (Aguirre, 2004: 201).

Un ejemplo de ello lo tenemos al comprobar como la profesión enfermera, arrastra consigo aspectos de género o circunstancias de su propio nacimiento como profesión que, históricamente han propiciado su sumisión e invisibilidad.

La etnohistoria contribuye a la reconstrucción de la identidad en los momentos significativos del pasado, los cuales ayudan a interpretar el presente; por otra parte, también sirve a la “misión” futura de la organización, que establece estratégicamente la acción desde el presente, lo que proporciona, a su vez, una identidad compartida.

La etnohistoria y las etnocreencias³² sientan las bases de los valores (Op cit, 2004: 201)

Pero si algo caracteriza a las enfermaras componentes de las organizaciones sanitarias estudiadas, es la poca cohesión como grupo, la baja corporatividad de sus integrantes, el bajo sentido de pertenencia a la empresa, ya que los objetivos comunes que caracterizan y dan solidez a la cultura de un grupo, aquí quedan desdibujados, al quedar también desdibujado el liderazgo. Esto se contradice con lo que dice Mintzberg, este, en dice que en las empresas donde existen muchos profesionales, lo que el denomina “burocracias profesionales”, estos se identifican mas con su profesión que con las organizaciones a las que pertenecen. (Mintzberg,

³² Aquí nos referimos a creencias como cosmovisiones colectivas, no como experiencia religiosa individual. Las creencias son construcciones ideativo-emocionales que explican la vida de los individuos y de los grupos a través de la religión, la filosofía, la magia, el arte, etc. Las creencias se configuran como una representación organizada del mundo (de la vida y de la muerte), y como hermenéuticas de la realidad, fundamentan del comportamiento individual y colectivo.

1984), aunque esto no es igual en el caso de los médicos. Por otro lado, no ha sido difícil comprobar cómo los profesionales, en general, desconocen la misión o la filosofía de la organización, y mucho menos conocen los macroobjetivos.

Aquí además de una cultura, se aprecian varias subculturas o culturas profesionales (como se ilustra en la figura 6), y al no coincidir sus intereses, se producen conflictos que habitualmente es el liderazgo el que los debería resolver, pero en este caso los líderes, no siempre tiene capacidad ya que al ser una organización tan burocratizada, manda la normativa, el reglamento, “la norma vigente”, pero a su vez el reglamento no tiene respuesta para la mayoría de los conflictos de intereses de los grupos. Estos grupos, han ido tomando posiciones y generando a su vez sus propios “mecanismos de defensa”, como en el caso de las enfermeras (dejación de responsabilidad, sumisión, agresividad)”, que les ayuda a sobrevivir en el entorno organizacional, y que han ido forjando e integrando, siempre dentro del marco que les permite esas presunciones básicas invisibles que sustentan sus valores como grupo

5.1.2 Los valores

Los valores conforman la parte intermedia del iceberg, esta sumergida y relativamente visible, y dependen de las presunciones básicas, ideologías, filosofía³³, expectativas, prioridades, significados, etc., los valores influyen en las leyes y las normas. Las presunciones básicas, que conforman la parte más profunda del iceberg, marcan los límites de los valores³⁴, poco visibles a primera vista, se manifiestan y se hacen

³³ La filosofía es una “cosmovisión razonada”. De hecho, su núcleo fundamental, que es la metafísica, es un discurso sobre la *metá-psysiká* (lo que está más allá del mundo físico). La metafísica trata del Ser, en cuanto Naturaleza (Cosmología), en cuanto Dios (Teodicea) y en cuanto Hombre (Antropología), e incluso, podemos decir, que la historia de la filosofía es la historia de un triángulo que gira sobre sí mismo: en el mundo griego, la Naturaleza explica a los dioses y a los hombres (Cosmología); en el mundo medieval, Dios explica a la naturaleza y a los hombres, que son sus criaturas (Teodicea), y en el mundo moderno, el Hombre quiere explicar la naturaleza y a los dioses (Logología o Antropología). Parece, pues, que todas las explicaciones filosóficas de la realidad (“últimas causas”) proceden de la Naturaleza, de Dios o del Hombre. La filosofía pretende explicar, desde la racionalidad (la religión lo hará desde la revelación), la realidad del hombre, de la naturaleza y de Dios, es decir, toda la existencia humana basada en las tres preguntas, para poder después fundamentar sus creencias y su comportamiento ético y social

³⁴ La antropología considera los valores como “patrones o criterios de lo deseable que influyen en el comportamiento colectivo” (Rubio,1993) Los valores. “regulan la satisfacción de los impulsos, de acuerdo con la serie de objetivos jerárquicos y duraderos de la personalidad, con la exigencia de orden por parte tanto de la personalidad como del sistema sociocultural, y con la necesidad de respetar los intereses de los demás y del grupo en su conjunto en la vida social”.(Kluchkhonh, 1961. Cfr. Aguirre, 2004: 222)

Desde la psicología social se han definido los valores como “creencias estables que generan un tipo de conducta o estado existencial que es personal o socialmente preferible a otro tipo de conducta o estado de carácter opuesto o inverso”. El concepto de valor se basa en la “elección libre” de “lo bueno”, como “guía básica de conducta”, de cara a la “consecución de fines”. El valor se construye y se elige a partir de lo emocional, lo racional
-*Lo emocional y lo racional en el valor*: el sujeto capta psicológicamente el valor, según unos desde la racionalidad (Kant, Hartman), mientras que para otros (Scheler) el valor sólo es conocido por el sujeto a través de la emocionalidad

visibles gracias a las acciones y actitudes que emanan de ellos (productos) ocupando la punta del iceberg y que describimos ampliamente a lo largo de esta discusión.

Los valores de la organización, como hemos dicho, se fundamentan en las presunciones básicas (ethnohistoria y creencias), y surgen de la estimación del entorno, de modo que tiene valor lo que es “bueno” para el individuo o el grupo. En este sentido, lo que se conoce y desea, ha de valorarse, evaluarse o estimar lo que supone para el grupo y en función de ello se selecciona, es lo que se llama, criterio estratégico de acción (Rubio,1993. Cfr Op cit: 122).

Los valores son definidos, como criterios permanentes de aquello que es deseable, y se convierten en la guía de conducta, para conseguir los objetivos. Cada comunidad es una cultura que crea sus valores y que son fruto de sus características particulares. En las organizaciones estudiadas hay valores dominantes que todos comparten, sin embargo existen subgrupos con sus respectivas subculturas (médicos, enfermeras, gestores, usuarios, etc.), que poseen sus propios valores, menos dominantes, que no siempre coinciden necesariamente con los valores dominantes que quieren imponer los macrogestores y mesogestores, o los valores no dominantes de las distintas subculturas de los subgrupos. En muchos casos, la interacción de los grupos culturales puede producir “conflicto de valores”. Esto dificulta la creación de valores universales o comunes, y es aquí donde el liderazgo tiene un papel central, donde debería asumir la gestión de los conflictos, dirigiéndolos y convirtiéndolos en oportunidades de mejora.

En el caso de esta tesis, hemos pretendido ahondar fundamentalmente en el grupo de las enfermeras, aunque para conocer los aspectos que influyen en su desarrollo

intencional. La mayoría de las interpretaciones subjetivistas sobre la formación del valor se alinean en esta vertiente emocional de captación del valor.(Cfr. Aguirre, 2004: 223).

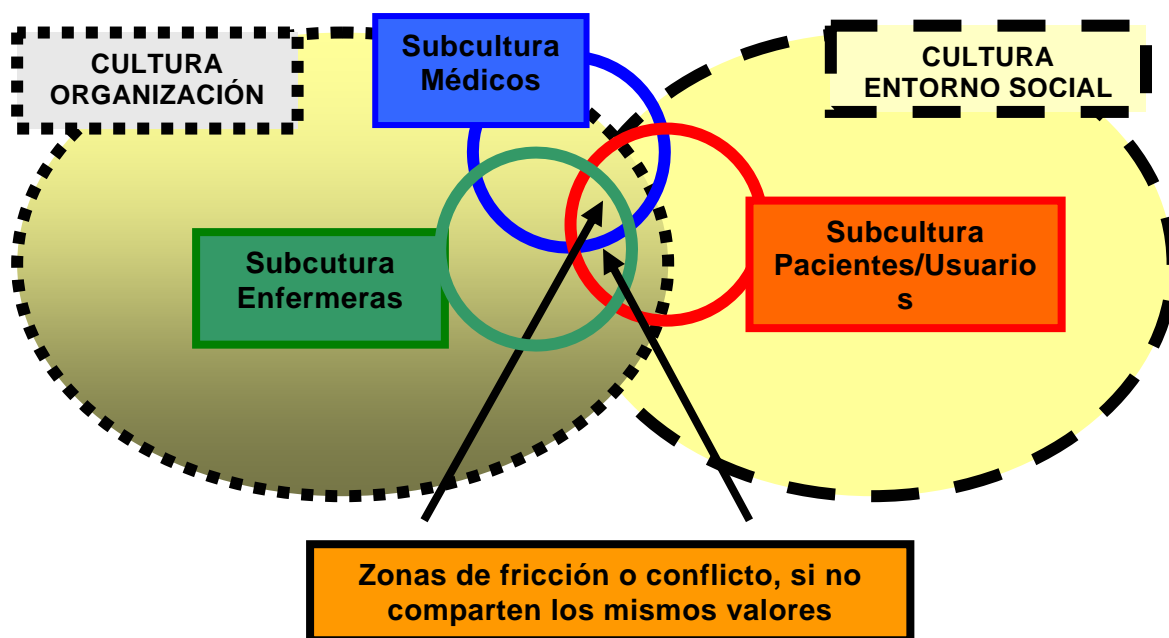
-Los valores en el marco de la cultura son un producto de la cultura del grupo. Al interaccionar los miembros del grupo (elemento intersubjetivo) crean valores, aceptados y compartidos por el grupo, como elemento importante de la cultura común. Hay valores fundamentales del grupo (dimanantes de las “presunciones básicas”) que tienen carácter de “inmutables”, porque afectan a la esencia misma del grupo. Otros valores del grupo son “contingentes” y están sujetos al cambio adaptativo. No todos los valores generados por el grupo tienen la misma influencia, sino que se articulan en oposiciones polares, que contribuyen a su definición antagónica: lo bueno y lo malo, lo útil y lo inútil, etc. Los valores fundamentales del grupo son transmitidos a los nuevos miembros como parte importante de la cultura del grupo.

Valores y cultura organizacional: Es la empresa la que otorga un contenido a dichos valores: un contenido que no existe previamente; todas las empresas funcionan en campos de gestión parecidos, con concepciones muy distintas de lo que está bien y lo que está mal. No se debe confundir el contenido de los valores con su significado. Se puede justificar el fundamento y la lógica de lo que una empresa considera que es una buena relación con los clientes: lo que nos interesa es definirla y, en concreto, descubrir sus huellas Los valores son operativos, no sólo creencias o principios: actúan sobre la realidad cotidiana de la empresa, a través de sus formas de gestión y sus procedimientos. Se entiende por valores unos principios inmateriales y con una fuerte connotación moral. R. Harrison, por su parte, afirma que lo que fundamenta la cultura de los valores de la empresa son los principios subyacentes en la organización basados en el poder, la función, la tarea y la persona. Este enfoque difundido por Ch. Handy, aboga por una “gestión de valores”, distinguiendo cuatro culturas en la organización (Thevenet, 1992: 79. Cfr Aguirre, 2004): a) Un enunciado categórico-moral: lo que se debe hacer, lo que es bueno hacer para la empresa. b) Un principio operativo: la opción buena, la decisión buena para el futuro de la empresa. c) El conjunto de elementos implícitos y explícitos que guían la conducta de los miembros de la empresa. Los comportamientos ejemplares asumidos por la empresa. d)Evaluar los valores organizativos. Los valores de la organización pueden ser implícitos y explícitos.

profesional, ha sido necesario analizar sus interacciones culturales con otros grupos como mesogestores, microgestores, usuarios/pacientes y, más especialmente, con los médicos.

El conflicto intergrupar de valores se da cuando dos grupos culturales generan sistemas de valores fundamentales más o menos excluyentes que dificultan la interacción. Puede decirse que la interacción de dos grupos culturales con valores fundamentales “excluyentes” es imposible, pues afecta a la identidad misma del grupo. Por otro lado en cualquier empresa, se comparten una serie de valores que están en permanente cambio adaptativo de cara a la interacción comercial o de intercambio con el exterior, sin embargo, cabe decir que en las organizaciones sanitarias, esto es lento, y rígido, por lo que favorece de nuevo los conflictos entre el exterior (pacientes/usuarios) e interior (profesionales). Cuando los valores no se sustentan en una buena base, es decir, si las presunciones básicas no son lo suficientemente sólidas para cohesionar al grupo, para darle seguridad en el entorno interno y externo, tampoco los valores son sólidos.

Figura 6



A lo largo de la discusión de esta tesis, mostraremos que los valores de los profesionales, en muchos casos, están desligados de los valores organizativos que lanzan los macro y mesogestores a través de las declaraciones sobre la filosofía y misión de la organización. El valor del discurso de los gestores, no siempre coincide

con los que en la realidad operan, por lo que los grupos y subgrupos apuntan en una dirección distinta. Así lo ha demostrado la existencia de una serie de reglas de uso evidenciada en forma de artefactos que ocupan la punta del iceberg, nos estamos refiriendo a muchas actitudes profesionales y relacionales desligadas o alejadas de la filosofía y objetivos de la organización.

Analizaremos algunos de los elementos generados por la cultura de las organizaciones sanitarias, concretamente en las organizaciones ámbito de nuestra observación sistemática, algunos de los cuales operan en la práctica de la profesión enfermera constituyendo las barreras y acciones que generan la subordinación y dominación de unos grupos sobre otros, y que influye en las desigualdades y las dificultades que imposibilitan el trabajo en equipo, y en definitiva que crean numerosos conflictos, entre las distintas subculturas constituidas por los diferentes subgrupos profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeras. Según Aguirre, cuando a los valores oficializados por el liderazgo se proponen valores alternativos o disyuntivos desde las subculturas, se da el conflicto intragrupal de valores o valores contraculturales (Aguirre, 2004: 224). Mintzberg, marca también estas diferencias de las empresas profesionalizadas (Mintzberg, 1984).

En las organizaciones sanitarias estudiadas, los valores, podrían estar constituidos por aquellos supuestos tan repetidos y habituales que los miembros de la organización llegan casi a creer que son la propia naturaleza de la organización; las presunciones básicas, en el sentido que quiero dar al concepto, han llegado a ser algo tan admitido que pocas son las variaciones que pueden hallarse en esta unidad cultural. De hecho, se encuentran tan arraigadas en el grupo, que sus miembros considerarán inconcebible una conducta basada en cualquier otra premisa. Muchas de estas presunciones básicas, vienen traídas por los propios trabajadores de la cultura social del entorno de la organización, como el valor del trabajo o del ocio, o de la ciudadanía, y el sentido cívico, la familia o las asunciones que tienen que ver con el género, la región, la muerte etc.

Todos estos “valores”, constituyen las premisas de la mayor parte de los resultados de esta tesis. Me estoy refiriendo a aspectos que iremos viendo como la visión biologicista positivista³⁵ de la persona que suele seguir el modelo médico, que impregna también las prácticas enfermeras la persona enferma, la verticalidad del

³⁵ Nos referimos al modelo de la Biomedicina: (biomedicina o Western-medicine) También llamada medicina occidental, científica, alopática, elitista, etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en occidente desde la ilustración y que se caracteriza por asumir la discusión cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causa únicas (Comelles, 1993).

poder, las diferencias de género, y las relaciones asimétricas con el paciente que propician un trato paternalista.

La visión biologicista y positivista conduce a la estandarización, la despersonalización y da la espalda a los problemas psicosociales del paciente.

La disposición vertical del poder dificulta las relaciones interdisciplinarias que han de basarse en la igualdad de sus miembros y que favorece el trabajo en equipo.

Las diferencias de género aportan connotaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, relacionando a las mujeres con roles domésticos y subordinados y a los hombres con roles más técnicos, independientes y prestigiosos, para lo que se exige más preparación, muchas de las presunciones básicas que conforman los valores de la organizaciones sanitarias, son las que propician la imagen y autoimagen subordinada de las enfermeras. Por último, estas presunciones determinan las posiciones relacionales con los usuarios del sistema que adoptan la posición de enfermos/pacientes en lugar de la de cliente, y asumen un trato paternalista.

Por ejemplo, cuando el grupo considera a los usuarios enfermos pasivos, que no tienen que exigir sino ser “pacientes”, su trato en este caso, es muy diferente al trato que le darían si se consideran “clientes”, como ocurre por ejemplo en la sanidad privada. Por otra parte, cuando el grupo parte de que el centro de la organización son los trabajadores y no los clientes, entonces, gran parte de ellos, priorizará su comodidad y sus reivindicaciones laborales antes que proponer mejoras profesionales que repercutan en los pacientes/clientes. De la misma manera esto se traducirá en una falta de conciencia de servicio, para el cuál se tendría que integrar como valor la obligación de estar formado y preparado de forma continuada.

Hemos podido también constatar la presencia de creencias sobre el valor de la tecnología, o el valor de la masculinidad, que también desarrollaremos a lo largo de esta discusión.

5.1.3 Los productos de la cultura organizacional

Los productos de la cultura constituyen, como hemos dicho, la parte más visible del iceberg, y son consecuencia de los valores y de la adaptación del grupo a su medio para sobrevivir en este. Para analizar la cultura organizacional ha sido preciso conocer primero sus productos y artefactos.

La comunicación y el “etnolenguaje” y la territorialidad “etnoterritorio”, son productos de la cultura que conforman la punta del iceberg y por tanto son fácilmente visibles, son los más fáciles de cambiar, pero muchos de ellos son consecuencia de los valores, de la organización que al estar sumergidos son más difíciles de ver.

En esta tesis, para conocer la cultura organizacional de los actores que constituyen los hospitales y centros de salud, ámbito de este estudio, hemos realizado un análisis, de cada uno de los elementos de la cultura organizacional identificados mediante la observación sistemática y los discursos de los actores, cuya descripción hemos resumido y expuesto gráficamente en el apartado de los resultados, que hemos ilustrado en esta primera parte, de forma mas general, mediante la figura del iceberg. (Fgra. 5).

A continuación iremos describiendo y analizando los hallazgos del estudio, dividiendo la discusión de los mismos en distintos apartados que constituyen los cinco grupos temáticos orientados por nuestros objetivos y las dimensiones y categorías de análisis encontradas (Anexo VI / I, II, III, IV y V), para analizar los aspectos de la Cultura Organizacional de las organizaciones estudiadas que interfiere en el desarrollo profesional de las enfermeras:

- 5.2. Relaciones de agencia y paternalismo del sistema
- 5.3. Control del poder a través de la vestimenta y la distribución de espacios
- 5.4. Relaciones interdisciplinarias
- 5.5. División sexual del trabajo: repercusión en la profesión enfermera.
- 5.6. La Biologización de la cultura y las estandarizaciones

5.2. Relaciones de agencia y paternalismo del sistema

Como se argumenta en el apartado de la cultura organizacional del marco conceptual, las relaciones de agencia marcan y dirigen la mayoría de las interrelaciones profesionales entre gestores y profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeras.³⁶

Los profesionales de la salud son originadores de gastos, ya que toman decisiones sobre qué material utilizar en cada momento para realizar determinados procedimientos. Tradicionalmente no se ha implicado al profesional en la gestión y racionalización del gasto, lo que ha hecho que muchos profesionales trabajen al margen o de espaldas a los problemas económicos de la organización, sin embargo, en los últimos años la preocupación por el control del gasto sanitario ha puesto en guardia a gestores y administradores, que exigen a los profesionales un control sobre el mismo, pero los profesionales, además de carecer de la información suficiente para controlarlos, trabajan y toman decisiones en un espacio de "incertidumbre"³⁷.

Sin embargo, la toma de decisiones sobre el gasto, es decir, sobre la utilización o no de un producto, en ocasiones no es fácil de decidir, ya que conlleva un riesgo, es decir, existe siempre una incertidumbre en la toma de la decisión más eficiente.³⁸

"Si por ellos fuera, seguiríamos poniendo gasas y esparadrapo en las heridas, no quieren comprender que hoy en día existen productos mejores y que nos ahorran tiempo. Sólo piensan en los costes, no en la calidad". (Enferm planta QUIR/HVN-M1)

"No nos ponen bombas suficientes, no tenemos barandillas, pero si se cae un paciente, luego el juez te dice: ¿por qué no fue usted por

³⁶ Recordemos que las relaciones de agencia tienen lugar cuando una parte interesada, el gestor o el contratante, (el principal) por ser profano en la materia, de un conocimiento, o por desconocer los recursos o bienes necesarios, para una determinada producción encarga, delega o contrata a otra persona (el agente) para que actúe en su nombre, ya que se supone posee un mayor nivel de conocimiento o información. La asimetría de la información es la que establece las relaciones de agencia entre el paciente y el profesional, y entre el profesional y el gestor. La enfermera u otro profesional, se convierten en "agentes", y el paciente y/o el gestor en "principal".

³⁷ El concepto incertidumbre fue formulado por el economista Frank H. Knight (1921). El autor define la incertidumbre como "término económico que implica ignorancia o imposibilidad de actuar en base al conocimiento", distinto al concepto de riesgo, que implica para el individuo probabilidades de que algo ocurra, mientras que el de incertidumbre implica incapacidad para establecer probabilidades. Incertidumbre implica ignorancia, imposibilidad de actuar en base al conocimiento con incapacidad para establecer probabilidades, y surge allí donde se dispone de una información incompleta sobre la que es preciso actuar. El problema de comportarse racionalmente ante la incertidumbre es mas bien un problema consistente en hacer el mejor uso de una información incompleta.

³⁸ En economía la eficiencia implica economía, y se define como el logro del objetivo con la mejor calidad, con el menor tiempo empleado y la utilización de los mínimos recursos necesarios.

la barandilla o, por qué se movió del lado del enfermo?, como si lo demás que haces no valiera, a Paco lo llevaron a juicio porque se cayó un abuelo y se rompió la cadera, y eso que la familia estaba delante.”.(Enferm Planta MED/HSC-M7)

“Si la gente tuviera que pagar de su bolsillo lo que cuestan las cosas (pausa).hay enfermeras que no tienen ni idea de lo que cuesta una jeringa, unos guantes, yo he visto en una planta clavados con agujas intramusculares los papeles del cartel de anuncios, o pegar con esparadrapo en lugar de fixo, cualquier cosa, “no tienen ni idea”. (Gest/G1.)

“La semana pasada, se desbordó el gasto de guantes y batas porque tuvimos tres pacientes aislados, uno con hepatitis, otro con sida y el otro, uno que todavía lo tenemos, que le están dando inmunosupresores y tiene los leucocitos por los suelos, y lo tenemos en la habitación del fondo. Ahora me viene el de suministros con que no me sirven guantes porque hemos agotado las previsiones, y ahora ¿Qué hacemos? ..¿aislamos? o.. ¿no aislamos y que coja una infección el hombre?, iesto no es tolerable, solo miran el hospital a través de la factura!. (Supervisora HVN-S2)

“Con tanta restricción no se donde vamos a llegar, que menos que pedir en algunas situaciones que te ves en urgencias y no lo tienes claro, si pides a todos un electro, una analítica y una placa,..pues entonces mal, pero si no pides la placa y auscultas y no estás seguro o te equivocas, ¿no será mejor pedir unas pruebas básicas para poder confirmar o por lo menos orientar mejor el diagnóstico?. También pasa que no siempre los que están en urgencias son los más experimentados, pero necesitan datos fiables además de una exploración; no sé si me entiendes lo que quiero decir, a veces te sientes un poco en la indefensión, porque a un juez llegado el caso, le importa una mierda si eras unidad de gestión³⁹ o no, te va a preguntar ¿por qué no le pidió las pruebas pertinentes? (Médico MI./HVN-Dr-2)

Según Javier Ruiz (1999: 250) no existe otra organización exceptuando las organizaciones docentes, escuelas o universidades, en que los trabajadores de base sean

³⁹ En el glosario de términos, se define unidad de gestión, y mas adelante se habla mas ampliamente de ellas.

mayoritariamente universitarios y además tomen decisiones con implicaciones directas en el coste.

Al observar durante una jornada laboral a las enfermeras, hemos podido ver cómo continuamente tomaban decisiones en las que estaba implícita una decisión con un coste económico:

-“Decidir entre poner un medicamento en vena, diluido y lentamente, ponerlo con dosificador, o ponerlo con bomba de perfusión”. (en este último caso hay que utilizar un sistema de suero especial que se adapta a la bomba y que suele ser más caro que uno estándar o que una simple jeringa).(Observ.Reanimación)

-“Cambiar un apósito de una herida cada 4 o cada 6 horas”.(Planta QUIR).

-“Poner una sonda vesical para resolver una retención urinaria con o sin balón”. (Planta QUIR).

-“Cambiar el sistema de gotero cada 24 o 48 horas” (Planta M I).

-“Utilizar vendajes de compresión o medias de un solo uso” (Planta QUIR.)

Sin embargo las enfermeras toman libremente estas decisiones y entre los criterios de decisión que utilizan no siempre está incluido el control del coste económico. En este sentido, algunos sectores de la economía mantienen que contrariamente a lo que pueda parecer, o lo que los profesionales perciban más o menos conscientemente, muchos de los gastos son debidos a lo que denominan “demanda inducida” o demanda que no satisface una necesidad real, sino provocada de manera interesada, y esto es lo que argumentan algunos gestores y administradores que no confían en los profesionales.

“[...] no podemos confiar sin confirmar, ya se sabe que cuando a la gente no le cuesta directamente el dinero, es más ligera para gastar. En esta empresa nunca ha habido tradición de ahorro por parte de los trabajadores” (Gestor/GE-1)

El economista Knight, ya en 1921 argumentaba que muchas de las decisiones de la gente se encaminaban, simplemente, a la mera satisfacción de sus deseos o necesidades, antes que a ninguna otra razón. A este respecto, en este estudio, no se han encontrado situaciones ni han aparecido en los discursos actitudes o comentarios en los que apareciera alguna categoría que indicara preocupación explícita por el

control del gasto económico exceptuando un médico, jefe de sección perteneciente a una Unidad de Gestión Clínica,⁴⁰ y un gestor.

No obstante, en la situación de incertidumbre en la que trabajan los profesionales sanitarios son muchas las veces que cabría preguntarse ¿qué decisión es la correcta, la más efectiva y eficiente?

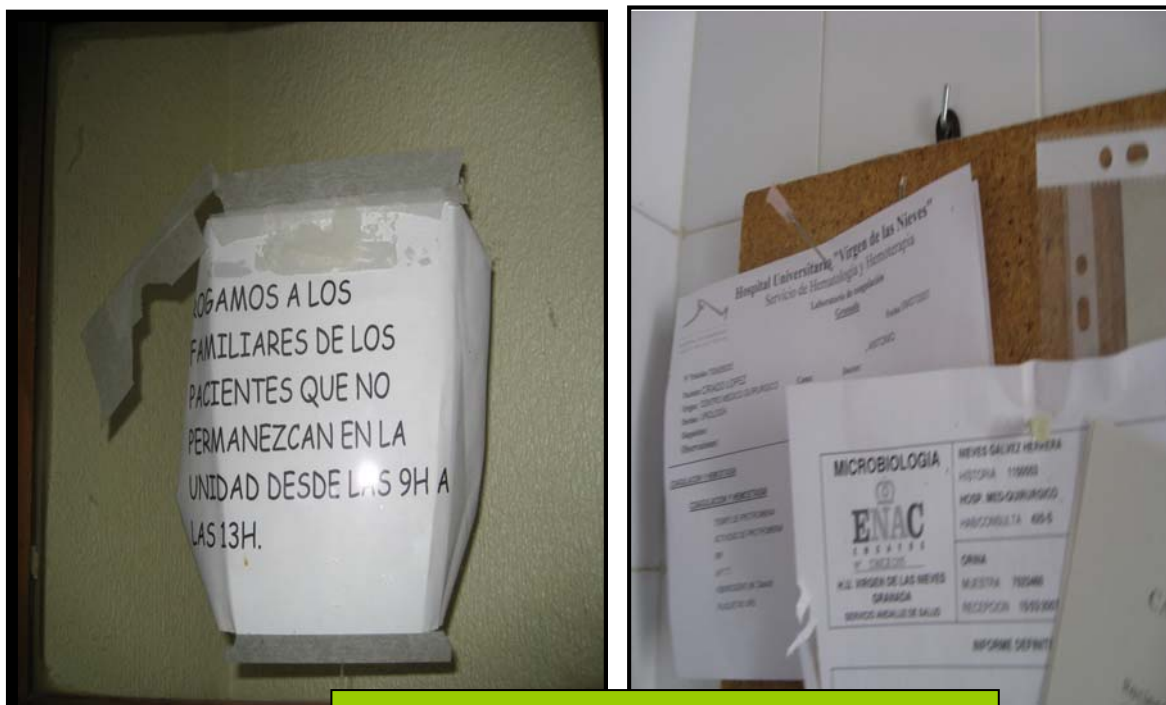


Foto 1: Carteles con agujas y esparadrapo

En las organizaciones sanitarias los gestores se enfrentan a multitud de factores, que ellos no pueden identificar, y mucho menos controlar, determinantes del precio establecido para un determinado servicio o producto. Ya en 1963, el economista Arrow establecía que bajo la condición de la incertidumbre en que los profesionales de la salud se encuentran, es muy difícil fijar unas reglas para un proceso de toma de decisiones. Como consecuencia de esto han surgido nuevas formas de gestión, que intentan vincular los salarios de los profesionales a su productividad, entendida ésta en términos de eficiencia, ejemplo de ello son las Unidades de Gestión Clínica⁴¹

⁴⁰El término de “*Clinical Governance*” se introduce por primera vez en 1998 en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido (concretamente: “*A first class service: Quality in the new NHS*” y “*The New NHS: Modern Dependable*”). Dada la corta vida del concepto de *Clinical Governance*, éste no ha alcanzado todavía la madurez necesaria para establecer una única definición.

⁴¹ Las tres reflexiones conceptuales más relevantes hasta la fecha en torno al concepto de *Gestión clínica* son:
a) Scally y Donaldson: los tres componentes principales de la definición que ofrecen son: responsabilidad, mejora continuada de la calidad y estándares

Da la impresión de que los administradores son juzgados por su gestión económica y sus indicadores de actividad, y no por sus logros en la calidad. Parece que estos ante la impotencia en la previsión de los gastos que los profesionales generan con sus actividades, intentan ahorrar en lo que pueden controlar, que es, además de la restricción de algunas compras de material, el número de nóminas, es decir, disminuyendo el número de contratos. Esto es lo que en los últimos años ha creado más problemas a las enfermeras, que están sometidas a una gran presión asistencial, y se sienten poco consideradas como profesionales.

b). Lugon y Secker-Walker: en su definición, ponen acento en el concepto de gobierno, de gobierno de lo clínico. Los dos componentes principales del *Gestión clínica* son: el establecimiento de una política clínica (guidelines and standards) y el seguimiento de la práctica clínica (clinical audit).

c) Kieran Walshe: la gran aportación del *Gestión clínica* es la consolidación de la calidad como prioridad en la organización.

La Gestión Clínica surge como respuesta al problema económico que viven hoy los presupuestos públicos, de los que el gasto sanitario constituye una buena parte, lo que ha propiciado un entorno de restricción presupuestaria. Por lo que ha sido preciso ajustar el nivel de eficiencia para con ello evitar consumos de recursos ineficientes, y por lo tanto, necesidades de financiación superiores.

A consecuencia de esto surge la idea de que los profesionales no sólo sea responsable de la atención del paciente, sino también de la eficiencia en el uso de esos recursos limitados. En este contexto de la gestión clínica, *cada decisión clínica implica un consumo de recursos (es decir, un gasto), lo cual obliga a establecer, en cada momento, en qué punto se alcanza el equilibrio entre recursos disponibles y nivel de servicio. A nivel macroeconómico, son los gobiernos, a través de su política sanitaria, los que definen el punto de equilibrio entre recursos, cobertura y cartera de servicios. A nivel microeconómico, es el médico el que, con su decisión clínica, define el punto óptimo de servicio, y ello le hace corresponsable de la eficiencia de la organización y del sistema*

.Se puede definir la de Gestión Clínica, como una *filosofía de trabajo en que los profesionales son responsables no sólo del tratamiento-curación del enfermo, sino también de realizarlo dentro de un marco caracterizado por unos recursos disponibles limitados*. El objetivo de la Gestión Clínica es, por tanto, lograr un mayor compromiso del profesional en la toma de decisiones, no sólo clínicas, sino también de distribución de recursos. Es decir, que comparta riesgos, en la microgestión.

Para realizar con éxito esta tarea, los profesionales, tanto médicos como enfermeras, necesitan que los gestores (tanto los grandes (macrogestores que se dedican a la planificación sanitaria), como los pequeños, (mesogestores o gerentes de las diferentes organizaciones sanitarias), generen marcos de trabajo con dos características:

Autonomía: El gestor clínico o jefe de la unidad de gestión (suele ser un médico, normalmente el jefe de servicio) ha de poder retribuir incentivos diferentemente a cada uno de los profesionales en función de los esfuerzos realizados, incorporar productos o ampliar cartera de servicios, disponer de herramientas de gestión, contar con sistemas de información que permitan dinamizar decisiones "just-in-time", realizar acciones de comunicación, etc. En este contexto puesto que son los profesionales los responsables, los gestores deben ser facilitadores de esta gestión. **Máxima responsabilidad:** Al "gestor clínico o profesional sanitario" hay que exigirle unos resultados clínicos adecuados, dentro de los estándares de calidad adecuados, a la altura de las expectativas y exigencias de los pacientes, que no pongan en peligro la viabilidad de la institución por incurrir en gastos económicos excesivos. Estas dos cosas, separadamente parecen sencillas. Sin embargo, encontrar el equilibrio entre la autonomía y la responsabilidad, es muy difícil, porque no existe una tabla de equivalencia automática. (Ruiz, 2004)

El enfoque de gestión clínica supone una oportunidad en tanto que implica una permanente y sistemática crítica de la calidad de los cuidados, entendiendo estos como un proceso integral donde están incluidos procedimientos de valoración, diagnóstico e intervención sobre los pacientes, utilización de recursos y evaluación de resultados esperados (Gordon, 1994). Empezar proyectos de desarrollo de la gestión de cuidados en el contexto de la gestión clínica añade valor a este enfoque (Gonzalo, 2000)

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ya en el 2000 elaboró el " Plan marco de calidad de la Consejería de Salud" donde se describe el Proyecto de gestión de procesos asistenciales y se define la guía para la descripción de procesos. En dicha guía se describen también los beneficios profesionales que según dicho estudio puede aportar esta forma de trabajo a los profesionales de enfermería, estas ventajas están apoyadas por otros trabajos publicados dentro y fuera del sistema sanitario Andaluz:

- Mejor identificación de la responsabilidad enfermera en las unidades de cuidados que constituyen su área de competencia (guía), a pesar de lo cual, está frecuentemente excluida de los debates de salud.
- Una respuesta a las demandas sociales, considerando los factores del entorno que están incrementando la demanda de cuidados enfermeros .
- Una alternativa al desarrollo profesional ya que evalúa la práctica y la efectividad de los resultados enfermeros. En Andalucía existe una gran variabilidad en las prácticas y en el grado de implantación de modelos de cuidados enfermeros (Gonzalez de Haro et al, 2000).
- Responsabilización de los enfermeros de los recursos que se les asignan lo que puede propiciar un mayor nivel de motivación, ya que les concede más autonomía para su actividad profesional (Lopez, 2000; Mariano, 2002).

La enfermera debe conseguir un modelo de organización de cuidados que muestre a los ciudadanos su contribución a los cuidados de la salud, pero esto a la vez que una oportunidad, puede constituir una amenaza, ya que el camino de la gestión clínica y desarrollo de procesos no está exento de problemas, puesto que obliga a hacer un gran esfuerzo para responder a las necesidades y expectativas de los clientes hacia los servicios sanitarios.

-Es frecuente que la supervisora de guardia, al inicio del turno, se tope con incidencias por falta de enfermeras suficientes en alguna unidad, bien porque no ha sido contratada alguna sustitución o bien porque ha faltado alguien de forma imprevista, en estos casos, la solución es cubrir la incidencia con una persona de otra unidad, lo cual implica dejar dos unidades con insuficiente plantilla, pero es la única alternativa posible en ese momento, pues de lo contrario, quedaría una de ellas sin ninguna enfermera. Estas decisiones deben tomarse, al no disponer la supervisora de guardia de autoridad suficiente para negociar horas extraordinarias o algún otro tipo de compensación que le permita llamar a alguien, para cubrir el puesto que ha quedado descubierto, y suelen ser mal acogidas por las enfermeras.

"hoy te mandan aquí, mañana te sacan y te mandan a la 4ª, no cubren las bajas, te tratan como una ficha de ajedrez, sólo existe el criterio del ahorro, pero también deberían pensar que una no rinde igual, si conoce la planta donde está, que si la mandan a otra planta desconocida; luego, bien que te exigen, y los enfermos no entienden que tú andes despistada. (Enfermera planta MED/HVN-M3)

Parte del "desprestigio", entre las enfermeras, de las direcciones de enfermería y de la falta de confianza que estas manifiestan hacia ellas, es porque al ser éstas parte del equipo de gestión, en muchas ocasiones tienen que posicionarse y defienden más un interés empresarial que un interés corporativista, que es lo mismo que decir que ejerce de principal en lugar de ejercer de agente.

Todo estos aspectos han preocupado mucho a los economistas; Graff (1971) señalaba que al no ser la economía una ciencia exacta, está influenciada por los principios que rigen la conducta humana que, por otro lado, es la que controla la vida económica (Cfr Ruiz, 1999:12).

Basada en este principio, en los últimos años se inició una política de incentivos para que los profesionales que viven de espaldas al coste que generan, vincularan sus decisiones a esos incentivos. Por esta razón, concretamente con la creación de las Unidades de Gestión Clínica, se pretende que los profesionales de una determinada unidad se comprometan a cumplir unos objetivos negociados y con un coste asignado mediante un presupuesto predeterminado, de forma que, en base al grado de cumplimiento de los indicadores que definan dichos objetivos, y dentro de los

márgenes económicos establecidos, los componentes de la unidad de gestión recibirán un incentivo económico.

Sin embargo, esto no es fácil, porque la organización sanitaria sigue teniendo un alto componente de la empresa burocrática, con unas rígidas leyes laborales difíciles de cambiar, y que han estado operando durante muchos años conformando una serie de supuestos culturales contrarios al cambio y la innovación y basados en un trato económico desvinculado de la producción o los resultados. Todo esto dificulta los cambios en la política salarial.

"Hagas lo que hagas te van a pagar los mismo, aquí siempre funciona el café para todos, hasta los incentivos son iguales (lineales), no sé lo que va a pasar con las unidades de gestión, pero me temo que va a ser más de lo mismo". (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

Podríamos concluir que las contradicciones de la conducta humana hacen que las decisiones "económicas" puedan ser unas y no otras, y que muchas de las relaciones que se establecen entre diferentes agentes se efectúen en un marco de incertidumbre, y de relación de agencia, esto ocurre entre gestores y enfermeros, gestores y médicos, e incluso entre pacientes y enfermeros, y pacientes y médicos. Esto puede explicar también el por qué los administradores de las instituciones sanitarias estudiadas, no toman ninguna decisión que no esté dentro del marco normativo del sistema, llegando a ejercer una falta de flexibilidad, que con frecuencia bloquea la toma de decisiones y la resolución de problemas, puesto que esta normativa, no siempre está capacitada para dar solución a todos los problemas, sobre todo a aquellos que surgen de conflictos de intereses entre trabajadores del mismo estamento o entre distintos estamentos. Esta excesiva burocratización hace que finalmente la solución sea ambigua y acabe en "café para todos". Sin embargo contrariamente a lo que podría parecer, esto no deja satisfecho a nadie, y por supuesto, no soluciona los conflictos, que se dilatan en el tiempo y se enquistan, apareciendo de forma recurrente.

La adaptación cultural a la falta de flexibilidad burocrática o normativa del sistema, lleva a situaciones, contradictorias, ambiguas y poco coherentes, como es el caso de los nombramientos de las supervisoras. Estos nombramientos, regulados por la normativa, requiere una especie de posición sujeta a un baremo que adjudica valores

a los méritos curriculares de las aspirantes, sin embargo todas las enfermeras saben que no ha lugar presentarse salvo que la dirección de enfermería le anime de forma más o menos explícita a ello:

"[...] llevamos ya tiempo sin supervisora, dicen que pronto se van a convocar plazas, pero que yo sepa en esta planta aún no han hablado con nadie, con lo cual...no se sabe quien se presentará".
(Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Por otra parte, está el poder coercitivo de los sindicatos sobre las direcciones de enfermería y las direcciones médicas, que ante cualquier cambio que afecte al estatus quo de cualquier trabajador, al que han de defender por igual, tenga o no tenga razón, contribuye también a que se interioricen y perpetúen estos supuestos.

"Nosotros no podemos permitir que tengan a la gente de esta manera, y si hay que movilizarse nos movilizaremos, es triste, pero es la única manera de conseguir las cosas, es que llevan meses que tenemos unos cuantos que no les pagan el nivel 3 y no hay manera, solo tienen que dar una orden muy sencilla, pero que si dicen los asesores u si dicen en Sevilla, el resultado es que llevamos tres meses y nada". (Enfermero sindicalista/HVN/SE-H6)

La consecuencia de esta excesiva burocratización en la que todos mandan, y todos ganan lo mismo hagan lo que hagan, la intolerancia al conflicto de decisiones de los gestores, y el poder coercitivo de los sindicatos, a mi juicio, refleja y perpetúa uno de los supuestos básicos de la cultura organizacional:

"Todos somos iguales y tenemos los mismos derechos hagamos lo que hagamos" [...] "me engañan en el sueldo pero no en el trabajo" [...] "Aquí es difícil entrar, pero más difícil es salir o que te echen" (Enfermero planta MED/HVN-H3)

"Yo me he tenido que bajar los pantalones más de una vez, porque no han tenido huevos de meterle mano a esta situación, tengo un tío que es un inútil, no hace nada, no sabe nada, pero eso sí, a final de mes pone la mano como todos. El colmo fue cuando intenté

cambiarlo de sitio, mandarlo a la consulta, porque es un peligro, y no veas la de presiones que tuve que soportar.[...], de sindicatos, de la dirección, de sus compañeros, al final la mala era yo, porque pobrecillo...¿pobrecillo?, si tuviera que cuidar a un hijo de ellos..., a ver que opinaban..” (Supervisora /HVN-S4)

“[...] en esta empresa todos somos jefes, todos opinan y hacen lo que quieren, la sanción no existe. Yo veo películas americanas. ¡Estás despedido!, y me río yo de esto, no es que quiera echar piedras a mi tejao, pero es que esto ya se pasa.”[...] “No sé si conoces el caso del celador ese que se emborrachaba todas las tardes, y montaba unos números que no veas, pero nadie le metía mano, y lo sabían todos los jefes, hasta que claro..., lo denunciaron unos familiares porque les faltó al respeto. Desde ese momento ya le llamaron la atención, pero ahí sigue, en el mismo sitio, y pa mí que sigue haciendo de las suyas..., hasta sus compañeros le reían la gracia”. (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

5.2.1 Relación de agencia entre pacientes y profesionales

Igual que pasa entre gestores y profesionales, las relaciones de agencia se dan también entre pacientes y profesionales.

Como ya se ha mencionado en el marco conceptual, un paciente, que es un cliente de la empresa sanitaria, no puede saber si un tratamiento es más idóneo que otro, ya que al carecer de información suficiente, no puede decidir en base a la calidad e idoneidad del tratamiento o las pruebas que necesita que se le apliquen para controlar o diagnosticar una enfermedad, o sobre si debe permanecer en el hospital o ser dado de alta, o si debe permanecer sentado, como le indica la enfermera, a pesar de que tiene dolor etc.

Esta asimetría de la información que establece las relaciones de agencia entre el paciente y el profesional, en las que el enfermero y el médico se convierten en agentes, y el paciente en principal, está presente en la organización sanitaria e históricamente ha regulado las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios, constituyendo una de las presunciones básicas que conforman la cultura organizacional, donde el paciente debe acatar las decisiones de los profesionales que con frecuencia adoptan una actitud paternalista, de la que hablaremos más adelante,

y dan por hecho que el paciente ha de obedecer y acatar los tratamientos, indicaciones, normativas etc., sin cuestionarlas, contribuyendo a un trato asimétrico y de dependencia entre ambas partes. Esto ha quedado reflejado en el discurso de algunos pacientes:

"Yo, señorita, qué quiere que le diga, no estoy bien, no me gusta estar aquí, pero si me dicen que aquí tengo que estar hasta que me hagan las pruebas esas, pues qué voy yo a decir con gesto de resignación, mientras su esposa asentía con la cabeza), ellos (los médicos y enfermeras) sabrán mejor que yo [...]" (Paciente hospitalizado/P/H3)

Esto, muestra otro aspecto de la cultura organizacional, un valor históricamente consolidado y aceptado por todo el personal sanitario, muy difícil de eliminar, e incluso a veces de visualizar, se trata del paternalismo y la capacidad de decidir por el paciente, sobre aspectos de su vida, como pueden ser la aceptación o no de un tratamiento o de un ingreso hospitalario.

Pese a que en los últimos años se han desarrollado leyes que contemplan el derecho de los pacientes hospitalizados a decidir por ellos mismos a través de la mediación del consentimiento informado (Ley 41/2002, de 14/12)⁴², todavía en parte debido a la mencionada relación de agencia, los profesionales sanitarios, sin excluir a las enfermeras, presentan en muchas ocasiones una actitud paternalista adoptando un papel de "protector" hacia el paciente que se traduce en acciones como el ocultar información o modificarla para hacerla digerible, aunque esto último es menos habitual. Mostramos algunas situaciones recogidas en el cuaderno de campo:

"Usted lo que tiene es que se le han atascado las tuberías y, poniéndonos en lo peor, tendremos que cortar el atasco y empalmar, pero eso ya lo veremos nosotros en el quirófano" (Observación, visita médica planta QUIR)

Esto en ocasiones viene acompañado por la complicidad de los familiares:

"Mi padre está mu malico, el médico le ha echao un mes como mucho (Pausa y suspiro con lágrimas), pero no queremos que él se entere, que lo que le quede, esté tranquilo, a lo mejor él se huele algo pero no dice ná, ¿Qué va a decir el pobre?" (Observ familiar paciente con cáncer en planta QUIR).

⁴² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15-11-2002, p. 40126-40132).

“Nosotras tenemos que tener cuidado con la información que damos, porque los médicos no quieren, porque más de una vez se han tenido problemas por una mala interpretación. Bueno (se ríe).o porque no han informado bien de todo y claro, nosotras hemos metido la pata hablando más de la cuenta. No sé otros médicos, pero estos (anestesiastas) les cuesta mucho dar la información, no les gusta mojarse porque aquí el enfermo está inestable y puede cambiar la situación en un momento, así que pensarán, cuanto menos sepan mejor. (se da cuenta de que sus palabras pueden ser mal interpretadas y se justifica) No creas, bueno me refiero a que a veces no es bueno informar mucho porque creas una ansiedad innecesaria”. (Enfermera Observación Reanimación).

"Hay de todo tipo de personas, unos quieren saberlo todo, y te preguntan tanto, que casi les tienes que explicar el Farreras (clásico compendio de medicina); yo he llegado a decir a uno: si usted no confía, pues no se opere, pero yo no le puedo decir absolutamente todo, hay que confiar y asumir que la cirugía tiene riesgos. También tienes el que no quiere saber nada o el que se acoge a la resignación cristiana, luego el mérito se lo atribuyen a Dios..(se ríe)" (Médico planta QUIR/ HSC-Dr7)

También a través del lenguaje profesional, se establece una distancia entre profesional y paciente en la que el profesional adquiere un estatus de poder y una posición social que le otorga el dominio del lenguaje del conocimiento científico, el control del entorno, etc. Esto está más marcado en los médicos que en las enfermeras, que manifiestan tener que explicar al paciente lo que ya le ha dicho el médico porque a pesar de que no se enteran completamente de lo que se les dice, en muchos casos no se atreven a preguntar.

"[...] esto es continuo, los pobres no se enteran, hay médicos muy sencillos pero, la mayoría, para el enfermo hablan en "ruso",..y claro.. luego nosotras se lo decimos poco a poco, a veces te preguntan lo mismo una y otra vez, y si me apuras yo creo que se lo preguntan a cada una de las que entramos en la habitación, a veces hasta ya te cansa." (Enfermero planta MED/HNV-H3)

Esto queda también reflejado en algunos estudios basados en las encuestas de satisfacción del SAS, donde los pacientes manifiestan estar satisfechos con la información que les dan las enfermeras de las que dicen recibir más información. (Esteban de la Rosa et al, 1994), también en la pagina web del SAS se pueden encontrar indicadores al respecto, sobre satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria

5.2.2 Paternalismo del sistema

Como hemos comentado, una de las presunciones básicas de la cultura de las organizaciones sanitarias, que ha quedado clara en este trabajo, es la aceptación de que la persona enferma, por el hecho de serlo, debe adoptar una situación de incapacidad para tomar decisiones sobre su vida y su enfermedad. La persona enferma debe adoptar una posición de sumisión ante las decisiones de los profesionales, de aceptación incondicional de las propuestas tanto de tratamiento como de cuidados que se le ofrezca.

Con frecuencia los profesionales sanitarios declaran incompetente a la persona enferma, para tomar decisiones, apelando a su falta de conocimiento. De esta manera se convierten en una especie de jueces que determinan la libertad de “opción y de acción” del paciente (Busquets, 2004: 6)

No es extraño que los profesionales apelen a la psicología o a la psiquiatría cuando aparece un paciente que se niega a recibir un tratamiento, achacando la decisión tomada por este a la ignorancia o a que posee algún trastorno mental, tratando de cambiar su conducta en aras de una supuesta e incuestionable posesión del mejor criterio para decidir “el bien del paciente”. Esto se ha visto reflejado en la forma en que muchos enfermeros entran en la habitación del paciente y ponen una inyección u otro tratamiento casi sin presentarse ni ofrecer explicaciones, y mucho menos pedir permiso para llevar a cabo el procedimiento (cura, medicación, etc.).

El paciente pierde su intimidad, sus “derechos” y su capacidad de decidir. Basta observar cómo se entregan documentos de obtención de consentimiento sin cerciorarse de que el paciente lo ha comprendido. La siguiente escena lo reflejó:

-Una auxiliar de enfermería, por indicación de la enfermera (no va identificada ni se presenta), se dirige a un paciente: *“Mire, aquí tiene un papel para que lo firme, para la*

prueba, me lo firma usted ahora y así ya lo tenemos en la historia". El paciente firma sin leer y sonriendo se lo entrega a la vez que comenta "mientras no sea un cheque en blanco". La auxiliar de enfermería ríe y se queda con el papel" (Observación RX)

Estas actitudes son contrarias a la esencia del cuidado enfermero, ya que cuidar se traduce en acciones de respeto a las personas, y el contacto con el medio sanitario no debería suponer una merma en la moralidad de las mismas, o tener que desarrollar conductas de obediencia incuestionable. Sin embargo, las actuaciones enfermeras adoptan las posiciones de un modelo biologicista y paternalista, descuidando los aspectos psicosociales del cuidado, para el cual es imprescindible la interacción de la enfermera con el paciente, sin cuya comprensión y consentimiento de las acciones de cuidados, no sería posible obtener el cambio de su respuesta humana, cuando esta es errónea, insuficiente o inadecuada ante sus problemas de salud.

Pero aquí se ejerce simplemente el rol de colaboración con el médico, que aunque es innegable su importancia, como ya hemos argumentado en la fundamentación teórica, al hilo de las propuestas de enfermeras teóricas de distintas épocas como, Virginia Henderson, Marie-Francoise Collier, Jovell, Maite Luís y otras, nunca los cuidados de enfermería estarán completos si no se parte de la multidimensionalidad de la enfermedad y las respuestas humanas del paciente ante la enfermedad, el tratamiento, la hospitalización etc.

Continuamente aparecen gestos y acciones que hacen visibles los valores del sistema sanitario, que ensalzan más la curación de la enfermedad y el uso de herramientas tecnológicas, cuanto más modernas y sofisticadas mejor, y eclipsan los valores intangibles⁴³ de la enfermería: las habilidades de cuidar. Esta ha sido una de las manifestaciones más claras de cómo las enfermeras se rinden a los modelos de curación mediante la sustitución del paciente, es decir haciendo las cosas por él en lugar de enseñarle o asesorarle, o ayudarlo a que progresivamente recupere su capacidad de autocuidado.

Durante la observación sistemática, hemos podido ver cómo en numerosas ocasiones, las enfermeras elegían poner una sonda vesical en lugar de enseñar con paciencia a que el paciente se levantara progresivamente, o preferían dar ellas

⁴³ Los activos intangibles fueron descritos por Chris Arguiris (1957) como aquellos que no se pueden limitar o no pueden ser fácilmente sustituidos. Rosa M^a Alberdi (1998) los llamó "el bien intrínseco" de la enfermería, es decir aquello que la profesión proporciona de forma única y que constituye un valor indispensable para su mantenimiento, aunque es siempre el mismo, se manifiesta de distintas formas adaptándose a cada época y circunstancia. Este bien intrínseco, no puede visibilizarse, provocando situaciones irresponsables, arriesgadas y peligrosas para la enfermería. Un ejemplo de esto es el discurso que nombra las parcelas de responsabilidad de una profesión, la identifican y distinguen de todas las demás. Este discurso no puede ser confuso

mismas la comida o delegar en la auxiliar o el familiar, en lugar de buscar la progresiva rehabilitación de la movilidad y habilidad del paciente. No obstante cabe decir, que es también la propia organización la que favorece estas prácticas, no adecuando las plantillas a las cargas de trabajo que requieren estas necesidades de cuidados. De ahí que las enfermeras, expertas en optimizar el tiempo, actúen así, pues se pierde menos tiempo lavando al paciente en la cama que enseñándole a levantarse y estar pendiente de que su familia, (en caso de un anciano o un paciente dependiente) aprenda e integre los cuidados que, además, va a necesitar aplicar en su domicilio cuando sea dado de alta.

A este respecto ponemos como ejemplo una situación observada en una planta de hospitalización:

-Un familiar de un anciano, que había sufrido un accidente vascular cerebral y que tenía paralizada la parte derecha del cuerpo, llama por el megáfono desde la habitación al control de enfermería, diciendo que el paciente quería orinar y necesitaba ayuda para acompañarlo al aseo, a lo que la auxiliar de enfermería le contestaba desde el megáfono del control de enfermería: *“No se preocupe, que se lo haga encima, en el pañal, y luego cuando hagamos la ronda del cambio de cama ya se lo cambiaremos, que se lo haga en el pañal que lleva puesto”*.(Observación planta MED)

La enfermera que está al lado, no se inmuta al oír esta contestación, y acepta la actitud de la auxiliar como buena y lógica.

Estas prácticas, por cierto bastante habituales, van en contra de la esencia de lo que debe ser la enfermería, e incurre en varios errores:

1. La despersonalización del cuidado⁴⁴, pues vemos que de forma constante y sin una valoración previa de la situación del paciente y familia, se aplica una sistemática de trabajo que prioriza la optimización del tiempo: *“A las 9 empezamos a revisar las habitaciones y los cambiamos a todos para el turno de noche, así se nos quedan tan agustico, y jale, a dormir!”*. (Observación planta MED)

2. La ayuda al autocuidado del paciente, la asesoría a los familiares y otros muchos cuidados de enfermería, quedan relegados a un segundo lugar, de modo que, nuevamente el paciente y sus necesidades de cuidado pasan a un plano secundario,

⁴⁴ Mas adelante hablaremos detenidamente de la despersonalización del cuidado, al hilo de las necesidades sentidas por los pacientes y familiares, de investigaciones que se han realizado sobre esto y del fracaso de estrategias del SAS para conseguirlo.

ya que en primer lugar está la consecución de un fin, que el paciente esté limpio y tenga la cama hecha para el turno de noche, pero estas prácticas son ajenas a la conciencia y la necesidad sentida del paciente, pues cuando el paciente necesitó y pidió ser ayudado fue a las 6 de la tarde, y pidió *“ser acompañado al aseo”*.

3. En tercer lugar, se deja de lado la dignidad de la persona que ha de ser cambiado en la cama, desnudo, lleno de orina, aunque sea en un pañal.

4. Pero hay una cuarta cuestión en esta situación descrita, y quizá la de peores consecuencias, y es que estas prácticas a base de ser repetitivas llegan a formar parte del “habitus” de las enfermeras, llegando a integrarlas como las únicas, las normales e incluso las deseables para el paciente, de modo que cuando un día, o dos, o varios días, por alguna circunstancia, el número de enfermeras o auxiliares es mayor y pudiera haber otro tipo de prácticas, en lugar de esta elección, las enfermeras eligen tomar un café, hablar de sus cosas o simplemente leer una revista, pero no mejorar la práctica.

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los modelos enfermeros preconizan, como uno de los roles centrales de los cuidados de enfermería, la potenciación o la ayuda para el autocuidado, pactando con el paciente los objetivos que debe marcar su progreso, entonces, el trato paternalista del que hemos hablado es contrario a la relación de ayuda que forma parte de la esencia del cuidado enfermero.

A menudo se practica también una imposición del saber profesional y una falta de consideración hacia necesidades humanas, de desarrollo, conocimiento sobre su enfermedad, relaciones familiares, etc. Esta exigencia puede ir de la mano de tácticas de persuasión o incluso de castigo o amenaza. Sirva como ejemplo la siguiente situación:

-En una planta quirúrgica, ingresa un paciente con un diagnóstico de cáncer de próstata. El paciente, tras ser informado por el cirujano, en presencia de sus hijos, de la necesidad de una intervención quirúrgica, éste rechaza operarse sin querer recibir muchas explicaciones. A partir de esta negativa se producen reacciones que van desde comentarios sobre la posible perturbación mental del paciente, las muestras de reprobación o la amenaza, defensiva, a los familiares. La enfermera detecta la presencia de los familiares en la habitación y avisa al urólogo (posiblemente a petición del propio urólogo), éste, acompañado por la enfermera, se acerca a los familiares (hijo y esposa), que están en el pasillo con cara de preocupación, y les dice más o menos textualmente:

“[...]si no se va a operar le damos hoy mismo el alta, que no nos sobran las camas y hay gente en espera, lo que le teníamos que decir, nosotros ya se lo hemos dicho, otra cosa es que no esté en plenas facultades y ustedes quieran hacer algo.[...] tiene que firmar el alta voluntaria, que nosotros no somos responsables de lo que pase”. (Mientras el médico habla, la enfermera asiente con la cabeza). (Observación planta QUIR)

Otra situación que ilustra esto:

-En Reanimación, un paciente le pedía a la enfermera que no le pusiera de nuevo un sedante al verla llegar con una jeringuilla, porque quería mantenerse despierto. Ésta apelaba a que lo había mandado el médico, pero viendo que el paciente no quedaba convencido acaba llamando al médico y le cuenta el problema. Al cabo de un rato el médico aparece al lado del paciente y le dice, casi sin mediar pregunta o explicación alguna: *“No me obligue usted a que le tenga que recordar que está usted aquí porque ha querido usted venir, si la señorita le pone el calmante, que además, usted no sé de donde saca que es un calmante, es porque no quiero que por culpa del dolor no me respire usted bien, y entonces a ver qué va a pasar”.* El paciente intimidado acepta el tratamiento. (Observación Reanimación)

En los dos casos ilustrados, la enfermera no solo ha perdido una oportunidad de tratar un problema de negación, de temor, o de falta de afrontamiento, que ni siquiera se planteó diagnosticar, sino que rápidamente le pasó la responsabilidad al médico, reiterando aquí la dejación de responsabilidad, que de forma habitual hemos podido observar en la enfermería y que tratamos más ampliamente en otro capítulo.

Esta actitud de los profesionales tendente a minimizar o escatimar la información, se refleja en las encuestas de satisfacción de los dos hospitales estudiados que se les hace a los pacientes ingresados; en estas se ve cómo los pacientes asumen la falta de intimidad como algo normal, ya que aunque manifiestan sentir esta falta de intimidad, no parecen considerarla negativa.

Aunque la mayoría de los pacientes manifiestan haber recibido poca información sobre el tratamiento, cuidados y las pruebas diagnósticas a las que tenían que ser sometidos, no manifiestan estar descontentos con la información recibida por parte de médicos y enfermeras⁴⁵, esta contradicción puede reflejar el conformismo de los pacientes con las decisiones terapéuticas o diagnósticas, cuyo alcance suelen desconocer.

⁴⁵ Tomado de las encuestas de satisfacción, 2004-2006, publicada en la web del Servicio Andaluz de Salud <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.aspTI> (consultado en 2007)

También en la información que se les da a los pacientes y en las relaciones que se establecen entre estos y los profesionales, se aprecia un desequilibrio entre una atención orientada cada vez más hacia el tratamiento y la enfermedad, en detrimento de un trato en el que prevalezca el factor humano o trato de cuidados personalizado.

La creciente especialización y tecnificación de los procesos terapéuticos y que camina hacia una superespecialización, envuelve toda la práctica, y descuida el sentido de los cuidados humanísticos que plantean muchos de los modelos enfermeros ya descritos en el marco teórico de esta tesis. Este es otro factor que facilita la tendencia a favorecer el trato de la enfermedad frente al tratamiento de la persona enferma, a pesar de que desde hace tiempo el modelo biomédico integró en sus discursos que “no existen enfermedades sino enfermos”. Posiblemente una de las razones por las que persisten estas tendencias, es por el arraigo que tienen en la cultura de los profesionales, ya que entre sus supuestos básicos está la certeza de ser depositarios del conocimiento exclusivo que propicia una relación asimétrica, una relación de agencia que ya hemos explicado.

Al paciente no le queda otro remedio que asumir que el único valor importante es el valor competencial de los profesionales, que éstos defienden a ultranza, poniendo límites a su territorio y estableciendo distancias que potencian su estatus, el estatus del saber incuestionable. Ante esta situación, al paciente no le cabe otra alternativa que callar, confiar y convertirse en sujeto pasivo. Una frase que a menudo se utiliza para tranquilizar a un paciente es “tranquilo, está usted en buenas manos”.

Son muchas los escenarios que así nos lo han mostrado:

-A menudo en el antequirófano, se ven pacientes en espera para que le realicen alguna intervención quirúrgica, rodeado de cables, bombas de perfusión, etc. Está en la más absoluta soledad, en la cama, mientras pasan por delante de él los distintos trabajadores, que llegan a ignorar su presencia hasta el punto de que hablan de sus cosas sin reparo, porque han olvidado que allí hay una persona, podríamos decir que el paciente se hace invisible. (Observación Quirófano).

Aunque en los discursos de los gestores y las elites de enfermería (direcciones de enfermería, escuelas, etc.), subyace la idea de la necesidad de incorporar a las relaciones entre enfermeros y pacientes, como valores básicos que permitan un ejercicio más simétrico de la relación, la confianza mutua, el respeto, la comprensión, la veracidad, la confidencialidad, la lealtad, etc. Esto, en la realidad no se ha producido, ya que implicaría la superación del enraizado modelo de relación paternalista, basado

en la autoridad que emana de la asimetría del conocimiento, de la indefensión psicológica y física que se mantienen mediante barreras que imponen este tipo de relaciones. (Comelles, 2000: 323)

"Comprendo que es difícil cambiar el chip, pero yo creo que la enfermería debe caminar hacia un cuidado integral de la persona, pero no siempre es fácil si no están de acuerdo en ello todas las partes, incluidos los médicos" (Gestor/G1).

En la actualidad a nivel de la macrogestión de las organizaciones sanitarias y docentes, se pretende la superación de este modelo, llevando esta relación hacia otro más científico en el que los profesionales ofrezcan la mejor información y evidencia posible y delegen la capacidad de decisión a los pacientes.

Uno de los pacientes entrevistados describía cómo tuvo que tomar la decisión de someterse a una intervención arriesgada, y tuvo que decidir entre el riesgo de operarse y el de no operarse; finalmente, después de escuchar la información de los pros y los contras, dejó de nuevo todo en manos del médico:

"[...] y yo le dije: (al médico)...mire, a mí lo que gustaría es que usted me dijera, qué haría usted si yo fuera su padre o su hermano, y el tío no me lo quería decir, pero al final me dijo:, hombre, pues yo le diría que se operara, y yo le dije, pues no se hable más, usted me dice cuando". (Paciente Hospitalizado/P/H3)

Estos modelos de relación, pueden llegar a constituir una transferencia de las asimetrías de autoridad, más que una transición hacia un modelo de relación más humanista, ya que es difícil cambiar los valores arraigados durante mucho tiempo, y cuando la imposición de los cambios viene formulada, como en este caso del "consentimiento informado", por ley (Ley 41/2002), lejos de conseguir cambiar el modelo, lo que se consigue como hemos podido ver en este trabajo, es formalizar un modelo de práctica profesional defensivo. Esto coincide con otros trabajos sobre el uso defensivo de los consentimientos informados y la forma de transmitir la información (Buchanan et al, 1989; Broggi, 1999, 2000).

Los supuestos de sumisión paternalista del paciente, arrastrados por el modelo médico hegemónico, y del que ha emanado y aprendido buena parte de la práctica

enfermera, es responsable de la dificultad que existe para una buena comunicación entre enfermeras y pacientes, que se aprecia cuando se ven actitudes que muestran el fracaso de esa relación, más evidente en los hospitales que en atención primaria.

Esta situación lleva a los pacientes al desamparo, la soledad y el desencanto, y en no pocas ocasiones, propicia la lealtad sumisa a un modelo autoritario, pero también al abandono terapéutico de los pacientes o la fuga hacia otras formas asistenciales⁴⁶. En la actualidad está creciendo el número de personas que aunque son beneficiarios del Sistema Sanitario Público, contratan otros seguros alternativos para evitar algunos factores negativos del Sistema Sanitario Público, entre ellos el trato del que hablamos.

A este respecto un familiar joven de un paciente que había estado hospitalizado y que al tener una enfermedad crónica tenía que ir con frecuencia a las consultas, decía:

"yo no tengo mucho dinero, pero si tengo una gripe o tengo que llevar a mi hijo, que tiene cuatro años, al médico...pues mire, yo me he hecho de Adeslas, que me explican sin prisas y sin colas, yo comprendo que a veces hay que esperar, pero que no te miren a la cara o te den una mala contestación ..todo por las prisas aunque también hay mucha mala educación..."

(Familiar de paciente domicilio/P/D4)

Otro aspecto que molesta a los pacientes es la relación despersonalizada que propicia el sistema. A este respecto un paciente hospitalizado al que la enfermera tenía que curarle todos los días un absceso perianal, decía:

"[...]a mí lo que me gusta es que venga todos los días la misma enfermera, esa..(duda sobre el nombre y mira a su mujer buscando ayuda), eso es, Paqui, una rubilla mu apañá, que ya me conoce, y deja a mi mujer que se quede en la habitación,,pero si viene una que no tienes confianza...(pausa larga)...es que (dice con risas) ya le he enseñado el culo a muchas..." (Paciente hospitalizado/P/H2)

⁴⁶ Según el Diario digital. Sanidad, las aseguradoras privadas han crecido de 2001 a 2006 un 21%. Diario médico 3. Viernes 8 de junio de 2007. (<http://www.upf.edu/recull/2007/juny/07061309.pdf>. julio de 2007)

Existen trabajos que muestran cómo los pacientes y usuarios piden al sistema una atención más personalizada y continuada de los cuidados (Informe EASP, 1999).

También el valor de la atención personalizada, se percibe en el ideal de la industria de la información, el entretenimiento, la cosmética, el automóvil etc., que muestran a la persona como el centro del consumo maduro (Verdú, 2006).

En este sentido en los últimos años, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través del SAS, se ha hecho eco de las expectativas ciudadanas, así vemos cómo El Plan de Calidad del 2001, sitúa al ciudadano en el centro del sistema, adoptando en su agenda política (macro gestión) estrategias para un trato personalizado. Así lo muestran los esfuerzos económicos para la formación de enfermeras clínicas, cargos intermedios y directivos, la implantación de tarjetas para los pacientes con el nombre de la enfermera, implantación de planes de cuidados funcionales dirigidos sobre todo a pacientes frágiles (por ejemplo; ancianos crónicos y oncológicos), etc. No obstante hay que decir, que existe gran variabilidad en la aplicación, siendo los hospitales ámbito de nuestro estudio, unos de los de menor nivel de implantación:

"[...] este año queremos centrar los objetivos de enfermería en la elaboración de planes de cuidados. No se sabe bien qué pasa en este hospital, pero estamos a la cola en la implantación de planes de cuidados. Vas a Córdoba, Málaga, o, en fin, a otros sitios, incluidos los comarcales, y ves que ya van entrando, pero aquí, ..aquí., bueno , no sé..habrá que ver en qué se está fallando"
(Gestor/G-1)

A pesar de estos objetivos políticos del SAS⁴⁷, esto no ha funcionado, así lo demuestra una revisión sistemática del 2006, que estudió la implantación de guías clínicas, donde se concluyó que existe una base de evidencia imperfecta para apoyar las decisiones y sobre qué estrategia sería más eficiente según las circunstancias, puesto que su éxito puede obedecer a muchas variables, algunas de tipo social (Grimshaw, 2006). Otros estudios anteriores, ya advertían de que no existen recetas mágicas, ya que no siempre coinciden las mismas circunstancias en los distintos ámbitos (Oxman, 1995).

⁴⁷ Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de salud: Sevilla, 2001.
Decreto de la Consejería de Presidencia 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía de 4 de mayo de 2002.

Parte del fracaso de la implantación de una atención humanizada y personalizada, ha sido por no considerar, a la hora de su implantación, una serie de variables que no pueden ser controladas por los estudios experimentales, ya que estos no siempre hacen un estudio detallado de todas las variables que operan en el éxito de la intervención sanitaria, sobre todo aquellas que dependen de aspectos sociales y creencias personales (Brimie, 2001)

Los cambios diseñados no han puesto el énfasis en el cuidado humanizado, sino que por el contrario se ha entendido como una aplicación sistematizada, y como muestran estos trabajos, no es fácil implantar cambios en las prácticas clínicas, si no se tienen en cuenta todos los factores, incluida la participación de los propios profesionales en el diseño de los mismos (López et al, 2007: 7).

Plantillas desajustadas

Pero hemos de decir que la atención y los cuidados personalizados, requieren no solo de preparación y voluntad por parte de las enfermeras, sino que además precisan del tiempo suficiente para llevarlos a cabo (Collier, 1981, 1987; Rigol, 2005; Morales, 2005). Sin embargo, hemos podido ver cómo en los hospitales ámbito de nuestro estudio, aunque no es un hecho aislado, se da una mala distribución y escasez de enfermeras, basada en parámetros históricos y en cargas de trabajo por tareas que no tienen en cuenta la dedicación afectiva, reflexiva y emocional de los cuidados

En este sentido, la relación de agencia y asimetría de información entre profesionales y gestores, puede en parte, ser responsable de la limitación de los recursos humanos, problema que ha surgido de forma recurrente en el discurso tanto de enfermeras, como de médicos y pacientes. El enfoque habitual para la adecuación de las plantillas, suele partir de un análisis poco riguroso de las mismas a nivel micro. Estas revisiones de plantilla, suelen ser fruto de presiones reivindicativas dentro de un clima de conflicto, mediatizado por intereses de gestores, profesionales y sindicatos o asociaciones profesionales. Dichas revisiones de las plantillas, cuando se han realizado, se han basado en ratios de población/enfermera o en consensos entre gestores y representantes de los profesionales, más que en investigaciones con resultados sobre su repercusión en salud (Morales, 2005: 9).

En el caso de la enfermería, se han desarrollado diferentes sistemas de medida de plantillas, la mayoría de ellos aportan escalas de medida que se centran en la variable "tiempo" y asumen un desempeño lineal y simple de actividades enfermeras (realizar

cura limpia, retirar o poner un suero, administrar oxigenoterapia, etc.). Estas escalas de medida obvian la complejidad de los cuidados (Hughes, 1999) y carecen de sensibilidad y especificidad y además se detecta mucha variabilidad en los distintos trabajos (Hernández, 1996; O'Brien-Pallas, 1992; Morales, 2005). Precisamente estos desequilibrios en recursos humanos son unos de los señalados por la OMS para ser ajustados (González, 2000).

Ante este panorama termina operando la desconfianza de los meso y microgestores que, al sentirse incapaces de conocer con certeza cuáles son las verdaderas cargas de trabajo de las enfermeras y por tanto las necesidades reales de plantilla, optan por utilizar parámetros obsoletos e ineficaces que, como hemos mencionado, se basan en número de camas, o en poblaciones, y desconfían de la presión de las enfermeras, que en ocasiones estos achacan a intereses oportunistas.

A este respecto comentaba un gestor:

"Si nosotros atendiéramos todas las demandas, esto sería un pozo sin fondo, y nosotros tenemos que ser cautelosos a la hora de administrar un dinero que es público. No hay una empresa en Granada que tenga la cantidad de bajas que tiene esta, tenemos un absentismo de más de un 15%, que se dice pronto, tenemos muy buena gente, pero hay muchos que vienen a hacer lo menos posible y eso es imposible de captar, nadie ha inventado todavía en la empresa pública los mecanismos para controlarlo". (Gestor/G2)

Pero la realidad es que en las plantas de hospitalización de los dos hospitales observados, las enfermeras están muy ajustadas, teniendo que centrarse sobre todo, en las tareas más visibles las cuales priorizan porque, según ellas, no pueden llegar a todo.⁴⁸

⁴⁸ Según datos del Consejo General de Enfermería, en España, en la actualidad, hay 237.775 enfermeros colegiados (231.001 enfermeras y 6774 matronas) siendo el colectivo sanitario más numeroso seguido por los médicos. En Andalucía hay 34.722 enfermeros colegiados (19.799 trabajando como plantilla en el SAS), lo que supone un ratio (enfermeros por/100.000 habitante) de 492, la cual es considerablemente inferior a la de otras provincias, siendo la de menor ratio Murcia (394.93) y la de mayor ratio Navarra (991.85) La provincia de Granada tiene 399.98 enfermeras por /100.000 habitantes.

En la web del SAS se puede ver comparadas las plantillas de Atención especializada y atención primaria: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_personal. La plantilla de Enfermería en los últimos años se ha incrementado sólo un 6 % pasando, según los datos de las sucesivas memorias anuales del SAS, entre los años 2000 a 2006 de 18.596 profesionales a 19.799. Este incremento es muy inferior al registrado por el colectivo de médicos en Andalucía que viene creciendo de forma sostenida año tras año, situándose en un 12% en ocho años, o incluso la plantilla de personal no sanitario que se ha incrementado un 32% en el mismo periodo. Por ámbitos de atención, según los datos del Sindicato de Enfermería, en Atención Primaria el SAS presenta una ratio de enfermera de familia de los más bajos del Estado -una enfermera de familia por cada 2.000 habitantes- frente a la recomendación científica de una enfermera de familia cada 1.400 habitantes. Por su parte, en los hospitales el estancamiento sufrido por la plantilla, unido al déficit generado por la

Esto es diferente en atención primaria donde en los últimos años se han volcado los presupuestos y las enfermeras gozan de más autonomía y cierta flexibilidad de horarios, esto se deja ver en su percepción:

"Yo llego y los días que tengo consulta estoy un poco más presionada, pero es porque quiero, que podría citar a menos y luego está cuando tengo que ir a visitar alguno; aquí nadie te puede controlar porque igual voy en coche que en autobús, o igual lo tengo a quinientos metros que a tres kilómetros esto no tiene nada que ver con el hospital, que yo he trabajado allí muchos años y me lo se digo si lo se" (Enfermera AP/CSM-M10)

Tanto la rotación de turnos (2 mañanas, luego 2 tardes, luego 2 descansos, tres noches alternas, 2 descansos que varían en número según se van ajustando a la jornada y el calendario laboral y así sucesivamente), como la inadecuación de las plantillas, dificulta la coordinación entre los servicios o niveles de actuación, que, en ocasiones tiene que frecuentar un mismo paciente, y que normalmente este tipo de pacientes corresponde al grupo de los más mayores, pluripatológico y dependientes. Este escenario no es precisamente el mejor para lograr una legitimación social de la enfermería como profesión.

Si la relación enfermera-paciente, como ya hemos comentado, debe basarse en confianza mutua, lealtad, etc., esto sólo se consigue con más personalización y continuidad en el trato, y es difícil que se produzca, no sólo porque el modelo imperante es despersonalizado, biologizado y medicalizado, y porque las plantillas no son adecuadas, sino también, y aquí añadimos otro problema difícil de resolver, por la excesiva rotación de los turnos de las enfermeras.

De esto último hablamos en la parte de la feminización (punto, 4.5.3), en la que se explicaba cómo las enfermeras preferían turnos que, aunque profesionalmente no los consideraban ideales, sin embargo, les facilitaban su rol doméstico-familiar, que anteponían al profesional.

aplicación de la jornada de 35 horas semanales, ha convertido a Andalucía en una de las comunidades con peor ratio de profesionales de Enfermería por habitantes. Actualmente la ratio del SAS es de 18,6 profesionales de Enfermería por cada 10.000 habitantes, cuando la media del Estado es de 21,4 enfermeras. Estos datos varían según las fuentes sean del consejo de colegios de enfermería, del INE o de los sindicatos profesionales, aunque en todos los casos se muestra una escasez de enfermeras en Andalucía.

5.2.3 La separación del paciente de su entorno y las posturas defensivas de los profesionales.

De la misma manera, que no se puede desligar a la enfermedad de lo emocional y lo moral, tampoco las personas enfermas deberían desligarse de su ámbito familiar (Martínez, 2000: 149). En el caso de la hospitalización, las familiares (suelen ser mujeres) siempre hacen de acompañantes y, también sufren las consecuencias de la enfermedad y la hospitalización. Existen trabajos al respecto, realizados en nuestro ámbito cultural, donde se muestra cómo las cuidadoras informales o familiares⁴⁹ pierden la salud a medida que aumentan los días de la enfermedad, y sin embargo no se despegan de la cabecera del paciente, o dejan su atención en el domicilio.⁵⁰ (Calvente y Mateo, 1992; 2004; Flores, 2000, 2002; Heierle, 2004; Frias, 2001)

En nuestro ámbito cultural suele suceder que cada paciente que llega al hospital va acompañado de su cuidadora o familiar responsable de su cuidado. Estas circunstancias confieren al hospital, unas condiciones que difícilmente se dan en el ámbito social, ya que durante un determinado período de tiempo, coinciden en un mismo espacio físico, pacientes, cuidadoras familiares y profesionales con un objetivo potencialmente común.

Los familiares, fundamentalmente cuidadoras permanecen mucho tiempo junto al paciente, y a pesar de que en ocasiones las enfermeras les recomiendan abandonar la habitación, la mayoría de ellas quieren permanecer con el paciente alegando razones como: dar al paciente afecto, cariño y compañía, y aseguran que el no poder estar cerca les produciría una gran ansiedad. (Celma, 2001; Quero, 2003)

La cuidadora o familiar de uno de los pacientes decía a este respecto:

⁴⁹ Se define cuidado informal o familiar a aquel que se realiza sin que medie ningún contrato ni remuneración económica, sino que las motivaciones son de tipo cultural por compromiso social o afectivo. Las cuidadoras informales o familiares suelen ser mujeres, y prestan cuidados en el seno familiar pero cuando algún familiar ha de ser ingresado en el hospital, ellas lo acompañan y lo representan, también suelen acudir a los centros de salud a hacer consultas. (García Calvente y Mateo, 1992; Calvente y Mateo, 1993).

⁵⁰ Otros trabajos muestran como las cuidadoras familiares que desarrollan un rol socialmente aprendido, realizan una serie de funciones no solo en el ámbito familiar, sino también en el propio hospital, contribuyendo a la mejora de la salud del paciente y realizando tareas de cuidados que suplen a las enfermeras cuando estas no llegan bien porque miran hacia otra parte o bien porque no llegan por falta de tiempo. En estos mismos trabajos se muestra cómo las instituciones, a pesar de que informalmente cuentan con las cuidadoras, éstas no disponen de espacios adecuados ni condiciones físicas o estructurales para realizar sus cuidados. Recientemente existe cierta preocupación por las cuidadoras, pero no para liberarlas de cargas de trabajo sino, por el contrario para reforzar su rol, aunque esto no está exento de críticas por algunos sectores feministas. Actualmente el sistema reconoce su función y les apoya en el marco legal de la ley de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias (Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

"[...] si estoy yo para que quiero molestar, (pausa para tomar aire) pues le doy yo el café a mi marido o la comida, pero es porque yo quiero... porque ayer me dijeron las señoritas que me podía ir porque yo, mire usted, estoy muy mal, que tengo un riñón menos (pausa) nueve días aquí clavada (pausa), y anoche me fui, pero no estuve a gusto, que luego me he arrepentido porque ha pasado mala noche[...]" (Familiar paciente hospitalizado/P/H-3)

Otro aspecto que las retiene en el hospital es el desempeño de un papel culturalmente asumido como es el caso de las esposas, acostumbradas a atender a sus maridos hasta en los detalles más mínimos, éstas, permanecen con el paciente para velar porque se mantengan sus costumbres durante su ingreso, y por deseo del paciente, que prefiere a veces, estar ayudado y acompañado por su cuidadora con la que tienen más confianza. Esto choca con la cultura de los profesionales, que les llaman "acompañantes", usurpandoles otras funciones que no sean las de acompañar, e invitándolas a que abandonen la habitación cada vez que le visitan o practican algún procedimiento (Celma, 2003).

"[...] es que mi marido es muy fastidioso, le da vergüenza que lo lave alguien que no sea yo... está chapado a la antigua, y no es porque lo laven mal, es porque le es violento que una muchacha joven lo lave... no lo puedo dejar solo." (Familiar paciente hospitalizado/P/H-3)

En el caso de las cuidadoras con experiencia, éstas necesitan asegurarse de que se cuida bien a su enfermo y no se van, por temor a que las enfermeras no puedan llegar donde llegan ellas, y para asegurarse de que el cuidado se lleve a cabo correctamente, ya que consideran que los cuidados en el hospital son muy estandarizados y que el personal en algunas ocasiones es insuficiente, esto último coincide con los hallazgos de nuestra observación sistemática.

"[...] yo francamente no estaría tranquila, dice el refrán que el ojo del amo engorda al caballo" (Familiar paciente hospitalizado/P/H-3)

Sin embargo llama la atención cómo en algunos casos las enfermeras se dejan ayudar de la cuidadora familiar, que ejerce pequeñas tareas de vigilancia de sueros, higiene o control de la eliminación, pero nunca en un espacio de colaboración negociada y reconocida formalmente, porque esto para ellas pondría en cuestión su profesionalidad:

"los familiares no tendrían por qué estar aquí todo el día, y si lo están deben limitarse a acompañar que es para lo que están, lo demás es cosa nuestra, porque no sabes la de veces que nos meten la pata, el otro día a una no se le ocurre otra cosa que cerrar el suero, y se me obstruyó,... idoble trabajo!" (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Aquí además surge como tantas otras veces, la idea de que lo "técnico es lo verdaderamente profesional", es decir, lo que distingue la tecnología del trabajo especializado, del cuidado "más doméstico", este último, si que puede dejarse a las cuidadoras sin que nadie cuestione, en este caso, la profesionalidad de la enfermera, pero de esta cuestión hablaremos más detenidamente en otro apartado.

Este deseo de las cuidadoras familiares, de permanecer en el hospital aún a costa de infringir alguna norma, choca con la cultura organizacional que secuestra a los pacientes de su ámbito familiar y lo separa de su contexto, decide por ellos, y no informa puntualmente de sus cambios en el tratamiento o las decisiones terapéuticas que se van tomando, lejos, si es posible, de los ojos de los familiares.

A este respecto se manifestaba una enfermera:

"Yo comprendo el papel de los familiares, pero es que a veces no comprenden que estorban, a veces una cosa que es para nosotros normal, ellos la magnifican, la dramatizan, y la interpretan mal, es mejor que no estén delante, sufren menos, y así nosotros cuando trabajamos estamos más cómodos, más libres". (Enfermero planta MED/HVN-H4)

Detrás de estos discursos subyace la separación sistemática del cuerpo de la persona como (lo biofísico) con la persona como parte de un sistema familiar al que se le niega su lugar (psicosocial).

Lo dicho hasta ahora, coincide con la experiencia de Comelles (2000: 316) donde describe cómo “*el enfermo deja de ser un sujeto social*”. Para el autor, no se trata solo de una actitud técnica, sino que en este contexto, el paciente es situado en condiciones de “no-ser”, al margen de su voluntad y de su capacidad de decisión, impidiendo su interacción con el medio.

El distanciamiento profesional aquí tiene doble función; por un lado es un mecanismo de defensa ante el horror; y por otro, preserva la seguridad de su posición incuestionable, lejos del juicio de los familiares, que multiplican su atención y agudizan sus sentidos para encontrar información, explicaciones, esperanzas y consuelo en cualquier gesto de los profesionales:

"Yo lo que quisiera es que me miraran, que miraran (no se refiere al sentido literal de mirar sino a detenerse, hacerle caso) a mi hermana un poco, que dijeran, no se..éque diría yo?..que hablaran más, nosotros somos una familia muy cariñosa y no estamos acostumbrados a estos desplantes" (Paciente hospitalizado/P/H-3)

-En la puerta de salida de los quirófanos, es frecuente ver agolpados a los familiares, atentos a cualquier movimiento, a una puerta que se abre, a alguien que entra y sale, dirigiendo siempre la mirada hacia el fondo del pasillo donde supuestamente está su enfermo, buscan en la mirada de los que entran y salen un gesto, una prueba de que todo va bien, cada vez que se abre la puerta del área de los quirófanos todas las miradas buscan la mirada del que sale por ella, pero los que salen, independientemente de su estamento profesional, concedores de esas expectativas, rehúsan cruzar la mirada, casi sistemáticamente bajan la cabeza o distraen su atención dirigiéndola hacia otro punto, todo menos comprometerse, o dar pié a una pregunta incómoda. Se observa una huida constante, una defensiva cerrazón hacia el universo exterior del paciente.

Las enfermeras del área de hospitalización están más indefensas ante esta situación que las de las unidades de cuidados críticos, como reanimación, UVI o quirófano, donde el “secuestro” del paciente es total, en aras de una asepsia o riesgo de contaminación, que a los ojos de los familiares solo existe para ellos, pues se les impone un ritual de vestimentas estricto para entrar a la hora de visita, que sin embargo, los profesionales no siguen normalmente.

Salta a la vista que las enfermeras tienen más difícil protegerse o desconectarse del sufrimiento de los pacientes y familiares, al estar su ámbito de trabajo más cercano a estos y durante más tiempo, por lo que irremediablemente deben esforzarse más para atender las necesidades de los pacientes y familiares, aunque dentro de lo que Comelles describe como *“la practica de una forma de indiferencia afectiva indispensable para soportar un trabajo sometido a la contemplación cotidiana del horror y del sufrimiento,[...] pero el horror no puede ser eludido y la jerarquización del servicio dosifica su gestión”* (Comelles, 2000:317).

Si se le quiere dar un valor humanista a la enfermería y en general a la atención profesional sanitaria, tendremos que lograr un cambio cultural en el que se potencie el acercamiento a los pacientes promoviendo actitudes que tengan en cuenta sus preferencias y necesidades, que dejen a un lado la indolencia profesional que surge del supuesto de que el paciente debe someterse de forma ciega e incondicional a las propuestas profesionales, centradas más en la competencia y efectividad que en la afectividad; para ello, es necesario desarrollar habilidades no solo de curar, sino también las de cuidar.

El cuidado requiere un adiestramiento apropiado dirigido a ejercer de intermediarios y de agentes principales. La enfermera debe tener claros aquellos conceptos relacionados con valores, expectativas, preferencias, pactos en situaciones de desacuerdos morales, procesos de negociación y de decisiones compartidas, y consejos no coercitivos, para lo que se requiere un entrenamiento específico. Pero además este proceso instructivo, para que tenga éxito, debe acompañarse de los recursos necesarios, en forma de tiempo, espacios y respaldos formales, que faciliten el acceso a la información necesaria para ejercer un modelo de relación entre enfermeras y pacientes, en el que las enfermeras puedan aportar sus conocimientos científicos actualizados en forma de consejo profesional, que permita llevar a cabo un proceso de decisiones compartidas en el que el paciente sea el protagonista de su enfermedad hasta lograr ser, en lo posible, independiente para su autocuidado.

No obstante, a pesar de los impedimentos culturales del modelo médico y de los desajustes administrativos, son numerosos los autores que opinan que es posible que la propia Enfermería sea la que más esté propiciando esta situación. (Domínguez, 1990: 69; Alberdi, 1999: 12; Lunardi, 2000; Aiken et al, 2002; Siles, 2005) a este respecto tomamos las palabras de Siles:

“mientras todo esto ocurra, hay que reconocer que la parte más delicada de este proceso de lucha dialéctica, la constituye la lucha interna, la guerra civil

de mujeres contra mujeres y enfermeras contra enfermeras, que siguen sin llegar a consensuar aspectos esenciales y básicos para alcanzar una síntesis de lo que debería ser la enfermería y de su papel en la sociedad". (Siles, 2005: 8)

Pero quizá no sería justo culpabilizar solo a las enfermeras. Las investigaciones que han analizado el tipo de relación entre médicos, gestores y enfermeras, han podido constatar y explicar un tipo de trato marcado por relaciones asimétricas y opresivas que se producen en el ambiente sanitario, tanto a nivel asistencial como docente. Ejemplo de ello son los trabajos sobre la hegemonía del modelo biomédico en la educación para la salud de Merideth, 1994; Wollerstein y Sanchez -Merki, 1994, (Cfr Medina 2005: 149), y otros que han analizado los mecanismos por los que la enfermería mantiene un estatus de sumisión con respecto a la medicina (Kendall, 1992; Roberts, 1983). Para Medina, la hegemonía de la medicina ha conferido a la enfermería un círculo de opresión – internalización – sumisión - opresión - internalización (Medina 2005: 149).

Si bien, la mayoría de estos autores pertenecen a una cultura organizacional de empresa sanitaria privada, en la enfermería de los escenarios estudiados en esta tesis, se aprecian también estas relaciones de poder, marcadas por una gran biologización de la praxis enfermera, a costa de un déficit de humanización y un dominio del modelo médico hegemónico, más centrado en la enfermedad y sus síntomas que en las respuestas humanas a la enfermedad, en estos aspectos, de los que ya hemos mostrado algún apunte en el primer apartado, iremos ahondando y analizaremos a lo largo de esta discusión.

Pero antes, conviene conocer algunos aspectos de la cultura organizacional que muestran cómo se ejerce y distribuye el poder y que constituyen una de las partes más visible, es decir, que conforman lo que hemos denominado productos de la cultura.

5.3. Control del poder de la comunicación: distribución de espacios, vestimenta y lenguaje

Una de las características fundamentales del hombre es la capacidad de relacionarse entre sí, transmitiéndose información y emociones, es decir mensajes de tipo cognitivo y afectivo.⁵¹

La comunicación lingüística no es solo verbal, sino que en gran medida lo es también corporal. La cultura social es la transmisora de estos lenguajes corporales, que pueden ser diferentes en cada cultura. El medio, como veremos en el apartado de la territorialidad, también influye en la emisión del mensaje, entorno, luz, calor, decoración, objetos, distribución del territorio etc. El cuerpo, el espacio privado, así como la estética personal y con ella la forma de vestir, constituyen todas ellas importantes elementos de comunicación.

Las organizaciones han ido creando una trama de significados compartidos, expresados por lenguajes, a través de los cuales se comunican sus miembros y que constituyen importantes elementos de su cultura, ya que el lenguaje, no es solo un sistemas de signos para comunicar contenidos, sino que es, además, una concepción del mundo. (En los grupos culturales, los lenguajes, junto a la religión y la historia, han configurado la superestructura étnica de identidad)

En este trabajo hemos podido apreciar la existencia de lenguajes internos (entre los profesionales) y externos (con los pacientes y usuarios), cuyas partes describimos a continuación de forma esquemática:

- El léxico propio de los profesionales sanitarios, que les posiciona en un estatus superior y marca barreras en la interrelación.
- La vestimenta específica y sus denominaciones, que muestra una imagen jerarquizada de los trabajadores, y su estatus profesional
- Los lenguajes de comunicación jerárquicos (mandato u orden directa, circulares, tuteo o trato paternalista, distancias corporales y espaciales, etc.). Estos han mostrado el alto grado de burocratización de la empresa y el descuido en el que

⁵¹La información procede de señales expresivas que son captadas y, en el caso humano, seleccionadas e interpretadas, a través de las cuales se recibe un mensaje (con un contenido significativo). Un acto del lenguaje es siempre enunciativo, intencional, operativo. En semántica comunicacional, no es el código lingüístico, sino la actividad comunitaria del lenguaje, lo que produce el significado. Los lenguajes tienen sentido pleno cuando se encuentran en situación.

se encuentra la comunicación interna, lo cual podría indicar que a ésta, se le da poca importancia, sin embargo como veremos después, es la propia estructura burocrática la que se vuelve contra sí misma.

- El lenguaje de la comunicación afectiva entre “iguales” o “no iguales”, que también distingue el orden jerárquico, como el hecho de que los médicos tuteen a las enfermeras mientras las enfermeras les tratan de usted.
- La recepción y despedida de clientes y visitantes, que muestra alguno de los valores del sistema sanitario y lo que significan los clientes, lo que pueden esperar de nosotros, y cuales son nuestras funciones. En este caso hemos visto cómo las enfermeras están perdiendo la oportunidad de mostrar a los pacientes y usuarios sus valores profesionales intangibles.
- La recepción de nuevos trabajadores y su socialización, que hemos descrito fundamentalmente observando las prácticas de los estudiantes de enfermería. (Apartado 5.6.2)

5.3.1 La territorialidad en la organización

La organización sanitaria en general y el hospital en particular, construyen espacios y territorios internos que se han ido constituyendo a lo largo de su historia. Es la historia de la organización la que crea territorialidad (Aguirre, 2004: 203).

Siguiendo la propuesta de Aguirre (2004), hemos ido explorando y analizando las diferentes perspectivas desde las que se constituye la territorialidad de las organizaciones sanitarias que hemos estudiado.

- En primer lugar, el territorio propiamente dicho del hospital se configura como una membrana permeable que lo envuelve, a través de la cual, ésta interactúa culturalmente con el exterior. Este espacio es dinámico y cambiante, pues se adapta constantemente al otro espacio de la organización que es la del cliente externo, el cual también se apropia del territorio de la organización.

-Con frecuencia los familiares de los pacientes que están mucho tiempo ingresados, y que como hemos explicado suelen ser mujeres “cuidadoras familiares”, se instalan en la habitación del paciente y toman posesión del mismo. Esto parece por un lado, un intento de hacerlo más cómodo, importando objetos y ropas personales y por otro una forma de acercar al paciente su mundo exterior (zapatillas de andar por casa, objetos

para el aseo personal, radios, teléfono móvil u otros aparatos, revistas, macetas, estampas religiosas, e incluso comida, a pesar de las recomendaciones, sobre esto último, de que no lo hagan. Si esta apropiación del espacio se limita la habitación del paciente es más o menos tolerada por las enfermeras, pero cuando este territorio se amplía al pasillo, es una infracción grave, ya que se trata de apoderarse de un espacio que les pertenece casi exclusivamente a ellas, llegando esta actitud a ser contraria incluso al uso terapéutico de los pasillos como único lugar donde los pacientes pueden pasear e ir ejercitando su movilidad, por ejemplo después de una intervención quirúrgica, en cuyo caso es conveniente deambular precozmente.

Esta característica de la territorialidad, en la que las organizaciones se suelen acercar al mundo exterior, queda desdibujada por el carácter de empresa pública, donde el cliente no tiene que ser captado. De ahí que entre los valores culturales de las enfermeras y médicos, no acabe de cuajar la centralidad del paciente, a pesar de que los macrogestores así lo quieran transmitir. No obstante cabe decir, que en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo por adaptarse a las necesidades del cliente externo, de modo que todas las habitaciones disponen de TV y teléfono que pueden utilizar durante las horas diurnas, mediante el uso de una tarjeta. No hace mucho, y así lo recuerda alguna enfermera, la falta de estos servicios los compensaban los familiares portando sus televisiones, sus sillones cómodos etc.

"Antes entrabas en algunas habitaciones y parecía que habían montado un campamento, tenías que entrar saltando por encima de las cosas, los poyetes de las ventanas llenos de cosas [...]" (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

- En una segunda visión de la territorialidad, podemos ver la estética de los edificios, su ubicación y disposición, su decoración, etc., aquí la organización nos ofrece imágenes y símbolos espaciales de identidad cultural. De la misma manera que existen individuos desaliñados y descuidados de su imagen corporal o por el contrario otros cuidadosos de su estética y de su forma de comunicarse corporal y verbalmente, sucede lo mismo con la espacialidad organizacional de las empresas sanitarias, ámbito de nuestro estudio.

En este sentido hemos podido constatar cómo las organizaciones sanitarias estudiadas descuidan su aspecto, mezclando decoraciones, mostrando obras

inacabadas (reparo de pintura o huecos en el techo), y careciendo de señalizaciones claras y visibles:

-Si llevas bata blanca o cualquier uniforme, te abordan con frecuencia con un volante en la mano que no siempre especifica claramente el lugar al que debe dirigirse la persona que lo lleva, o porque la señalización del lugar descrito no aparece o es ambigua, como ocurre en un pasillo donde varias puertas anuncian “RX peligro de radiaciones ionizantes”, o “prohibido el paso”, pero nada indica a donde debes dirigirte. En no pocas ocasiones los anuncios están puestos burdamente por los trabajadores, que espontáneamente han decidido que los pacientes deben o no entrar o salir por determinado sitio. (Observación distintas zonas).



Foto 2: Imagen corporativa poco cuidada

- En tercer lugar, la organización crea lo que constituye su cuerpo estructural (edificios, recibidores y pasillos, ascensores, áreas de trabajo o producción, despachos, salas de estar de profesionales y trabajadores, salas de espera de familiares, etc.), asignando espacios a las diversas personas y funciones, espacios donde se desarrollan toda una serie de interacciones sociales y roles que se producen dentro de la empresa. Estas interacciones espaciales ordenan las diversas formas que tienen los miembros del hospital de apropiarse el espacio (desde la forma de las mesas de reuniones y despachos, hasta la privacidad o la personalización, la decoración, el lugar jerárquico o estratégico que ocupan, sus dimensiones, etc.).

También forma parte de la imagen corporativa, que lanza la organización, la forma en que visten sus trabajadores. Desde esta perspectiva hemos podido ver cómo la vestimenta y la distribución de espacios, además de la adaptación a las prácticas laborales, muestra también el reparto o asignación de las distintas parcelas de poder. Esta perspectiva la veremos a continuación con más profundidad, por constituir uno de los intereses señalados por nuestros objetivos.

5.3.2. El uniforme delimita diferencias funcionales, adjudica el estatus de poder y marca diferencias de género.

Igual que ocurre en la sociedad, y con el cuerpo territorial del hospital, también el cuerpo de los actores portadores de su cultura organizacional es emisor de señales y elemento de comunicación. Esas señales son transmitidas mediante la palabra, los gestos, mímica, pero la forma más visible de estas señales está en el aspecto externo en el que juega un importante papel, por una parte los espacios o territorios que ocupamos y por otra nuestra vestimenta. Esta última está definida por el uniforme, que emite mensajes sobre quiénes somos, qué se puede esperar de cada uno, y sobre todo, de cómo deben relacionarse los demás con nosotros.

El uniforme, que en este caso presenta al cuerpo, tiene también un valor emblemático como primer objeto que se ofrece a la mirada y expresa el lugar y la posición de cada uno dentro del sistema. Pero además, por la imagen de sí mismo que se expone para los demás, se puede ver el lugar y la posición que uno reivindica para sí, posición que los demás pueden poner en tela de juicio, de ahí que unos ensalcen su vestimenta y objetos que la apoyan, mientras que otros la ocultan.

También se aprecian diferencias de género en las determinadas formas y normas de vestir. Cuando esta diferencia en la vestimenta no está suficientemente definida, los estatus más altos se sirven de instrumentos o abalorios que simbolizan la posición de cada uno. Algunas de estas ideas coinciden con las descritas por Foucault (1984).

En muchas ocasiones, ya sea de forma deliberada o inconsciente, algunos estamentos utilizan estrategias para disimular las diferencias en la vestimenta que les asignan un estatus inferior. Todo esto se lleva a cabo de forma más o menos consciente o deliberada por parte de los distintos actores del sistema, pero además

está propiciado de forma explícita y formal por la organización cuyas normas propician las diferencias. La siguiente descripción puede aclarar esta observación⁵²:

-Todas las enfermeras visten con un pijama azul. Cuando hace frío pueden ponerse una rebeca de lana que forma parte del uniforme que les entregan, la bata blanca no forma parte de la dotación de las enfermeras base, sin embargo a los enfermeros base (masculinos), y a los supervisores /as les entregan una bata blanca, como la de los médicos, que sustituye a la rebeca de lana.

-Los médicos visten siempre de blanco excepto en el área de quirófano que lo hacen de verde, algunos enfermeros masculinos que trabajan fuera del área de hospitalización, pueden también vestir con bata blanca; sin embargo los médicos se sirven de objetos como fonendoscopios colgados al cuello o visiblemente metidos en el bolsillo, abundantes libretas de notas, bolígrafos etc., instrumentos que simbolizan su estatus.

No hay que olvidar la función higiénico-sanitaria del uniforme, pero no es casual que los enfermeros masculinos, son más proclives a utilizar la bata blanca como complemento e incluso a veces encima de la ropa de calle.

-Es difícil distinguir entre enfermeras y auxiliares de enfermería, ya que es habitual que lleven doblado el extremo de las mangas, y es ahí donde está la diferencia, ya que las auxiliares llevan unas rallas oscuras en el extremo de la manga. El resto del personal, celadores, limpiadoras etc. visten con colores diferentes.

-En los hospitales de nuestro estudio, en la actualidad tanto las enfermeras como los enfermeros visten como uniforme un "pijama" compuesto de pantalón y camisa que cambia de color y forma dependiendo del hospital e incluso, dentro del mismo centro, de la política de compras (es la institución quien provee de dos uniformes a cada enfermero al comienzo del contrato y de uno más cada año que sigue). Esta vestimenta está personalizada mediante un nº que le asigna el servicio de lencería, donde periódicamente se acude a cambiar el sucio por uno limpio.

-La mayoría de las enfermeras que trabajan en los quirófanos son mujeres, lo mismo ocurre con el área de hospitalización, sin embargo no es así en RX, laboratorios y otros servicios de diagnóstico, donde hay una mayoría de enfermeros masculinos. Estos enfermeros suelen vestir con pijama azul, pero algunos de ellos es difícil distinguirlos de los médicos porque van con ropa de calle y bata, o se colocan la parte superior del pijama sobre la ropa de calle. Las supervisoras tienen un uniforme

⁵² En la actualidad han cambiado los colores de los uniformes, de forma que las enfermeras llevan pijama blanco, pero la esencia de nuestras observaciones sigue siendo igual de vigente.

distinto al resto del personal que consiste en un pijama blanco con un reborde azul. (Observación planta quirúrgica P7, P8 y médica P9 y P10, en quirófano y RX).

Parte de estas observaciones coinciden con lo descrito por Freire (1992) en su obra "Pedagogía del silencio", éste describe cómo los grupos subordinados se convierten en oprimidos cuando internalizan los valores, creencias y normas prescritas por el grupo dominante, y sus miembros tratan de llevar a cabo conductas como las de los individuos pertenecientes al grupo dominante con la vana pretensión de alcanzar el poder y control de aquéllos (Cfr. Medina, 2005: 150). Esto último, dada la importancia que ejerce en el desarrollo profesional de las enfermeras, y puesto que constituye una de las consecuencias más importantes de los valores culturales de las organizaciones ámbito de esta tesis, lo discutimos ampliamente en otro apartado (punto, 5.4).

En este sentido, también Roberts (1983) describe en su trabajo, cómo los primeros intentos que los africanos colonizados llevaron a cabo para cambiar sus condiciones fue adoptar las vestimentas y modales de los colonizadores. De modo que los nativos más deseosos de obtener poder e influencia, intentaron asemejarse al máximo a los colonizadores.

Nuestra observación ha permitido ver cómo a través del uniforme se establecen y se asignan parte de las posiciones jerárquicas. La vestimenta, y en este caso el uniforme generan distinción, demarcación, diferencia. Cada trabajador se distingue por el color del pijama; las enfermeras difieren de los auxiliares de enfermería por unas rayas oscuras en las mangas, los médicos sin embargo tienen asignada una bata blanca, que nunca ha cambiado de color ni apenas de forma, esto ha otorgado a la bata blanca el carácter de símbolo de autoridad y poder que no tienen el resto de los uniformes.

Sin embargo las enfermeras se quejan de que les cambien el uniforme constantemente, sin que se aprecie en este ningún signo de identidad:

" [...] antes íbamos de chachas, con la cofia ésa, ahora vamos de peluqueras, nuestro uniforme lo lleva en la calle cualquiera [...]"
(Supervisora/HVN-S2)

Esto ha quedado más claro cuando se ha podido observar que en atención primaria, donde las diferencias jerárquicas están menos marcadas y las enfermeras gozan de más autonomía profesional, estos han prescindido del uniforme como elemento de

distinción, llevando tan sólo una bata blanca y en ocasiones, una tarjeta de identificación donde se indica su nombre y su categoría profesional.

Pero como ya se ha comentado, la presentación del cuerpo y su vestimenta no se limita solo al uniforme o vestido, sino que también existen multitud de objetos que portan los distintos actores, que en ocasiones son herramientas de trabajo, y que representan símbolos de lo que cada uno es, y el lugar jerárquico funcional que ocupa, en otras ocasiones representan escenas que reafirman estereotipos, sobre las enfermeras o los médicos, que los pacientes ya tienen integrados antes de llegar al hospital:

-Las enfermeras suelen llevar bateas o bandejas donde llevan la medicación (jeringas, sueros, etc.) o el material que necesitan para la realización de un procedimiento, nunca un médico porta una batea o empuja un carro de historias clínicas.

-Las auxiliares de enfermería pueden tirar del carro de la ropa o llevar (solo en Reanimación y servicios especiales donde el paciente no tiene baño en la habitación) una cuña a un paciente que necesite orinar en la cama, pero esto es raro que lo haga una enfermera. Un médico que necesite arrastrar un aparato de un sitio a otro como por ejemplo el ecografista, irá acompañado de un celador o una auxiliar que lo transporte, aunque este aparato rueda bien y pueda ser transportado empujando con el meñique.

-Se ha observado también cómo en el pase de visita de algunas plantas de hospitalización la enfermera arrastra el carro de las historias clínicas, aunque luego tengan un papel pasivo durante la visita médica a los pacientes de la sala (Observaciones en reanimación y plantas MED y QUIR)

5.3.3 La distribución de los espacios delimita y otorga diferencias en el poder.

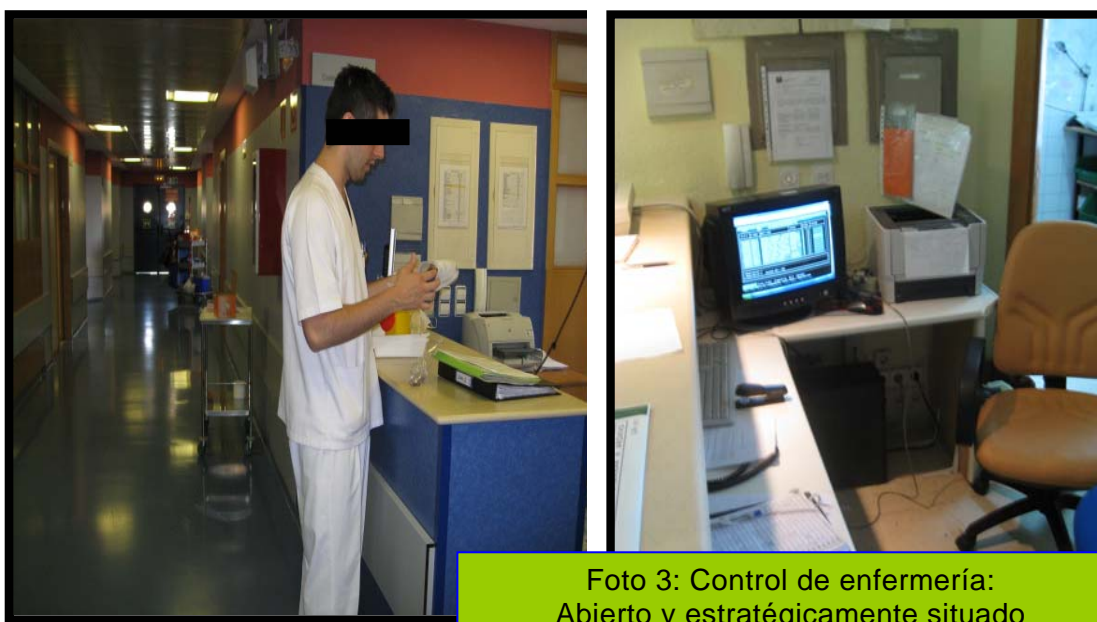
Igual que pasa con nuestra vestimenta y los objetos que portamos, los espacios que ocupamos definen aspectos como: quiénes somos, a qué grupo social pertenecemos, qué queremos y qué nos desagrada. Parte de estas expresiones las hacemos a través de la forma en que delimitamos el acceso a estos y mediante los objetos decorativos con que los hacemos más confortables.

La noción de que el hombre es una criatura territorial, ha sido barajada por distintos autores, atribuyéndole distintas descripciones o explicaciones.

Ardrey (1976), lo justifica como un instinto de propiedad. Morris (1968), identifica el carácter personal que se da a un departamento mediante la decoración y la distribución de los objetos y lo compara con la señalización que los animales hacen de su territorio, E.T. Hall (1966), ve una defensa del espacio personal en la actitud cerrada que se asume. Goffman (1973), apoya esto último " *Es una actitud que pone límites a la libre comunicación, y se defiende ante un intento de trasgresión de la territorialidad*". (Cfr. Picard, 1986: 103)

Alguno de estos aspectos aparecen también con frecuencia entre los distintos actores del área estudiada, donde la diferenciación en la utilización de espacios parece obedecer a explicaciones de orden psicológico y cultural que desea marcar ciertas distancias; estas distancias muestran normas culturales adquiridas y transmitidas en la organización. La delimitación de espacios aquí es un elemento de comunicación, que marca las diferencias de roles entre los distintos actores, (aquí nos centramos fundamentalmente médicos y enfermeras) y con ellos las de estatus de poder.

Michel Korda habla de la geografía del poder y describe cómo la distribución de los despachos sigue un orden jerárquico que sitúa a los que tienen más poder en la empresa en los lugares más altos y más retirados del centro, donde normalmente está el área de trabajo básico: "*El poder tiende a comunicarse de esquina a esquina en forma de X, cuanto más cerca se encuentra uno del centro (se refiere al despacho), menos poderoso es*" (Korda, 1988: 81). Esto se ha podido ver con claridad en nuestro ámbito de estudio.



Los espacios físicos en el área asistencial de los hospitales estudiados son limitados y escasos, dado que las demandas han aumentado considerablemente: más aparatos que ocupan mucho espacio físico, más y más grandes salas de espera para los pacientes y familiares, espacios para los ordenadores etc., todo esto en un edificio de los años 50, con limitaciones arquitectónicas. Sin embargo, cada estamento sigue teniendo sus espacios privados donde queda perfectamente delimitado el territorio de cada uno, sólo se comparten en determinados momentos las áreas de trabajo donde se encuentran los pacientes.

-En las unidades asistenciales, se pueden observar espacios privados como:

Despachos, sala de reuniones y dormitorios de guardia de los médicos.

Sala de estar de enfermeras y auxiliares y despacho de las supervisoras.

Sala de estar de celadores

Sala de estar de limpiadoras.

5.3.4 Cada espacio es percibido como propiedad privada del colectivo que lo habita.

Mientras los médicos suelen ocupar lugares más alejados del área de pacientes, las enfermeras suelen compartir los espacios con las auxiliares de enfermería, tanto vestuarios y servicios como zonas de estar, esto último y el uniforme tan parecido, puede ser una de las causas por las que los pacientes dicen no distinguir bien entre enfermeras y auxiliares, a pesar de que tienen tareas diferentes. Por otra parte, explica también cómo entre las auxiliares y enfermeras, que comparten estrechamente todos los espacios, a pesar de existir una diferencia funcional y orgánica, no se manifiestan de forma tan fuerte las diferencias jerárquicas y de poder, a pesar de que su formación y su responsabilidad sean muy distintas.

Los espacios ocupados por las enfermeras, suelen estar cercanos a los pacientes y ni los médicos ni cualquier otro trabajador de la unidad, necesita tocar a la puerta antes de entrar.

Suelen tener un lugar donde hacer café y un lugar donde aparece una especie de alacena con tazas, platos etc. Llama la atención cómo las zonas de estar de enfermeras suelen aparecer acogedoras, provistas de mesas con tapete, comprados

o confeccionados por ellas mismas con presupuesto común. Presentan ornamentos como volantes, tablas o cenefas que le aportan un aire doméstico y femenino.

Suelen tener carteleras con anuncios, notas, avisos o los turnos de trabajo, y con frecuencia fotografías de miembros del servicio hechas en algún evento común.

Las zonas de los médicos, suelen estar mejor amuebladas, normalmente disponen de una mesa de reuniones, pizarra, negatoscopios para visualizar radiografías, ordenadores, y un mobiliario más funcional, impersonal y renovado.

En muchas zonas de estar de enfermeras el mobiliario está compuesto por sillones, mesas etc. de distintas formas como si la decoración estuviera compuesta por piezas que se recogen de distintos sitios. En la mayoría de los casos, la mesa ha sido comprada con un fondo común de las enfermeras:

" La compramos nosotras, el cristal y la mesa [...] las faldas las hizo Carmeli que es "mu apañá.[...] aquí, lo bonito pa los médicos, nosotras no tenemos derecho a tener unos muebles en condiciones [...] diez horas de noche y te miran mal si te sientas con los pies en alto, [] como ellos duermen toda la noche, no se dan cuenta de lo pesado que es esto". (Enfermera planta MED/HVN-M3)

En la observación de algunas unidades de hospitalización también se ha podido comprobar cómo las enfermeras decoraban su zona de estar con un estilo "doméstico" (Observación plantas P6, P8 y Reanimación).





Foto 4/2: Zonas de estar de enfermeras

Podríamos decir que la decoración, describe espacios " femeninos " y "masculinos" y marca el estatus de poder de quien los habita

Mientras las enfermeras y auxiliares asistenciales tienen bien delimitadas sus zonas de estar, con respecto a las de los médicos, las enfermeras de quirófano que suelen tener más prestigio profesional entre los usuarios (más adelante explicamos las razones por las que creemos se da esto), conviven más estrechamente con los médicos y en ocasiones comparten espacios de descanso. También comparten el mismo uniforme ya que, por razones de asepsia, en los quirófanos todos visten con pijama verde. Creo que estos aspectos les confieren cierta proximidad en el trato, del que no disfrutaban las enfermeras de otras áreas. No es casualidad, que además, el trabajo de las enfermeras de quirófano es más técnico y tiene menos contacto directo con el paciente, que habitualmente está inconsciente por la anestesia.

"[...]yo, pues porque no puedo estar mucho tiempo de pie quieto, que tengo varices, sino, a quirófano [...] tienen mejor turno, y no tienen que limpiar culos.. (Después de una pausa para pensar)..mira si no, donde están las que están casadas con médicos". (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Esto ha quedado también constatado en las entrevistas de los médicos, cuando al referirse a sus relaciones con las distintas enfermeras, los cirujanos dicen sentirse más cómodos con las enfermeras de quirófano, con las que además frecuentemente

comparten espacios, pero además en las unidades cerradas como el quirófano, donde los trabajadores no se ofrecen a los ojos del público, las posiciones jerárquicas están más relajadas:

"[...] en el quirófano hay menos roce porque las enfermeras se limitan a hacer su rutina y los cirujanos no intervenimos, ellas ya saben lo que tienen que hacer porque casi siempre es lo mismo, nosotros ya hemos marcado las pautas, todo lo tienen protocolizado, aquí no hay interferencias de enfermos ni familiares y todo es más familiar, aunque últimamente ha entrado mucha gente nueva". (Médico plata QUIR/HVN-Dr1)

El estatus y el poder, también se manifiesta en la inferioridad de medios y espacios con que cuenta la enfermería. Mientras los espacios físicos de los médicos están ocupados con mobiliario y herramientas de trabajo y disponen de intimidad y privacidad para poder pensar y tomar decisiones, encontrándose como ya se ha mencionado en lugares más alejados de las zonas de trabajo o de encamamiento de pacientes, sin embargo, no existe ningún tipo de estructura física adecuada para que las enfermeras puedan tener este tipo de condiciones. Así, vemos cómo los despachos de los supervisores que se supone son lugares de trabajo en parte burocrático y en parte asistencial, para el que necesitan en ocasiones cierta privacidad y concentración (planificar turnos, hacer pedidos de material, evaluación del personal, etc.) suelen ser espacios "robados" que estaban destinados a otras funciones.



Foto 5: Despachos supervisoras

Frecuentemente los supervisores me recibían en habitaciones donde la mesa de trabajo estaba rodeada de estanterías con material clínico, a modo de almacén. Hace menos de 10 años, muchas supervisoras no tenían despacho, y su lugar de trabajo era el mismo control de enfermería, teniendo que buscar zonas donde colocarse para realizar aquellas tareas que requirieran más intimidad y concentración, o para poder entrevistarse con alguien en privado.



Foto 6: Zonas de trabajo médicos
Cerradas y más alejadas de la zona asistencial

Otro aspecto destacable, es el hecho de que la zona del control de enfermería, esté situada en un lugar estratégico de las plantas, donde confluyen todas las habitaciones de los pacientes. Esta es la zona del trabajo “intelectual” de las enfermeras, aquí reflejan sus observaciones en la historia, planifican sus cuidados e intercambian la información con los demás colegas, incluidas las auxiliares de enfermería. En este mismo lugar, está el ordenador donde las enfermeras escriben algunas incidencias de altas, traslados de pacientes, etc. y donde están centralizados teléfonos, megafonía de los pacientes, carro de historias clínicas.

*“[...] nosotras trabajamos en muy malas condiciones,..esto es un loquero [...].. tenemos que escribir y atender a los familiares al mismo tiempo..”
Aquí tienes que sentarte en una banquetilla o te rompes la espalda en esos sillones que hay ahí [...]”.* (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

También llama la atención que la supervisora de guardia nocturna, cuyo trabajo consiste en atender las incidencias que se presentan durante el turno de noche y que igual que cualquier médico de guardia trabaja según las demandas que surjan, no tenga asignado un lugar donde descansar por la noche. Sin embargo, la mayoría de los médicos, incluidos los residentes (médicos en periodo de aprendizaje de la especialidad), tienen asignado un dormitorio de guardia, casi siempre individual.

Igual que con el uniforme, en los centros de salud existen diferencias en la distribución de los espacios con respecto al hospital. Aquí las enfermeras y los médicos, disponen de espacios de trabajo diferenciados, cerrados e identificados (consultas de enfermería, salas de vacunación, etc.) y comparten en común los espacios de esparcimiento. Esto transmite una imagen de independencia y otorga más autoridad a las enfermeras ante los usuarios:

"[...] cuando ya llevan viniendo varias veces (se refiere a los pacientes), ven que todos somos lo mismo solo que tenemos tareas diferentes, ellos nos ven el nombre en la tarjeta (de identificación), aunque reconozco que a veces no la llevamos puesta, y claro, se confunden." (Supervisora AP/CSLF-S6)

" [...] yo en mi consulta hago lo que tengo que hacer, yo me encargo de mis vacunas y procuro tener controlados a los niños [...] si voy a tomar café, no le pido permiso a nadie para entrar o salir el mismo derecho tenemos todos" (Enfermera AP/CSLF-M5)



Foto 7: Sala de trabajo y despacho médico

5.3.5 La comunicación y los lenguajes de la organización sanitaria

La comunicación más utilizada en la organización hospitalaria ámbito de nuestro trabajo, es la comunicación escrita, quizá porque este tipo de comunicación es la más inmediata y se puede utilizar en ausencia del interlocutor, pero por otra parte se sabe que también es la que menos comunica. Sobre todo en la actualidad, en la que estamos acostumbrados a las imágenes (Miege, 1992; Masterman, 1993; Orozco, 1996), el lenguaje escrito es mucho menos penetrante, especialmente cuando utiliza la complejidad de las palabras clínicas o de los formularios oficiales.

Se reconoce a simple vista la escasa asimilación del lenguaje escrito para hacer llegar los mensajes de los líderes de la organización. Sin embargo a pesar de ello, prima el valor codificador y de estabilidad que proporciona el mensaje escrito, y la importancia que tiene como prueba documental, lo cual le proporciona una característica que le hace irrenunciable para la organización, a pesar de que desde hace años numerosos autores del ámbito de la comunicación, la enseñanza y la psicología, han corroborado la baja eficacia de la comunicación escrita (Santón, 1989, Hamilton, 1990; Janner, 1985; Peña, 1985). Aquí se ve de nuevo como las organizaciones hospitalarias son organizaciones burocráticas, donde lo que importa es que quede constancia, la prueba es que hay circulares ilegibles (lenguaje interno) por aquellos que han de leerlas, o consentimientos informados que los pacientes no entienden (lenguaje externo).

Se aprecia el poco valor que se le otorga a la comunicación, solo el valor que le confiere la prueba de que se ha comunicado. Otra muestra es la necesidad de registrar todo, de todo ha de quedar constancia escrita, lo que no se escribe no tiene valor. Con frecuencia los tablones de anuncios están abarrotados de notas, circulares y comunicados, muchos de ellos obsoletos.

Por esta misma razón se evita por parte de los responsables, que quede constancia escrita de lo desagradable o comprometedor, por lo que es frecuente oír amenazas de que se va a comunicar por escrito algo denunciante o comprometedor, de forma que el hecho de comunicarlo por escrito, exime de culpa o responsabilidad a aquel que lo comunica y revierte la responsabilidad al que recibe la comunicación. En este sentido una supervisora comentaba más o menos textualmente: “[...] yo ya he llamado veinte veces, que tienen que arreglar esto, que aquí hace un calor inaguantable, ya hemos

tenido un caso de lipotimia y creo que es del calor, sino lo arreglan pronto, el jefe ha dicho que hay que hacer un informe y mandarlo por registro, a ver si así lo arreglan” (Observación planta MED)

En cuanto al lenguaje hablado, sabemos que va unido al lenguaje no verbal y que sólo una décima parte del mensaje está constituido por palabras; el noventa por ciento restante del mensaje se transmite por el tono de voz, la expresión facial y corporal, o el uso del espacio contextual. El lenguaje hablado además, es inmediato y requiere presencia del interlocutor y como hemos dicho, su fuerza está en los artefactos que le acompañan, la proximidad, velocidad de conversación, indecisión, tono, volumen, pausas, inflexión, vacilación, solicitud, alegría y un largo etc. de aspectos que ya en 1952, Ray Birdwhistell denominó Kinesia (ciencia del movimiento), y de cuya importancia en la transmisión de mensajes ha sido ratificada en la actualidad por numerosos autores en el ámbito de las empresas, la pedagogía y la sanidad (Watzlawick et al, 1983 y 1992; Musitu, 1993; Bassat ,1994, Kaapp, 2001).

Siguiendo estas premisas, hemos apreciado cómo si ya el lenguaje oral de los profesionales dificulta la comunicación con los pacientes, el lenguaje corporal lo hace todavía más, ya que como hemos descrito en otro apartado, suele marcar distancias jerárquicas que se apoyan en la territorialidad y la vestimenta.

Ponemos como ejemplo un fragmento de conversación entre el familiar de un paciente y un médico, la conversación tiene lugar en el control de enfermería (territorio del profesional) el texto es aproximado, pues forma parte de la observación:

-“Su padre tiene una estenosis en el uréter izquierdo, claro, esto es lo que le produce la oliguria, pero con la litotricia quizá logremos evitar extirparle la piedra quirúrgicamente, comprende”

-¿Qué es la litotricia?-

-“Es una forma menos cruenta de extraerle la piedra, aunque no está exenta de riesgos”

-“¿Qué riesgos? “

-“Un pequeño porcentaje, hace un hematoma en la fosa renal”

Esto podría ser más comprensible en los hospitales, sin embargo también se produce en atención primaria. Ponemos el ejemplo donde una enfermera le dice a una paciente: *“Tiene usted que evitar la sobrecarga circulatoria en la pierna”*.

También hay que tener en cuenta que, en caso de contradicción entre las palabras, la voz y el cuerpo, como dice Fericgla (1995: 151), el mensaje mandado por los dos últimos es más creíble, quizá por ello los pacientes y familiares están tan atentos al gesto corporal y facial del profesional.

A lo largo del trabajo de campo, hemos podido apreciar multitud de situaciones en las que se mostraba este aspecto:

- Una enfermera ha tomado la tensión a una paciente que se encuentra mal. Mientras la está tomando pone un gesto de extrañeza y a la vez de preocupación; al preguntarle el familiar, si está bien la tensión, la enfermera contesta: "Bueno, más o menos como la suele tener ella", el familiar le contesta: "*Señorita por favor, dígame la verdad que no pasa nada, prefiero saberlo aunque no sea bueno*" (Familiar de paciente, Observación hospitalización)

- Con mucha frecuencia se acercan al control de enfermería tanto pacientes como familiares a solicitar algo o preguntar por alguna cuestión relativa a su ingreso, enfermedad etc., y a menudo la primera respuesta al interlocutor es un - "*¿Qué quería?*"-, que va acompañada de un gesto o tono de voz que realmente lo que dice es: "Supongo que no será una tontería lo que va a decirme" o "diga pronto lo que tenga que decirme que tengo prisa" o, simplemente no se mira a la cara al interlocutor, y mientras se le formula la pregunta, se están haciendo otras cosas.

-En ocasiones, los familiares preocupados y angustiados, ávidos de información, se atreven a abordar a algún médico en el pasillo fuera del espacio y el tiempo establecido para ello, no es infrecuente que el médico no disminuya la marcha, y si la disminuye algo para escuchar, es el familiar el que tiene que realizar una especie de persecución mientras se cruzan, entre ellos, algunas palabras, con desgana por parte del profesional. (Observación plantas MED y QUIR)

Por otra parte el lenguaje proporciona identidad a un grupo, una profesión o una disciplina. El conocimiento se estructura en forma de conceptos, proposiciones, modelos y teorías, de modo que cada ciencia tiene su propio lenguaje que le permite describir sus conocimientos, y esto se refleja de manera particular en los escritos, aunque también en las expresiones verbales. Sin embargo, el lenguaje enfermero que se expresa en forma de diagnósticos, y expresiones que están recogidas en distintas clasificaciones, sufre un escamoteo no solo en el campo de la investigación, sino también en la documentación clínica, no solo por su escasez e invisibilidad, de la que

hablaremos más adelante, sino también por su secuestro en aras del lenguaje de la medicina.

Una parte importante de la comunicación entre los profesionales, es la que se establece a través de la historia clínica. Esta es un instrumento de comunicación y un instrumento legal ya que constituye una prueba documental donde se plasma la praxis profesional, y las decisiones que la guían. Sin embargo, las enfermeras escriben poco en la historia clínica y lo que escriben no lo firman, de modo que no quedan vinculadas de forma individual a lo que plasman en ella. Esto puede deberse por un lado, a la poca importancia que dan los médicos a la parte de documental de la enfermería, que apenas leen, y por otro, a la dejación de responsabilidad e inseguridad de las enfermeras.

En el discurso de los médicos se aprecia un etnocentrismo que hace que consideren la historia clínica un instrumento exclusivo de ellos, y que los problemas legales son solo suyos:

"Yo en los veinte años que llevo aquí, he ido tres veces a declarar como testigo y una como inculpado, y no he visto ni una sola vez que llamen a una enfermera, y eso que recuerdo una ocasión en la que un enfermo murió por una sepsis (infección generalizada) que se inició por un cateter central. Yo creo que las enfermeras también tendrían algo que ver ¿no?" [...] "La historia clínica es una cosa muy seria y que tiene que ser escrita con mucho rigor, no puede llenarse con hojas y hojas de datos inútiles o con cosas que no son verdaderamente importantes, no es escribir por escribir o escribir para que se vea que escribimos, ¿me entiendes?. No hay tiempo para estar leyendo opiniones o juicios que nada tienen que ver con la situación clínica del enfermero. (Médico MI./HVN-Dr-2)

Esta apropiación del paciente y la prueba documental de todo lo que a este concierne, es en parte responsable del gran divorcio que existe entre los documentos "de enfermería" y los documentos "de los médicos". El resultado es una proliferación de escritos de enfermería (Hojas de valoración, plan de cuidados, hoja de medicación, etc.) que los médicos no suelen leer salvo situaciones muy concretas, y que muchos consideran artefactos que gastan tiempo y dinero.

Por otra parte, en los documentos enfermeros, a veces se utiliza el lenguaje y terminología médica para enunciar diagnósticos y problemas de enfermería, otras veces se observa el ejemplo contrario, es decir, en un afán de potenciar la identidad profesional

se produce la proliferación de planes de cuidados donde solo se reflejan problemas psicosociales del paciente y se omiten los problemas de colaboración o complicaciones de la enfermedad de los pacientes, con lo cual estos planes de cuidados quedan desligados de los problemas médicos, contribuyendo aún más si cabe, al divorcio existente entre los dos lenguajes y en consecuencia la comunicación entre ellos.

Hemos observado, como en un afán de señalar o reivindicar un espacio profesional propio, algunos sectores de la enfermería, alentados por sus líderes, reaccionan dilatando a nivel teórico los diagnósticos enfermeros, y forzando el uso de una metodología que, a menudo se queda solo en el papel, ya que las enfermeras de las bases no la llegan a poner en práctica. Esto último lo retomaremos en otros apartados de la tesis.

Es cierto que si las enfermeras no utilizan su propio lenguaje y no comunican su perspectiva o enfoque, corren el riesgo de perder parte de su identidad, y en consecuencia, las identificarán más con otros, o mejor dicho las identificarán solo con aquellos con quien comparten dicho lenguaje; pero no hay que olvidar que esto debe llevarse a cabo en un espacio de consenso y aceptación de todo el equipo.

Podemos decir a modo de conclusión que, si como dice Aguirre (2004), los lenguajes internos cohesionan, comunican, informan, es decir, interaccionan al grupo, y si un grupo comunicado o bien informado, es un grupo implicado en la tarea común que dirige el liderazgo y los lenguajes internos son manifestaciones de cómo son sus relaciones y sus valores; entonces, las organizaciones exploradas y analizadas, no gozan de salud comunicativa, ya que la comunicación entre los distintos grupos, tanto a nivel intragrupal como extragrupal, es bastante limitada, poco fluida y además cargada de conflictos de intereses.

5.3.6 El control sobre la imagen y el cuerpo en las escuelas de los 60-70.

Al principio, hemos hablado de la importancia de la etnohistoria, en la conformación de los valores culturales de los grupos, por ello es importante resaltar cómo en las entrevistas realizadas a las enfermeras con más de 20 años de ejercicio profesional, todavía persisten imágenes y recuerdos de lo que simbolizaba el uniforme y la

uniformidad como elemento de control y de identidad aunque perciben que esto ha cambiado.

"Yo no sé que me da cuando veo a una nueva con todos los pelos.. o cuando veo unas uñas..no sé, me duele la vista, no sé que pasa hoy en día que no les enseñan a saber estar.." (Enfermera planta MED/HVN-M3)

Los años 70, coincidiendo con la construcción de grandes hospitales en zonas urbanas, en España se crearon muchas escuelas de enfermería con el fin de abastecerlos de las enfermeras necesarias, de hecho cada hospital de la Seguridad Social, tenía una escuela propia, donde las alumnas, y algunas profesoras (entonces monitoras o instructoras), estudiaban y vivían en régimen de internado. Estas escuelas entonces llamadas Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), preparaban a una enfermería que como su nombre indicaba era instruida por médicos y para ayudar al médico, y todo cuanto hacía lo hacía bajo sus ordenes. En ellas se admitían exclusivamente aspirantes femeninas, a las que uniformaban de pies a cabeza con una indumentaria femenina; una escueta bata de rayas por debajo de la rodilla y encima un delantal blanco con peto ceñido a la cintura, medias tupidas blancas y en la cabeza una cofia perfectamente almidonada. El control sobre la imagen homogénea, pulcra, uniformada y sin salirse de la norma establecida era férreo. Cada mañana, antes de ir al hospital, las instructoras (enfermeras más veteranas que vivían internas en las escuelas junto a las alumnas), revisaban una a una a las alumnas, devolviendo a su habitación a las que se salían de lo establecido: un cabello sin recoger, un pendiente llamativo, demasiado colorete, rimel en las pestañas, uñas pintadas, falda algo más corta, y un largo etcétera de signos o adornos que simbolizaran otro lado del cuerpo femenino que no fuera el estereotipo de recato:

" yo tenía una compañera que se pintaba las uñas y se ponía dos kilos de rimel en las pestañas, tenía que salir de la escuela sin pintar y luego en la planta se arreglaba; era muy coqueta y la tomaron con ella [...]" aquellas no eran instructoras, eran brujas [...]"

(Supervisora /HVN-S2)

Podríamos decir que la imagen que históricamente se ha transmitido de la enfermería es una imagen estereotipada, femenina, de servicio, sumisa y dependiente, que es todavía arrastrada en la actualidad.

Aunque evidentemente esto ha cambiado, todavía persisten en la enfermería y su entorno, actitudes y creencias que distinguen las tendencias entre las enfermeras de distinto sexo. En este sentido la mayoría de las enfermeras entrevistadas describían los cuidados de las enfermeras enfatizando que son más “maternales” que las de los enfermeros cuya actitud es, según ellas, más fría y más “profesional”:

“[...]nosotras, cómo te lo describiría, .pues, somos más naturales, más maternales, escuchamos más [...].” (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

A este respecto no es casualidad que las enfermeras de quirófano, que como ya hemos mencionado, su vestimenta es idéntica a la de los médicos y cuya imagen es tomada por los medios de comunicación como simbólica de las profesiones sanitarias altamente cualificadas y tecnificadas, gocen de una imagen que les confiere un estatus superior.

Todos estos aspectos, que muestran la parte visible de la asignación del poder, a través de la vestimenta, la distribución de espacios, su dotación en recursos, mobiliario etc., no difieren entre los dos hospitales estudiados, ni entre los distintos centros de salud, exceptuando algunos aspectos de la distribución de espacios en los segundos, que obedecía a la estructura arquitectónica.

Más adelante retomaremos este tema para profundizar en estos y otros aspectos que hoy configuran la imagen pública que las enfermeras proyectan al entorno social y a los pacientes, y como las enfermeras interiorizan su propia autoimagen que, de alguna manera, también transmiten a la sociedad y a la organización y a su vez estas les devuelve, contribuyendo al fortalecimiento de un círculo que consolida una imagen de asimetría de poder y de subordinación, más visible en Atención Hospitalaria o especializada que en los centros de salud o atención primaria.

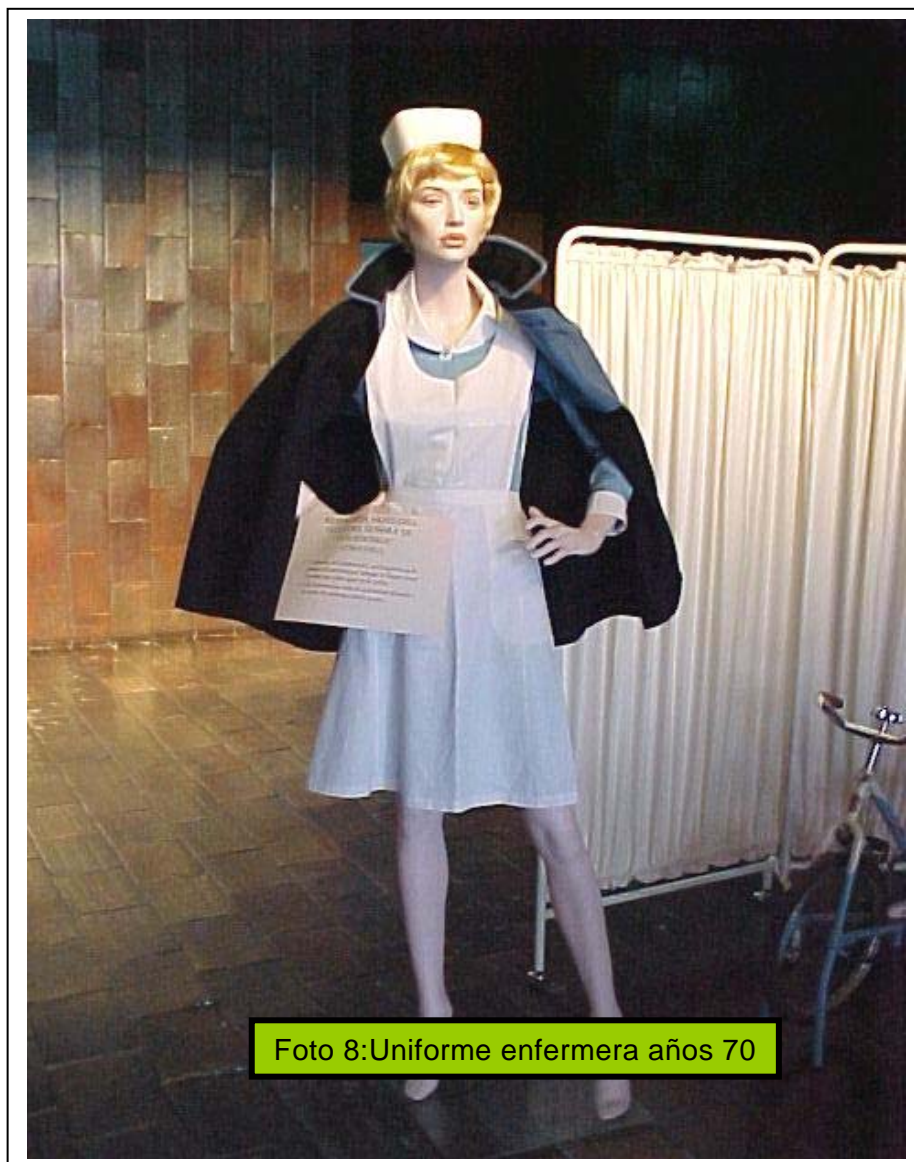


Foto 8:Uniforme enfermera años 70

5.4 Relaciones interdisciplinarias condicionadas por los valores del grupo dominante

Otro valor de la cultura organizacional es la estructura de poder vertical que sitúa a La Enfermería como grupo dependiente, subordinado y en ocasiones oprimido.

Hemos podido constatar, cómo la práctica enfermera está atravesada por relaciones de poder y dominación, que son reflejo de las experiencias de opresión que las enfermeras han vivido históricamente, y que, como ya se ha argumentado en el marco de esta tesis, se han ido transmitiendo a pesar de los cambios curriculares de la profesión y se siguen transmitiendo en la actualidad a las nuevas generaciones. Se ha podido observar que estos aspectos persisten en la actualidad en forma de símbolos e imágenes que constituyen los aspectos más visibles de la cultura organizacional, y que muestran diferencias de poder propiciadas institucionalmente, y también por los médicos e incluso las propias enfermeras.

La visión de La Enfermería como un grupo dependiente, subordinado, es fácilmente constatable a través de situaciones prácticas que a lo largo del trabajo se han observado en forma de falta de autonomía, dejación de responsabilidad y bajo control para llevar a cabo de forma autónoma las competencias que se desprenden de su preparación curricular.

Autores como Muff (1982) y Jolley (1993) han demostrado que la institución hospitalaria y las corporaciones médicas se han beneficiado del control de la Enfermería. Esto no es más que una forma de opresión a la que la Enfermería ha estado sometida desde que, a principios del siglo pasado, la medicina se convierte en una fuerza hegemónica y se institucionaliza el cuidado de los enfermos. Podemos decir que hoy todavía se lleva a cabo, aunque en menor medida, a través de acciones que han venido limitando y moldeando las características de su educación, y su desarrollo profesional, conduciéndolas hacia la conformidad para con los valores y creencias de aquéllos que detentaban el poder en los sistemas de salud.

Historiadoras de los cuidados de salud como Bullough y Bullough (1984) y Kalish (1986), o Ehrenreich (1981) han revisado la historia de las mujeres sanadoras (predecesoras de las enfermeras), y han mostrado cómo en momentos anteriores a la industrialización e institucionalización hospitalaria de la asistencia a los enfermos, llevada a cabo a principios del siglo pasado, esas mujeres constituían una fuerza

curativa autónoma y esencial en el mantenimiento de la salud de las comunidades, estas afirman, que las primeras enfermeras, que trabajaban en la comunidad y los domicilios, eran mucho más autónomas que las que lo practican en la actualidad, y que hoy se han convertido en un colectivo subordinado y dependiente debido a la aparición de ciertos valores sociales de poder, que emergen y se institucionalizan a principios del siglo pasado. Esos valores han distorsionando su percepción de la realidad y de sí misma. Como resultado de ese proceso, la Enfermería como profesión, ha desarrollado ciertas características que dificultan sus intentos de emancipación profesional.

Para Medina, las enfermeras no quieren aceptar esta realidad. Utilizando sus mismas palabras: *“la dificultad para aceptar esto, es una consecuencia del proceso de enculturación a las estructuras existentes, al que enfermeras y enfermeros han sido sometidos y que les dificulta la toma de conciencia de su propia opresión”* (Medina, 2005: 155).

En este trabajo se han observado algunas de las características mencionadas en los trabajos de Hedin (1986), Roberts (1983) y otros como Alverdi (2006); Lunardi (2000, 200), estas últimas opinan que, la dejación del poder de las enfermeras no es ética, y Medina (2005), habla de cómo se transmiten estos valores a los estudiantes de Enfermería. Esto último lo desarrollaremos en el apartado de la socialización.

Son numerosas las investigaciones que han analizado el tipo de relación entre médicos, gestores y enfermeras pudiendo constatar y explicar este tipo de trato marcado por relaciones asimétricas y opresivas que se producen en el ambiente sanitario, tanto a nivel asistencial como docente. Ejemplo de ello son los trabajos sobre la hegemonía del modelo biomédico en la educación para la salud de Merideth, 1994; Wollerstein y Sanchez -Merki, 1994, (Cfr Medina 2005: 149), y otros que han analizado los mecanismos por los que la enfermera mantiene un estatus de sumisión con respecto a la medicina (Kendall, 1992; Roberts, 1983). Para Medina, la hegemonía de la medicina ha conferido a la enfermería un círculo de opresión – internalización – sumisión – opresión - internalización (Medina 2005: 149)

Si bien, la mayoría de estos autores pertenecen a una cultura organizacional de empresa sanitaria privada, en la enfermería de los escenarios estudiados en esta tesis, se dan también estas relaciones de poder, marcadas por una gran biologización de la praxis enfermera, a costa de un déficit de humanización y un dominio del modelo médico hegemónico, más centrado en la enfermedad y sus síntomas que en las respuestas humanas a la misma, estos dos aspectos los analizaremos más adelante.

A través del análisis de los datos de nuestra observación sistemática y de los discursos de las entrevistas, hemos identificado algunas de las dimensiones y categorías de análisis que muestran cómo las enfermeras, de una forma más o menos consciente, han interiorizado algunas de las características que en la literatura se describen y a las que hemos hecho referencia; creemos que todas ellas son consecuencia de la interiorización que ha hecho el sistema cultural de las organizaciones sanitarias, y con él la propia Enfermería, de los valores que aporta el modelo médico hegemónico, que ha sido y es dominante.

Las consecuencias de la internalización de estos valores, los analizamos y discutimos a continuación, para ello los hemos dividido en varios puntos que van a constituir los siguientes apartados de nuestra discusión:

- 5.4.1. Adhesión a los valores del grupo dominante.
- 5.4.2. Baja autoestima e impotencia
- 5.4.3. Imagen y autoimagen social de las enfermeras
- 5.4.4. Percepción de bajo prestigio e invisibilidad social.
- 5.4.5. Conflictos interdisciplinarios
- 5.4.6. Baja confianza en los líderes, bajo corporativismo y asociacionismo
- 5.4.7 La investigación como asignatura pendiente

5.4.1 Adhesión a los valores del grupo dominante

En el contexto de la atención sanitaria, la medicina ha impuesto su visión profesional como la única válida y deseable y la visión de los demás grupos como inferior o de segunda categoría. Esta actitud, tan pronto se muestra paternalista, desde la influencia del experto que siempre conoce “lo mejor” para el otro, como autoritaria o devaluatoria:

"Las niñas del quirófano y de la planta, llevaron no hace mucho un póster a un congreso [...], les quedó muy bien, ahí estuvimos una tarde que yo estaba de guardia, las estuvimos ayudando, dirigiendo un poco, no tenían muy claro lo que querían, y aprovecharon unos datos del servicio que teníamos en la sección, y en fin, yo creo que

quedó muy bien. Vinieron muy contentas porque además les busqué una ayuda, ya sabes, un laboratorio les pagó la inscripción y eso."(Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

"Yo ya tengo muchos años, y estoy harto de enseñar a las enfermeras y no hay manera, las ineptas de la dirección, te las quitan y te las ponen sin consultarte. Y luego nada no puedes tener una guardia tranquila porque te mandan una que no conoce nada de nada, y hace cosas que ..., bueno, sin ir más lejos el otro día una enfermera informó a un enfermo más de la cuenta, y luego no veas la que se armó. El otro día pusieron las insulinas a las tantas y los pacientes sin comer, en fin, que no puede ser, que no puedes estar tranquilo, que ni idea. Comprendo que hay mucho trabajo, pero hay que saber priorizar, no que vá y me dice: "Don Manuel que estoy sola y no puedo con todo, ¿que hago primero?, es que tengo por poner las insulinas y tienen que comer" (mira con enfado) ¿Qué te parece? ipues prioriza, coño, prioriza, que tienes que saberlo!, luego venga a reivindicar autonomía, ¿en que quedamos? " (Médico planta MED/HVN-Dr 4)

"No sé que nos pasa pero siempre actuamos con inseguridad, y corriendo a llamar al médico, no se si es comodidad, pero yo diría que es temor, siempre pidiendo permiso para todo" (Enfermera planta QUIR/HSC-M8))

Por otro lado, existe un gran número de enfermeras que han interiorizado que valores como la objetividad, la eficacia o la imparcialidad científica de la medicina, están por encima del calor emocional, la humanidad o la solidaridad y de ayuda al autocuidado que lleva implícito el rol de cuidados que identifica a la Enfermería (Lowery-Palmer, 1982; Cfr Medina, 2004).

"Hombre, los cuidados de enfermería son importantes, el que te expliquen, te hablen, te ayuden, pero, que quieres, yo si voy a un centro de salud con un problema, pues quiero que me vea un médico, (después de pensar unos segundos) bueno yo, a lo mejor, me conformo con lo que me diga la enfermera porque se que sabe también, no voy a tirarme piedras, (se ríe) pero si viene mi padre, ese, o le ve un médico o no se va de allí, ya me pasó un día, y lo que tenía era una chuminada que una enfermera le podía resolver perfectamente" (Enfermera AP/CSLF-M6)

También los médicos presionan para imponer su visión del modelo de enfermería “ayudante” o “subordinada”:

"Aquí ha habido una falta de autoridad, se ha olvidado el principio fundamental, que es que el que tiene los conocimientos y en el que la sociedad tiene la confianza, es en el médico, lo que quiere el enfermo es que le curen su enfermedad, o que le diagnostiquen bien, lo demás, no digo que no sea importante, pero a veces se pierden los papeles, todo eso de los diagnósticos de enfermería para mí son artefactos.." (Médico planta MED/HVN-Dr2)

Estos aspectos están más marcados entre los cirujanos que entre los internistas, quizá porque en cirugía los tratamientos médicos son más resolutivos, y las tareas de las enfermeras están dirigidas a detectar complicaciones quirúrgicas y a seguir las prescripciones de los cirujanos, se trata de procesos agudos, en los que salvo excepciones en caso de retraso de la recuperación quirúrgica o cuando la cirugía deja una secuela que necesita reeducar el estilo de vida o aprender ciertos aspectos del autocuidado, la mayoría de las actividades enfermeras son de colaboración.

Sin embargo los médicos de atención primaria aportan otros matices:

"El papel de las enfermeras es muy importante, hay muchos pacientes, mayores, o crónicos para los que la medicina ya ha hecho su parte, y aquí es donde vienen los cuidados de enfermería, ayudando al enfermo a vivir con su enfermedad, a tomar su medicación, enseñando y apoyando a las familias, etc. "

(Médico AP/CSLF-Dr5)

He de aclarar que recientemente, a lo largo del 2006 y 2007, el sistema de traslados del Servicio Andaluz de Salud (SAS), ha generado un desvío de un número considerable de enfermeras desde los hospitales a los centros de salud, la mayoría de ellas portadoras de una cultura hospitalaria aprendida durante más de dos décadas, y de la que lejos de desprenderse de ella, impregnan la praxis de los centros de atención primaria, a pesar de los esfuerzos que se han hecho por formarlas para adaptar su ejercicio profesional al ámbito de AP.

"Yo he pasado mucho estrés y mucha angustia, porque yo... yo... es que no había cogido en mi vida un ratón de un ordenador, siempre trabajé en el hospital, ya sabes, en donde te he dicho antes, en torácica, con "El DR....." (Dice el apellido del médico, jefe de servicio que no ponemos por confidencialidad), allí era la supervisora la que lo manejaba. Un día hablé con Concha, mi compañera, que viene del Clínico y ella me hizo ver las cosas de otra manera, porque me dijo: "Chica, ¿Qué quieren?, yo ya tengo 45 años, a mi me han enseñao a trabajar así, yo daré consejos (a los pacientes) los que haga falta, pero eso de tanto método enfermero, la verdad, eso para las más jóvenes, no nos van a echar porque no pongamos bien un diagnóstico de enfermería. La verdad, a partir de ahí me tranquilicé mucho. Luego yo también me voy viendo de otra manera, ya ves, tengo una abuelilla con un pie diabético que la cito todas las semanas pa la cura, y va cada vez mejor, hasta el médico me felicitó." (Enfermera AP/CSLF-M5)

En muchos de estos ejemplos, quizás, también subyace la creencia que adoptando los comportamientos de aquéllos que detentan el poder, las enfermeras también lo alcanzarán. Para Medina (2005) esta esperanza es una falacia, ya que en realidad, son representaciones que han propiciado los que detentan el poder y la autonomía, que describen sus propios comportamientos como los únicos posibles y deseables.

Podemos pues afirmar que las enfermeras mantienen interiorizados, los valores creencias y categorías interpretativas de la Medicina, basta observar cómo, el proceso de desarrollo de su estructura disciplinar y la reflexión e investigación acerca de su formación, está inundada e incluso imbuida por el modelo positivista y medicalizado de la medicina, que se ejerce actualmente en la mayoría de los casos.

Cuando los hospitales y la tecnología institucionalizan el cuidado de las personas, los "cuidados altamente tecnológicos" se convirtieron en *símbolos* de profesionalidad y conocimiento científico, y las enfermeras los adoptaron como propios. De modo que estas separaron y elevaron de categoría los cuidados técnicos, a costa de la tradicional prestación de cuidados como soporte y ayuda, ya que esta última se consideraban un asunto doméstico, o de segunda categoría, convirtiéndose, así, en invisible gran parte del trabajo que las enfermeras realizaban (Donahue, 1985; Canals, 1992). Esta situación que se extiende hasta nuestros días (Zapico, 2003), como documentamos también en otros apartados de esta tesis.

Un ejemplo de esto se refleja en las publicaciones y en los foros de investigación de las enfermeras donde una gran mayoría de los trabajos que aparecen, firmados por enfermeras, son en realidad trabajos paramédicos, en muchos casos asesorados por estos, y centrados en la práctica de su colaboración, frente a una gran escasez de trabajos centrados en el cuidado, es decir, con una visión humanística y global de la persona, y ajustados al rol propio enfermero, contribuyentes a aumentar o mejorar el cuerpo de conocimientos enfermero (Arcas, 1990; López, 2003).

Parsons describió dos elementos distintivos de una profesión; uno es que debe poseer una formación específica en un campo determinado del saber, lo que le concede autoridad en este campo y no en otro, y otro elemento es la posesión de un saber monopolístico (Parsons, 1979, 1987).

También Newman argumenta que una profesión se distingue por su foco de atención, que especifica su área de estudio y su relevancia social, y esto determina la naturaleza de su servicio y su área de responsabilidad (Newman, 1991).

Al hilo de esto, pensamos que la profesión enfermera debe mantener y ampliar su cuerpo de conocimientos, por lo que necesita una constante formación, e investigación pero ¿es la propia enfermería la que genera y produce sus conocimientos o lo hacen por ella otros profesionales con los que adopta una posición de subordinación?

Actualmente en España, la investigación en enfermería, está en una fase inicial, ya que para que sea posible su expansión y posterior consolidación se necesita un mayor nivel de desarrollo que sólo se conseguirá con más nivel de formación y más recursos. El análisis y la discusión sobre la investigación de la Enfermería en nuestro ámbito de estudio, la ampliamos en el apartado (5.4.7).

En cuanto a la formación, este trabajo ha mostrado cómo las enfermeras reciben la formación fundamentalmente de médicos, en lo que se refiere a los procedimientos de cuidados de los pacientes hospitalizados. No es casual que en las unidades donde los médicos consideran más importante la atención de enfermería, se han preocupado más por su formación o se ha elevado el nivel de protocolización de los procedimientos o tratamientos de los pacientes. A lo largo lo largo del trabajo hemos visto como frecuentemente, lo que las enfermeras señalan como tarea propia de enfermería en realidad es la aplicación de unos protocolos de actuación que los médicos han diseñado:

"Sé perfectamente, a mí no me tienen que mandar, que a un paciente con 300 de glucosa le tengo que poner 15 unidades de insulina y un suero de hidratación [...] si llego nueva a una unidad y no conozco bien el tipo de enfermos, pues el médico, que me diga cómo quiere que haga las cosas y yo las haré, pero que no te pueden pedir que lo sepas todo de entrada [...]" (Enfermero planta MED/HVN-H3)

Como dice Parsons (1987), una profesión se caracteriza por tener una estructura interna y un dominio concreto de conocimientos identificados claramente por sus miembros, y necesarios para que dicha disciplina pueda conformarse como tal; sin embargo, a pesar de que se ha avanzado y los contenidos curriculares hace años que van dirigidos en este sentido, son varios los autores que mantienen que no existe todavía una estructura interna clara, a nivel organizativo, sobre lo que deben ser los conocimientos enfermeros y sobre todo cuáles son las responsabilidades que de ella se desprenden. (Martínez, 2005; Mariano, 2002)

Esto no se ha mostrado diferente en nuestro ámbito de estudio, ya que, muchas enfermeras alegan no sentirse preparadas para trabajar con más autonomía y asumir más responsabilidades y mucho menos para desarrollar planes de cuidados basados en el método enfermero:

"yo creo que a veces ese rechazo a lo nuevo, es porque nos da miedo, aunque a lo mejor es ponerse, una compañera mía que se trasladó a un centro de salud, lo paso muy mal con el ordenador y el Diraya ese (programa informático que se utiliza en AP para gestionar los cuidados), pero hora está mejor, pero la mayoría tendríamos que reciclarnos" (Enfermero planta QUIR/HVN-H1)

La formación y la investigación en enfermería, aunque ha mejorado en los últimos 20 años, tiene mucho camino que recorrer, López (2003); Fernández (2002); entre otros, opinan que la producción científica enfermera es escasa, y muy influida por el modelo biomédico, con mucha frecuencia se centra más en los problemas de colaboración que en los cuidados y problemas del rol propio enfermero (Wuert y Breaking, 1995; Fitzgerald et al, 2003). Otros trabajos apuntan como causa de la baja producción científica enfermera la falta de tiempo, recursos y formación. (Gastaldo, 2001; Davis et al, 2002; Jones et al, 2004; Delgado et al, 2004; Guill, 2004; Díaz, 2004; Oltra-Rodríguez, 2007)

En general, se ha podido observar que las enfermeras de la base, infravaloran su formación, y mucho más la investigación, frente a las tareas de su casa. Cuando se les pregunta por qué no asisten a cursos, jornadas, congresos o reuniones de investigación todos los segmentos incluidos los enfermeros masculinos, describen un acomodo profesional que infravalora la formación, todo ello aderezado con influencias de roles sociales vinculados a la división de roles de género:

"Siempre son las mismas las que se apuntan a los cursos, será que no tienen otra cosa que hacer en su casa [...] yo, después de trabajar toda la mañana, no me pueden obligar a venir, que tengo mis niños y mi marido [...] si quieren que nos reciclemos, pues que sea en horario de trabajo " (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

"..mi currículum son mis hijos, que mi marido llega a las 8 de trabajar, y yo no puedo perder el tiempo en chuminadas." (Enfermera planta MED/HVN-M3)

5.4.2 Baja autoestima e impotencia

Las enfermeras de nuestro estudio, experimentan una baja autoestima e impotencia que conduce al acomodo profesional, miedo a la libertad y dependencia emocional

Hemos podido observar que predominan las enfermeras que han sido enseñadas a pensar que son inferiores o de segunda clase dentro del sistema, o lo que es lo mismo, que asumen que han sido formadas para ser asistentes altamente entrenadas de los médicos.

Con frecuencia las enfermeras se han visto obligadas a aceptar la desvalorización de su conocimiento y han aceptado que sus preocupaciones profesionales sean consideradas como irrelevantes para los problemas de salud de los pacientes. En consecuencia, la baja autoestima y la dependencia se convierten en características asumidas y aceptadas por muchas enfermeras.

Para Lunardi (2002) las enfermeras experimentan sentimientos de impotencia, se sienten insignificantes e ignoradas y algunas veces culpabilizadas por los malos resultados que puedan ocurrir en la asistencia al paciente. La autora mantiene que si es cierto que las enfermeras pasan habitualmente desapercibidas, a pesar de ser el

colectivo más numeroso de los sistemas sanitarios occidentales, también lo es que la percepción del sentimiento de no ser tenidas en cuenta y de ser víctimas, ocurre en las instituciones que ellas mismas han ayudado a construir, administrar y mantener. Es razonable pensar que las enfermeras experimentan sentimientos contradictorios por el hecho de participar activamente en su propia opresión: *“La cómoda posición de enfermera víctima y sin poder no nos ayudará a solucionar estas situaciones. Únicamente haciendo frente a nuestro entorno cotidiano podemos encontrar otras maneras de ejercer poder que estén sostenidas por una búsqueda de equidad”* (Lunardi, 2002: 184).

Características atribuidas a las mujeres, y en consecuencia a las enfermeras, como la emotividad, la sensibilidad, o el apego, son consideradas “negativas” cuando se las compara con aquéllas propias de la cultura dominante: conocimiento técnico, neutralidad emocional. Continuamente se observa como la Enfermería es comparada con la Medicina:

-Un médico se dirigía a un estudiante de enfermería: *“y tu siendo un chico tan inteligente, ¿como no has hecho medicina?”.* (Observación planta MED)

De hecho, está en la creencia del conjunto de nuestra sociedad que siempre es mejor y normal que una joven prefiera ser médica antes que enfermera

Muchas enfermeras critican a sus colegas cuando estas son pasivas y dependientes, pero hay que saber analizarlo, ya que lo que en realidad lo que ocurre es que están reproduciendo las conductas aprendidas, que además, les permiten sentirse en armonía, cómodas y sin conflictos con su entorno y con ellas mismas.

Durante el trabajo de campo se ha comprobado que las características más apreciadas por los médicos en las enfermeras, son las de lealtad y subordinación. En este caso, la noción de subordinación se manifiesta en la actitud de deferencia hacia el médico, y en la aceptación de su superior autoridad, pero no solo en lo científico. Sólo con un comportamiento respetuoso, discreto, y reservado, la enfermera podrá seguir siendo considerada un miembro más en la estructura jerárquica del equipo de salud. La aceptación de su estatus de subordinación está relacionada, con las recompensas que proporcionan los miembros del equipo de salud en forma de aceptación y prestigio. De modo que este es el precio que la enfermera debe pagar para seguir siendo considerada y aceptada.

"Para nosotros el papel de la enfermera es muy importante, pero hay enfermeras que no saben estar, yo veo que últimamente hay una agresividad, te contestan: -ahora no puedo atenderle que tengo que hacer esto y lo otro-, pero ¿que es esto?, mi tiempo tiene un valor que no tiene el de una enfermera, y no me lo van a organizar ellas, yo creo que el sistema ya está tocando fondo, esto tendrá que cambiar, porque se han perdido los papeles. En tiempos de D. ---- (se omite el nombre por confidencialidad) que fue mi maestro, eso no pasaba, las enfermeras sabían estar en su sitio y había más equipo, más armonía, hacíamos comidas e invitábamos a las enfermeras, las metíamos en todo". (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Esta visión de lo que debe ser "la buena enfermera", parece anclada en el tiempo, basta leer textos de los años 20, como *"El consultor de la dama enfermera"* escrito por Elena Sánchez de Arrojo (1920), en él que se describe a la perfecta enfermera como aquella que se muestra discreta, respetuosa con aquello que compete al facultativo, instruida y observadora, *"[...] no desdeñando servicios que repugnen a su naturaleza delicada"*, y subordinada en todas las disposiciones de los médicos (Cfr. Vilaño et. al., 2005).

Por otra parte al interiorizar esta visión y creencias culturales, las enfermeras asumen, además, una imagen negativa de sí mismas. Debido a que su autoconcepto es consecuencia de la actitud negativa de la organización hacia ellas, fundamentalmente aquí representada por los médicos, éstas, además de autodevaluarse, generan a su vez, una opinión negativa del resto del colectivo de enfermeras. Las consecuencias de esta baja autoestima son una patente falta de respeto y la proyección de una imagen negativa y violenta de sí mismas en forma de comentarios despectivos hacia aquellas enfermeras que quieren trabajar de otra manera y superar estos estereotipos.

Existen frases hechas que forman parte del lenguaje organizacional de los profesionales, que muestran la desconfianza hacia los que se salen de lo "corriente":

"Se cree que va a heredar el seguro" o "Va de apañá por la vida"

En el discurso de las enfermeras subyacen estos aspectos:

"Siempre son las mismas las que se aprovechan de los cursos, y venga a pasear la carpeta de aquí para allá, aquí es donde hay que

estar, pero hay mucha gente que su sueño es ocupar un sillón, muchos trabajos, mucho ir a congresos hay mucha listilla que lo que no quiere es trabajar" (Enfermera planta MED/HSC-M7)

"Somos un colectivo que no tenemos vergüenza ni remedio, hay mucha envidia, la mayoría ni come ni deja comer, la enfermería tenemos lo que merecemos, si no, mira a los médicos como se defienden y son una piña cuando se trata de defender sus intereses, aunque entre ellos no se puedan ver, nosotras como grupo, un desastre" (Supervisora/HVN-S1)

Abundando en el tema podemos decir que esa subordinación y apego (no solo en lo científico, sino como mostramos en otros apartados, también en lo organizativo, estructural etc.) implican que la autoestima profesional de la enfermera viene, principalmente, determinada por su aceptación por parte de los que detentan el poder. Esta situación de dependencia, configura algunas de las características de la Enfermería como grupo dependiente, que estamos discutiendo, y a las que podemos también añadir la dependencia emocional y el miedo a asumir responsabilidades, lo que Freire (1971) llama "miedo a la libertad".

Durante el trabajo de campo, en innumerables ocasiones, se pudo observar y escuchar cómo las enfermeras cuando se sentían mínimamente inseguras, sin pararse a pensar, llamaban rápidamente al médico, y también cómo trasmitían a las alumnas y alumnos de enfermería que ante la mínima duda llamaran al médico.

Medina (2004) habla de esta situación, y mantiene que cuando es vivida por las/os estudiantes de Enfermería durante sus períodos de prácticas, les produce una dependencia emocional que constituye lo que Jewell (1994) denomina "*creencia en la omnipotencia del opresor*" que consiste en creer que el poder de los médicos, es absoluto e inexpugnable. Esto les hace sentirse indefensos y en la necesidad de ser reconocidos y aceptados por aquéllos. Pero, al mismo tiempo, esa dependencia genera la sumisión de las/os estudiantes, que rápidamente *aprenden a integrar*, cuál es su lugar en esas estructuras (Cfr. Medina, 2005).

En su estudio sobre la formación de enfermeras en Alemania, Hedin (1986) ha documentado que, pese a las recomendaciones oficiales para realizar cambios en el currículum básico de Enfermería, éstos no se realizaron, entre otras cosas, por la falta de soporte y consenso entre la misma Enfermería. La autora afirma que a pesar de las quejas acerca de la falta de libertad y autonomía, muchas enfermeras parece que

prefieren la seguridad de su actual posición conocida, a los riesgos desconocidos que la autonomía y la consecuente obligación en la toma de decisiones supone.

Hay que aclarar que en España se ha logrado cambiar el contenido curricular de la Enfermería de forma progresiva, y hoy se considera a la Enfermería una ciencia centrada en ayudar a la persona a mantener y recuperar la salud, rehabilitar, acompañar, y proporcionar calidad de vida en caso de discapacidad o en situaciones cercanas a la muerte. No deja de tratarse de una ocupación cuyas competencias se diversifican y están marcadas por la polivalencia, la reflexión y la multidisciplinaridad (Pella, 2007). Sin embargo, muchos de los datos del mencionado trabajo de Hedín, son coincidentes con datos de nuestra indagación, en los que la práctica, dista mucho de los planteamientos teóricos de lo que es o debiera ser la profesión.

"[...] yo ya hace tiempo que le tengo a esto pillao el truco, pa los analgésicos, por la mañana, aquí no falta nunca algún médico, y lo llamo para todo, porque si no ya te dicen que porqué no has consultado, y por la noche que a lo mejor están durmiendo o si hay fútbol...ya sabes.., entonces ya me contengo un poco, miro la historia a ver si le han puesto alguno antes, le pregunto si es alérgico, en fin ya sabes, me aseguro de que le puedo dar algo."
(Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Existe un conformismo con la ambigüedad de la asignación de responsabilidades para la toma de algunas decisiones, que muchas enfermeras intenta justificar autoconvenciéndose de que no existen alternativas a esta situación. No obstante, gran número de enfermeras son conscientes de que sin libertad y autonomía es imposible un desarrollo profesional, pero se sienten incapaces de emprender cualquier proyecto de innovación porque han asimilado que no es posible ni práctico enfrentarse o cuestionar al quien ostenta el poder.

"Hicimos un protocolo que nos quedó estupendamente que hasta las del despacho (la dirección de enfermería) nos dijeron -¿y porque no lo mandáis a alguna revista?-, y va el jefe y dice que no, que eso no se pone en marcha hasta que los médicos lo vean todos bien, así que te digo yo que no se puede hacer nada, que aquí quien manda, manda, después de que nos tiramos una semana, que yo vine dos tardes después de trabajar por la mañana, además que no estaba mal hecho, en El Rocío (Hospital Virgen del Rocío de Sevilla), lo hacen así, y lo

aplican a todos los que les dan el alta".(Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

Estas situaciones, contribuyen a la interiorización de una cultura, en apariencia oculta, que enseña a las enfermeras que es mejor y más ventajoso permanecer subordinadas.

Me parece importante resaltar que en ese aprendizaje, como se ha podido evidenciar durante el trabajo de campo, juegan un papel clave las relaciones de poder entre administradores, médicos y enfermeras, que a base de ambigüedades en la asignación del poder, y en la aplicación de la normativa, conducen a éstas hacia la apatía y la conformidad con la situación, esto viene siendo descrito, desde hace años, por distintos autores ya mencionados como Hedin, (1986) Jewell (1994), Lunardi (2002) y Medina (2005) entre otros.

5.4.3 Imagen y autoimagen social de las enfermeras

Las enfermeras de nuestro estudio tienen una imagen y autoimagen profesional poco acorde con sus contenidos y competencias curriculares.

Nuestros pacientes entrevistados perciben una imagen de las enfermeras que no difiere mucho de la que muestran los resultados de otros trabajos, donde se aprecia que las enfermeras son vistas como subordinadas de los médicos, preparadas para una labor científico técnica cualificada, pero alejada de otras funciones como la educación para la salud, el asesoramiento, la responsabilidad en la toma de decisiones sobre su salud o sus cuidados y esta imagen perdura en el tiempo (Salvador, 1988; Renedo, 1989; Vázquez, 1997, Valiño, 2005).

Otra imagen de las enfermeras es la que se ha formado el público en general, que no ha tenido contacto con la enfermería, a través de los medios de comunicación. Según distintos autores esta imagen que se proyecta de las enfermeras dista mucho de la que tienen ellas sobre sí mismas, lya que la consideran negativa y distorsionada, cuando no estereotipada (Martínez, 1997; Nauderer, 2005; Lunardi, 2002; Ramírez 2005). Esta última autora analiza la imagen que se proyecta a través de Internet.

Aunque en este trabajo no se ha indagado en la imagen profesional que tiene la población general sobre las enfermeras, sí que hemos apreciado que lo que muestra

la bibliografía, no dista mucho de lo que hasta ahora hemos podido averiguar a través de la observación y los discursos de los usuarios, y cierra un círculo en el que irremediablemente, las enfermeras transmiten a la sociedad la imagen subordinada que ellas mismas perciben de sí mismas y contribuyen a perpetuar, y que a la vez les devuelven los pacientes y la institución. Este círculo podemos verlo gráficamente en la figura 6 del apartado de los resultados.

Si las enfermeras no se lo creen, difícilmente podrán mostrar a la sociedad y a los profesionales que con ella trabajan la utilidad de su rol propio, tanto para la resolución de problemas de salud de las personas, como para la validación del cuerpo de conocimientos de su disciplina. A mi juicio, esto será fundamental para lograr la legitimación social de la profesión. En este sentido algunos autores, de distintas épocas, opinan que el principal origen de la autoimagen y la autoestima, probablemente se ha ido conformando a partir de las relaciones con los demás, llegando a vernos a nosotros mismos como los otros nos categorizar (Argyle, 1987; Alarcón, 2001; Martínez Riera, 2005).



Foto 9/1: Imagen estereotipada,
femenina

El hecho de que muchos de los pacientes atribuyan más prestigio y más necesidad de preparación a las enfermeras de UCI y Quirófano, muestra la sobrevaloración de los conocimientos técnicos, pues la atención a los aspectos afectivos y psicosociales, son identificados como domésticos.

"Cuando estuve en la UVI, allí me tocó una enfermera.., una chiquitilla, ipero como manejaba todo!, las máquinas aquellas que pitaban, y venga a ponerme sueros y venga a apuntar cosas, que no paraba, y yo decía. ¡estaré mu malico!, pero yo veía que sabía lo que llevaba entre manos, a mi no me hablaba, no me decía ni pió, pero el médico le mandaba cosas y se conocía que ella sabía bien lo que llevaba entre manos, icon tanto bote, y tanto aparato!. Yo creo que pa trabajar en esos sitios tiene que tener una preparación, una categoría, no va a ser lo mismo que otro sitio, que la planta o la misma consulta". (Paciente hospitalizado/P/H-1)

"Yo a lo que vengo aquí es a que me curen, y me quiten este dolor que tengo, que no puedo vivir. ¡Hombre!... te gusta también que te pongan una buena cara, que den confianza pa decir, pa preguntar, que te hablen, que te digan con agrado. La verdad, mientras me dejen aquí que pueda estar mi mujer, ella me da mucho apoyo" (Paciente hospitalizado/P/H-3)

Tampoco tienen clara la diferencia entre un ATS y un Diplomado en Enfermería, y siguen atribuyendo en general a la enfermería tareas subordinadas del médico, y no asocian a las enfermeras con responsabilidades de tipo ético, ni formación en valores humanos más allá de lo que le pedirían a cualquier persona.

"[...] y le dije al médico que yo estoy mu contenta que tiene unas ATS mu competentes, y no tengo queja porque aquí han venio siempre que las he llamao, y me han hecho todo lo que el Dr..les mandaba, que se acababa el bote, aquí estaban, que si las pastillas, que si la inyección, siempre, siempre lo hacian to, to mu bien, yo ya se lo he dicho al médico, que ya puede estar contento con el plantel de señoritas que tiene" (Paciente hospitalizado/P/H-2)

Si entendemos el poder como lo definió Foucault (1990), es decir, como un ejercicio de relaciones, como una influencia positiva o como una manera de pensar y desarrollar una práctica que impregna a casi todo el colectivo, entonces podemos decir que las enfermeras, al menos las de nuestro estudio, no disponen de ninguno de los atributos del poder que define Foucault, ya que no ejercen ningún tipo de influencia sobre los distintos actores con los que se relaciona en la organización donde trabajan.

Además, un elemento importante que otorga una imagen de prestigio y poder a una profesión es el servicio que ofrece a sus clientes, es decir, su contribución al bienestar social solucionando los problemas de los clientes, este elemento, según Alberdi (1998: 28), es el que permite definitivamente el control del mercado. Esta autora, hace un análisis de los elementos que influyen en el desarrollo profesional, y dice al respecto que las profesiones evolucionan cuando pueden influir en la oferta y la demanda del servicio que ofrecen, cuando tienen un elevado control sobre la organización de su trabajo, del entorno en que éste se desarrolla y además, controlan los términos de la relación con sus clientes. A la luz de sus reflexiones cabe preguntarse si la enfermera tiene suficiente reconocimiento social para lograr esta autonomía de poder y si tienen sus clientes (usuarios del sistema de salud) una idea clara de cual es su cartera de servicios, sus funciones y sus actividades y tareas.

Sin embargo, en contra de la opinión acerca de la falta de poder de las enfermeras, Holmes y Gastaldo, enfermeras canadienses creen que, aunque de distintas maneras, las enfermeras, ejercen poder y son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas: *"De hecho, la investigación en enfermería genera conocimiento sobre la población, determinante a la hora de establecer prioridades en la financiación de políticas y de programas"* (Holmes y Gastaldo, 2002: 10). Estas autoras piensan que las enfermeras son *"un colectivo de gran importancia que ayuda, indirectamente, al estado a gobernar"*, y que a través de las relaciones de poder, este grupo, al igual que otros, promueve y recupera la salud, acumula y difunde conocimiento, y participa en la construcción de la subjetividad de los individuos y sus propios estilos de vida.

Las políticas sanitarias y su relación con las enfermeras han sido también analizadas por Mckeever, 1996 y Stewart, 2000 (Cfr. Lunardi, 2002), sin embargo, aunque seguramente existen desigualdades entre las distintas enfermeras españolas, no creo que las circunstancias de las enfermeras canadienses y estadounidenses sean iguales a las nuestras, ya que al margen de las diferencias culturales, se trata de sistemas sanitarios distintos donde predomina el ejercicio privado y la enfermería pública trabaja fundamentalmente en atención primaria, también concurren otras circunstancias como el hecho de que existen distintas categorías de enfermeras incluyendo una licenciatura. Por esta razón, algunos de estos aspectos no son comparables.

5.4.4 Percepción de bajo prestigio e invisibilidad social

Las enfermeras de nuestro estudio, perciben e incluso asumen que el paciente siempre tiene sus expectativas puestas en el médico, y para ellos la Enfermería es invisible.

Hemos apreciado que obviamente, los pacientes llegan al hospital demandando un diagnóstico y un tratamiento médico. Esto hace que en ocasiones las recomendaciones, que les dan las enfermeras carezcan o al menos no tengan el peso o autoridad que tiene lo que les dice el médico, ya sean, tareas que formen parte de su rol propio o del de colaboración con el médico. Esto también se ha descrito en otros trabajos (Celma, 2001; Ignoto, 1997)

En los hospitales ámbito de nuestro estudio, aunque los usuarios con frecuencia muestran reconocimiento y agradecimiento hacia las enfermeras, éstas perciben que los pacientes no tienen claro hasta donde llega su cualificación o sus funciones y no muestran tener o sentir un compromiso directo con los pacientes, no sienten ni tienen integrado que tengan que “dar cuentas” a la sociedad de lo que hacen.

Esto se hace visible con actitudes como rehusar a escribir y a comprometerse, a presentarse con su nombre e identificarse con el servicio que ofrecen, prueba de ello son las reticencias a escribir en la historia clínica sus actividades y observaciones. También se ha podido observar cómo las enfermeras no suelen presentarse formalmente ante el paciente, ni suelen explicarle lo que este puede esperar de ellos. Todo esto unido a la excesiva rotación de los turnos, contribuye a que su trabajo quede despersonalizado y en ocasiones invisible.

"[...]como te vas a sentir más prestigiado, cuando el que vende el periódico en la esquina no se entera" [...] "aquí el acto sublime es el pase de visita, lo demás ni cuenta" (Enfermero planta QUIR/HVN-H2)

Sin embargo son conscientes de la imagen que transmiten de dependencia del médico, y se sienten molestas.

"[...] los enfermos tienen que entender que no soy la enfermera de su médico, sino que trabajo con él" (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

A este respecto los pacientes entrevistados, cuando hablan de su experiencia durante la hospitalización, recuerdan en primer lugar los servicios médicos, con frecuencia hacen alusión a los médicos con nombres y apellidos, sin embargo cuando hablan de las enfermeras, no recuerdan sus nombres, y hacen más alusión a sus simpatías, y sus comportamientos en el trato que a su formación o quehacer profesional:

"yo lo pasé muy mal, de algunas cosas ni me acuerdo ya, solo puedo decir que siempre estaré agradecido al Dr----porque me acertó la cosa" [...]

Solo cuando se le pregunta por las enfermeras dice:

"las señoritas también eran muy apañadas, trabajaban mucho, y eran cariñosas, aunque hay de todo, claro.. hay que servir para trabajar en esto" (Paciente domicilio/P/D-4)

"[...] Habrá quien diga que este trabajo lo hace cualquiera, pero hay que tener valor, tiene que gustar, unas muchachas tan jóvenes y lo que tienen que ver, a mí ya ve, un viejo en cueros, no es agradable" (Paciente domicilio/PD-4)

Llama la atención como los pacientes, cuando se les entrevistaba, y se les preguntaba sobre su experiencia en el hospital, con mucha frecuencia hablaban de los médicos, y sin embargo no hablaban espontáneamente de las enfermeras, obligando en ocasiones a la entrevistadora, a preguntar directamente sobre su experiencia con las enfermeras. Esto ocurría aún en el caso de haber tenido una experiencia o apreciación positiva de ellas, lo cual refuerza la percepción de invisibilidad social que tienen las enfermeras.

Existen estudios en los que se muestra cómo determinadas actitudes conducen a una invisibilidad de los cuidados de enfermería y una imagen difusa sobre las características, curriculares, competencias y funciones de este colectivo (Lunardi et al, 2000).

Esto es percibido de manera distinta por las enfermeras de atención primaria que suelen responsabilizarse, igual que los médicos, de un grupo de pacientes a los que

visitan en su domicilio y con las que están identificadas como "su enfermera", esto hace que se sientan más satisfechas con su trabajo:

"[...] en el hospital estás más arropada, pero en una casa lo tienes que solucionar tu sola, en el hospital es diferente pero, aquí tu ves lo que tu haces y ves los resultados". (Supervisora AP/CSLF-S6).

Podríamos decir que la imagen pública de las enfermeras está oculta tras el médico y que los usuarios ven a las enfermeras como sus subordinadas, y no como colaboradoras, desconociendo la dimensión de su rol. A este respecto un trabajo de M^a Ángeles Velázquez et al. en el que hace una amplia encuesta a los usuarios del sistema de salud, concluye que de las actividades enfermeras son mayoritariamente conocidas aquellas relacionadas con procedimientos técnicos y administrativos, pero raramente se les atribuyen una actividad diagnóstica, la elaboración de planes de cuidados y la función docente incluida la educación sanitaria (Vázquez et al., 2002).

Esta visión de la enfermería es también propiciada por los médicos, la estructura organizativa, el entorno e incluso por las propias enfermeras. Todavía hay médicos que se refieren a las enfermeras como *"mis enfermeras"*. Esto ha quedado también patente en las entrevistas, donde las enfermeras al hablar de su trayectoria profesional, hacían alusión a los médicos con los que habían trabajado, en lugar de referir la especialidad o el hospital:

"Yo comencé con el Dr.[...]" (Supervisora AP/CSLF-S6)

Las enfermeras de AP, que han trabajado previamente en el hospital, dicen percibir más respeto por parte de los pacientes que atienden, y que frecuentemente les consultan y les reciben en el domicilio, les dan las gracias, les hacen regalos, y siguen sus instrucciones. En definitiva, sienten la legitimación social, y la autoridad de sus consejos y recomendaciones de cuidados, esto puede achacarse a que no las asocian como subordinadas del médico, y tienen la autoridad que les confiere ser expertas en una materia propia, que ellos asocian a una preparación, no a unas órdenes médicas, aquí, suelen quedar desvinculadas de las tareas más domésticas del cuidado.

"Yo le enseñó a la mujer (la cuidadora) como tiene que lavar el culo, pero queda claro que yo no soy la que va a lavar el culo. Otra cosa es que yo tenga que ir a curar una herida, entonces pues les enseñó hasta que aprendan o yo la curo, los cito o voy a la casa según yo vea" (Enfermera AP/CSLF-M5)

"Esto es otro mundo, yo he pasado de ser la chacha a ser una autoridad (risa), me llaman de usted, me hacen regalos, que a veces me da cosa y no quiero yo eso, pero lo hacen de corazón, y notas que te escuchan y hacen lo que les dices. Yo cuando llegué aquí tenía miedo de meter la pata, todo lo tenía que consultar, pero me lo he estudiado, me hacía chuletas, de las vacunas, de los diagnósticos..." (Enfermera AP/CSLF-M6)

También manifiestan menos dependencia del médico:

"[...] puede pasar una semana y si no me lo cruzo al médico ni lo veo..., ni falta (risas)" (Enfermera AP/CSLF-M6)

Estas cuestiones han sido también analizadas por Alberdi (1998) que argumenta que si entendemos por "autoridad", un reconocimiento y una competencia para actuar y dictar normas, debería estar claro que es la sociedad quien la otorga, concediendo un título y presentando sus necesidades al profesional para que actúe sobre ellas.

Pero en el caso de la enfermería hospitalaria, estos requisitos teóricos, en la práctica, no quedan claros, ya que en la realidad la enfermería ha sobrevalorado el rol de colaboración a costa de su rol propio que en la mayoría de los casos, como ya hemos mostrado, la sociedad desconoce y confunde.

5.4.5 Conflictos interdisciplinarios

En las organizaciones ámbito de nuestro estudio, se dan multitud de conflictos interdisciplinarios y existe una ausencia de trabajo en equipo.

Para Schein (1998), al poder se le pide que organice, y el liderazgo ejerce el poder creando un espacio ordenado, "cosmos", en contraposición con el rechazo al descontrol del entorno que llamamos "caos".

Una de las funciones más importantes del liderazgo es la gestión y anulación de la ansiedad en el grupo. La organización disminuye y anula la ansiedad. El cosmos organizativo se transforma en lugar de seguridad. Según Schein, al papel del liderazgo le es consustancial la formación del orden a partir del caos (Schein 1982).

Sin embargo, al trasladar esto a las organizaciones sanitarias, el liderazgo que debe emanar de una filosofía organizativa clara, no siempre queda bien delimitado, e incluso pueden aparecer mensajes contradictorios que podrían producir un estado de inseguridad ante el cual el desconcierto acaba en desmotivación y dejación de responsabilidades, esta situación de caos que produce el recibir mensajes ambiguos, y que no potencian la motivación y la delimitación de responsabilidades, está presente en el discurso de las enfermeras:

"yo ya, que me digan lo que tengo que hacer y lo hago, pero que nos pongan la plantilla, que contraten a quien quieran, no que hoy, tenemos que trabajar con un montón de papeleo, que si valoración y que sin leches, y los planes de cuidados esos, y además nos dicen que hay que formarse y luego nada, porque en un momento viene el médico y te lo echa por tierra porque te manda lo que has de hacer y eso es lo que va a misa" (Enfermera planta MED /HVN-M3)

Tanto en las observaciones cómo en las entrevistas, resalta cómo la enfermería realiza tantas o más tareas dirigidas a mantener las instituciones en funcionamiento, como al bienestar de los pacientes o clientes.

Observando la actividad de la enfermería en el hospital, vemos que las enfermeras son las depositarias de la casi totalidad de la información que se genera en los hospitales, las organizadoras de la atención sanitaria, supervisoras de la hostelería y las encargadas de mantener las normas institucionales.

El hecho de asumir el compromiso con estas responsabilidades, podría capacitarlas para ejercer como las administradoras principales de la actividad sanitaria en su área de influencia. Sin embargo, como parece desprenderse de este trabajo, existen determinados elementos que impiden que el protagonismo de la labor profesional de las enfermeras se desarrolle completamente, debido entre otras cosas, a la forma en que las enfermeras y los médicos reparten y asumen sus roles profesionales y la escasez de recursos humanos y materiales que se les asigna a las enfermeras.

Para Schein (1982), en toda organización, la jerarquía se afirma periódicamente mediante la competición de poder. En las exhibiciones de poder, los líderes muestran su cuota de resultados (eficacia), sus contactos (comunicación) y sus recursos humanos (equipo). En la organización sanitaria esto se traduce además de en resultados sobre índices de mortalidad, morbilidad, disminución de infecciones nosocomiales etc., en proyectos de investigación, artículos y comunicaciones publicadas etc., y aunque esto, en principio, solo trasciende a nivel interno, la enfermería dista mucho de poder mostrar su posición a través de indicadores de resultado de sus actuaciones, puesto que todavía no dispone de sistemas de medidas establecidos a nivel formal, y mucho menos que gocen de legitimidad institucional y/o entre los médicos:

"No tengo inconveniente de que las enfermeras participen y tengan sus objetivos en el servicio, pero tendremos nosotros que controlar eso, y ellas se tendrán que adaptar a lo nuestro, no me parece bien que los resultados de ellas nos afecten a nosotros" (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Del discurso de los médicos se desprende una total indiferencia hacia la trascendencia de las intervenciones enfermeras sobre los resultados de la unidad o servicio donde trabajan, pero a esto contribuye también la dependencia y acomodo de las enfermeras:

"A mí me parece bien que si cumplimos los objetivos, nos paguen más, pero todavía no nos ha dicho el jefe de servicio qué tenemos que hacer nosotras, y cómo lo vamos a organizar" (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

"[...] les dije (a las enfermeras); que si querían, que nosotros les echábamos una mano con los objetivos, no sé, les diseñábamos el alta o algún protocolo, porque veíamos que no se ponían a trabajar, y se nos echaba el tiempo encima y no llegábamos, que había que tener hechos los objetivos, porque si no nos fastidiamos todos. Esto es lo que tiene que nos metan a todos en el saco [...], ¡hay que fastidiarse!, al médico últimamente lo maltratan por todos los lados" (Médico planta MED/HVN-Dr4)

Como desarrollamos más adelante, la interdisciplinariedad, requiere una simetría de poder, y esto en la enfermería hospitalaria nunca se ha dado, ya que la relación entre los profesionales de la salud, fundamentalmente entre médicos y enfermeros, sufre una desigualdad, una asimetría funcional donde la enfermera juega un papel dependiente, que como ya hemos dicho, se manifiesta no sólo en la toma de decisiones de tipo asistencial, sino también en lo estructural y lo social.

Tanto la observación sistemática como las entrevistas han mostrado la existencia de una zona gris donde se confunden actividades propias con actividades interdependientes o de colaboración. Muchas enfermeras entrevistadas enumeraban como tareas propias o independientes la administración de analgésicos o las decisiones sobre cómo curar una herida con mala evolución, cuestiones sobre las que las enfermeras deciden de forma habitual pero sin que esté establecido formalmente y explícitamente que tengan absoluta autonomía al hacerlo:

"[...] no hay cosa que más coraje me dé, que después de que me paso una hora curando, venga el señor (se refiere a un cirujano) y me levante el apósito, es un desprecio de mi trabajo, yo creo que las heridas (el cuidado de) son nuestras, de toda la vida" (Enfermera planta QUIR/HVN-M1).

Una prueba de esto, que hemos considerado una fortaleza en AP, está en la diferente percepción de las enfermeras de atención primaria, éstas, piensan que a diferencia del hospital, en atención primaria las actividades de la enfermería están mejor delimitadas, ya sean propias o interdisciplinarias. O por lo menos los médicos cuando delegan, delegan completamente. Esto puede ser debido por un lado, a que aquí los médicos no están tan especializados y por otro a que los pacientes no son tan dependientes del tratamiento médico, al no estar hospitalizados.

"Nosotros si he de ser sincero, equipo, lo que se dice trabajar en equipo, no trabajamos, pero problemas no solemos tener, cada uno sabe lo que tiene que hacer, y un enfermero está preparado para decidir sobre cuando tiene que consultar, ¿no?" (Enfermero AP/CSM-H10)

En los discursos de las enfermeras de atención primaria se aprecia cómo estos tienen más claras sus tareas y se sienten más seguros en la toma de decisiones, aunque también centran gran parte de su trabajo en actividades de colaboración, como se pudo ver en la observación de un centro de salud donde la enfermera que pasaba una consulta de hipertensos, básicamente les controlaba la tensión arterial y les hacía analíticas:

"[...] yo tengo mi consulta que es mía, el médico me manda los volantes que quiera, para que tome la tensión o haga analíticas, pero no se mete en nada, yo hago mi trabajo bien, y ya está" (Enfermera AP/CSLF-M10)

Esto coincide también con las enfermeras de los servicios especiales hospitalarios, que tienen claras sus tareas sin que haya solapamientos, ya que actúan como técnicos, que realizan un procedimiento que el médico indica para diagnóstico o tratamiento. En el caso de algunos procedimientos, la enfermera está tan especializada que la relación que se establece con el médico es una relación de agencia en la que éste es el principal o contratante y la enfermera el agente, o la que posee el dominio y conocimiento de la técnica y la obtención de los datos que el médico necesita para tomar decisiones.

Mintzberg (1984), consideraba al hablar de las empresas profesionalizadas, que en este tipo de empresas cada profesional trabaja con sus propios clientes y que la censura de sus actuaciones suele corresponder a los propios colegas, pero en el caso de la Enfermería cabría preguntarse quien controla o tiene capacidad para censurar el trabajo de las enfermeras, la propia enfermería, los médicos o los gestores, porque en la realidad no queda claro.

En las plantas de hospitalización, la enfermera hospitalaria, vive una situación de dependencia que tiene todavía un gran peso en el colectivo. Esto se acentúa más cuando la especialidad del médico hace que domine algunas técnicas que en otras unidades realizan exclusivamente las enfermeras, como es el caso de los anestesiólogos.

Hemos visto como gran parte de los médicos esperan de la enfermera esa conducta dependiente.

"A quien piden cuentas de lo que se hace es a mí [...] .ante cualquier problema yo soy el que tiene que sentarse delante del juez."
(Médico/HVN-Dr2)

La enfermera es plural y la enfermería se ejerce en muy distintos ámbitos⁵³ y de muy distintas formas, pero, como se ha mostrado y argumentado anteriormente, la situación de dependencia tiene todavía un gran peso en el colectivo.

Hasta aquí, podríamos decir que el origen de los conflictos interprofesionales, se encuentra con frecuencia en una mala definición de competencias que parece ser resultado no solo de la evolución propia de la profesión, sino también de una postura ambivalente y poco clara de los gestores, unas veces por temor a que los médicos alcancen cuotas de poder, lo cual les haría a ellos perder el control, y otras por la asimetría de información que existe en la ya mencionada relación de agencia, que hace que se sientan incómodos en un terreno abonado por la incertidumbre y la desconfianza.

Esto último, ha propiciado que se asigne a las enfermeras el control de algunas parcelas, como la gestión de camas, o la gestión de sus propios recursos humanos, pero esto ha sido una concesión a medias, ya que paralelamente no se le da la autoridad suficiente para gestionar estas funciones. Con frecuencia hemos visto conflictos entre enfermeras y médicos, cuando estos últimos desautorizaban a las enfermeras en sus decisiones de mover a pacientes de habitación o de planta, de lo que describimos parte de lo observado:

-Los pacientes en el área de hospitalización, están distribuidos por especialidades médicas (Ej.: planta de cirugía general, torácica, urológica, o de cardiología, neumología, digestivo, etc.). Mantener este orden es deseado por todos, los médicos desean tener en su planta a los pacientes que deben de atender, que son de su especialidad, y a las enfermeras les resulta más seguro y más organizado el que todos los pacientes sean de la misma especialidad y pertenezcan al mismo equipo de médicos, esto además facilita la gestión de camas y unifica criterios de atención por lo que la organización (meso y microgestores) también asume que esto debe ser así.

⁵³ En Andalucía, el SAS, tiene contratados 14.859 enfermeras en los hospitales mientras que en AP hay 4.940. (Página Web del SAS, 2006).

En una planta médica, durante nuestra observación en el campo, se dio la siguiente situación:

-Doce de la mañana, dos enfermeras están valorando la posibilidad de poner a un paciente muy grave en una habitación individual que ha quedado vacía, y a su vez trasladar desde otra planta a dos pacientes que pertenecen a su especialidad, pero para ello el médico tiene que pasar visita pronto y gestionar varias altas que hay pendientes, y que dejarían camas libres para que así ellas, tras hacer varias combinaciones entre habitaciones de hombres y mujeres, puedan regular la situación. Ante la tardanza del médico, lo llaman con insistencia y éste alega que no puede ir a pasar visita porque está ocupado. Las enfermeras protestan y lo comunican al jefe de servicio, y finalmente el médico da solo un alta (se estimaba que se darían tres), con lo cual la estrategia de las enfermeras ha fracasado. Una enfermera comenta: *"Esto es imposible de regular, porque nosotras no somos las responsables de las altas, y ellos no están sensibilizados con lo importante que es gestionar bien las camas y en su momento justo, ayer se dijo que hoy se iba el 20-1 el 17-2 y el 22-2, y no ha dado el alta porque a la familia no le venía bien, como si esto fuera un hotel"* (Observación MI Enfermera MI)

Esta misma situación también incomoda a los médicos:

"[...] es intolerable que una enfermera tenga que organizar esto y te organice además cuándo has de pasar visita, aquí cualquier día mandan a los celadores organizar esto" (Médico planta MED/HVN-Dr2)

A lo largo del trabajo se ha podido apreciar cómo la relación de las enfermeras con los médicos es una relación ambivalente marcada por una parte por numerosos conflictos de intereses y por otra por estrechas e intensa colaboraciones y complicidades. En este sentido hay trabajos que hablan sobre las dificultades en la definición de las competencias profesionales y los conflictos interdisciplinarios y cómo en las relaciones profesionales entre médicos y enfermeras abundan las vaguedades en las tomas de decisiones y en la definición de responsabilidades. (Creus, 1999 2002; Porter, 1991; San Martín et. al, 2006).

Estos antecedentes operan como una debilidad del sistema que son en parte responsables del fracaso de las enfermeras hospitalarias a la hora de poner en marcha nuevas formas de trabajo, centradas en la visión holística del paciente, y no

solo la biologicista, como es el caso de los planes de cuidados de enfermería que, en el marco conceptual de este trabajo hemos definido como el instrumento del proceso de cuidados enfermero o lo que es lo mismo, la aplicación del método científico al trabajo enfermero.

En algunas unidades donde hemos realizado la observación sistemática, hemos podido comprobar cómo en muchos casos las enfermeras utilizaban la taxonomía enfermera para denominar problemas que en realidad eran problemas de colaboración, esto las llevaba a errores teóricos que las conducía a un callejón sin salida porque las cosas no cuadraban a nivel conceptual ni estructural.

La clasificación de diagnósticos enfermeros cataloga y define problemas que van a ser válidos según el modelo conceptual que se elija, y en este caso (las organizaciones estudiadas), la valoración está planteada a partir del modelo de las necesidades básicas de Henderson, que las enfermeras hacen guiadas por una hoja o formulario que repasa las 14 necesidades básicas.

Según este modelo, los problemas de enfermería (rol propio) son aquellos cuyo origen es una respuesta humana inadecuada, errónea o insuficiente, que el paciente genera por falta de fuerza, voluntad o conocimientos, ante un problema de salud que le provoca la dependencia para satisfacer alguna/s de sus necesidades básicas (intervención quirúrgica, hospitalización, tratamiento médico, pérdida, etc.). Ante estas situaciones la enfermera interactuaría con el paciente; enseñándole, convenciéndole, acompañándole o sustituyéndole para que recupere lo antes posible su independencia, mediante el aprendizaje de conductas adecuadas y suficientes. Ante estos problemas, la enfermera, plantea unos objetivos al paciente y negocia con éste el paulatino alcance de los mismos hasta que entre los dos resuelven el problema o diagnóstico de enfermería.

Sin embargo, hemos visto como cuando estos conceptos no se han tenido claros, las enfermeras formulaban diagnósticos erróneos, que no podían resolver, porque los objetivos no dependían solo de su interrelación con el paciente, sino también de las actuaciones de otros profesionales. Ejemplos frecuentes son el diagnóstico, "riesgo de infección", o el de "patrón respiratorio ineficaz", diagnósticos entre otros muchos, que en el medio hospitalario no se producen porque el paciente desarrolle conductas erróneas, inadecuadas o insuficientes que le hagan contraer una infección, o no le permitan respirar con normalidad, sino que están relacionados con una intervención médica o una enfermedad. Luego aquí, es el médico el que pone un tratamiento y le plantea objetivos al paciente, aquí las actividades enfermeras están indicadas por el

médico, y en este caso la medicina ya dispone desde hace siglos otros nombres para denominar estos problemas. Otra cosa distinta es cuando el médico, prescribe al paciente un tratamiento que, si es complicado, difícil o el paciente tiene un bajo nivel de instrucción, quizá la enfermera esté ante un diagnóstico de enfermería “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, “Temor relacionado con el ambiente hospitalario” o “Cansancio del rol del cuidador”, etc.

A pesar de la insistencia ya desde las escuelas para que las enfermeras dirijan también la mirada hacia problemas psicosociales del paciente, y hagan una valoración centrada en las necesidades globales del paciente, éstas tienen tendencia a volver a un modelo médico que fragmenta al paciente en sistemas y aparatos, en base a lo cual están construidas las especialidades médicas cada vez más delimitadas o superespecializadas.

Esta misma posición de los médicos centrada en la enfermedad y en la medicalización, y en la visión parcelada de la persona enferma, arrastra a las enfermeras a adoptar la misma visión, sobre todo porque en un medio donde el paciente va a que le curen una enfermedad o le resuelvan un problema fisiopatológico, la autoridad moral o la legitimación social la tiene el médico, en quien, como hemos mencionado anteriormente, tienen los pacientes puestas sus expectativas.

Es de esperar entonces, que si los médicos no aprecian y apoyan el desarrollo de las actividades enfermeras autónomas y no valoran positivamente la visión holística que deben tener las enfermeras de los pacientes, difícilmente lo van a lograr estas, o al menos será un camino lento, aunque los macrogestores pretendan propiciarlo, en base precisamente, a que los pacientes critican del sistema precisamente su frialdad y la visión parcelada de sus problemas, que puede alcanzar tintes dramáticos en algunos sectores de la población más vulnerable como ancianos, pluripatológicos, etc. De ahí que como ya hemos explicado, esto preocupe bastante a los macrogestores.

Por otra parte los mismos gestores, a nivel de las organizaciones, en la práctica, siguen dando la máxima autoridad a los médicos, autoridad en forma de participación en la toma de decisiones sobre necesidades de recursos, diseño de espacios físicos, horarios de su trabajo que condiciona al de las enfermeras, etc.

Las enfermeras se quejan con frecuencia de estas cosas:

"han estado reunidos (se refiere a los médicos) con sus cosas y sus guardias, y nosotras aquí esperando sin poder adelantar. Ahora de

repente vendrán., claro ellos a la suya.vendrán digo yo, vienen dos de golpe a pasar visita, y nosotras vamos como locas porque en un rato tenemos que hacer lo que podíamos haber hecho sin prisas, bien organizadas” (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

En relación a esto, podemos destacar lo que decía un jefe de sección:

“La sociedad deposita su confianza en los médicos, y a la vez, nos exige que todo esté bien, no hace mucho hubo una reclamación de un paciente porque no quería estar en la misma habitación que otro, porque equivocadamente creía que tenía una infección y le podía contagiar; inmediatamente me llamó el subdirector, ¿a quién llamó, a la supervisora o la enfermera?..i.no!, me llamó a mí, porque aquí yo soy el máximo responsable [...]”, (Médico planta QUIR/HSC-Dr 7)

Uno de los médicos entrevistados, al hablar sobre el papel de la investigación de la Enfermería, decía:

“Ahora está la moda de que las enfermeras estén en todas las comisiones, yo no sé que pintan las enfermeras en la comisión de investigación, el dinero además hay que concentrarlo en líneas de investigación serias, que resuelvan problemas importantes y sobre todo diseños bien hechos, no entiendo tantos trabajos cualitativos, tantos diseños de planes de cuidados, creo que nos desviamos de lo verdaderamente importante” (Médico Servicio especial/HVN-Dr3)

A la luz de todo esto y partiendo de la definición de D`Amour et. al. (2005), consideramos la colaboración interdisciplinaria como un proceso complejo y dinámico de interacción entre profesionales interdependientes que se relacionan como compañeros y que comparten el poder a través de la toma de decisiones, con el fin de alcanzar un objetivo común centrado en el paciente. Entonces la colaboración y por tanto el trabajo en equipo, no existe ni en los hospitales ni en la atención primaria de los centros estudiados. (Más adelante, en el apartado de la Biologización de la cultura, retomaremos las dificultades de las enfermeras y estudiantes para la el aprendizaje y puesta en marcha del proceso de atención de enfermería).

Como conclusión al análisis de los aspectos revisados en estos apartados, sobre la dependencia de las enfermeras y la práctica interdisciplinaria⁵⁴, en nuestro ámbito de estudio, creemos que un equipo interdisciplinario, implica una colaboración intensa. La interdisciplinariedad, se basa en la integración del conocimiento y de la especialidad de cada uno de los profesionales del equipo, con el fin de proponer de manera consensuada, soluciones a problemas complejos (Paul y Peterson, 2001; Klein, 1997).

Para trabajar en colaboración, los profesionales deben llegar a una simetría de poder donde éste dependa del conocimiento y de la especialización de cada profesional y no del título que posea. Sin embargo, estas teorías sobre las relaciones del equipo multidisciplinar, en las organizaciones estudiadas no se dan en la práctica, debido en parte a la presencia de algunos de los valores culturales de la medicina cuya influencia, como hemos argumentado hasta ahora, marca y dirige aspectos del desarrollo profesional enfermero, que deberían sentarse en la formación y la investigación de los valores de la propia disciplina, aunque su doble rol le exija una preparación clínica y unos conocimientos sobre fisiopatología que tendrán que desarrollar en muchos ámbitos (cuidados críticos, quirófanos, unidades de hospitalización de agudos, etc.), adoptando el rol colaborador pero sin renunciar a su independencia a otros niveles.

5.4.6 Baja confianza en los líderes y bajo corporativismo y asociacionismo

En las organizaciones ámbito de nuestro estudio, las enfermeras muestran poca confianza en sus líderes y una baja adhesión al corporativismo y consenso profesional, que puede repercutir en la formación y la investigación

Para Roberts (1983), los individuos que más capacidad y éxito demuestran en la asimilación de las normas y creencias dominantes, se convierten en *marginales* porque sin pertenecer al grupo dominante se hallan en los márgenes entre éste y su propio grupo; según ella, algunas de las líderes, representan una élite marginal, porque han dejado de poseer y compartir las características de su propio grupo, y porque han accedido al poder, sobre todo, por su complicidad con los dominadores

⁵⁴ El prefijo "inter" no hace referencia unicamente a una pluralidad o yuxtaposición, sino que evoca la existencia de un espacio común, de un factor de cohesión, de una copropiedad. Cuando los miembros del equipo toman conciencia de esta interdependencia, se produce un efecto sinérgico que maximiza la contribución de cada una de sus partes.

para el mantenimiento de las relaciones de dominación. Para Medina (2005), que traslada esto a las líderes de la enfermería, éstas han contribuido con frecuencia, a la coerción y apaciguamiento de las reivindicaciones de su propio colectivo, lo que les ha supuesto recompensas en forma de estatus y poder.

Aunque no hemos encontrado en los discursos de los supervisores y gestores, ni hemos observado en el trabajo de campo, ninguno de estos rasgos entre los líderes de la enfermería del universo estudiado, sin embargo en el discurso de las enfermeras se pueden apreciar algunos de estos rasgos descritos por estos autores:

"A nosotras, apoyarnos, apoyarnos, no nos apoya nadie, la supervisora está todo el día reunida, y no quieren más que mantener el sillón, no tener problemas, al jefe de servicio, no hay forma de que le planteé que debe organizar que pasen visita a la misma hora, para que nosotras nos podamos organizar, pero nada, en cuanto nombran a alguien supervisora, ya se ponen la bata encima y se meten en el despacho, (se toma una pausa para pensar y continúa) nuestros problemas no interesan". (Enfermera planta MED/HSC- M7).

Algunos líderes, viven en dos mundos simultáneamente y participan de dos sistemas de creencias a menudo antagónicos. No es fácil el papel de los supervisores cuyo rol se desenvuelve, por un lado entre los médicos, con los que tienen una situación de privilegio con respecto a los demás enfermeros, pero entre los que no son miembros de pleno derecho, a pesar de que son tratados en ocasiones como parte del equipo. Por otro lado, entre las enfermeras, para las que esa misma situación de privilegio con los médicos, hace que tampoco se les acepte en el grupo como un igual. Esta marginalidad, convierte a la supervisora en lo que Roberts denomina como una especie de huérfana cultural (Roberts, 1983). Todo esto les mantiene en una situación de presión por el riesgo a perder apoyos de uno u otro lado. Esto último coincide con lo que describía Mintzberg (1984) sobre las características de los líderes de las organizaciones burocráticas sanitarias, este decía que el líder o gestor que trabaja en estas organizaciones a tiempo completo (en este caso la supervisora), solo conserva su poder (a nivel de apoyo moral y afectivo) mientras los trabajadores sigan opinando que sirve a sus intereses.

Uno de los médicos entrevistados, que presumía de “conceder un espacio” a la supervisora en las sesiones clínicas, cosa que hay que decir que es bastante infrecuente, se expresaba a este respecto:

"Nosotros exigimos que la supervisora acuda a las sesiones clínicas, esto le proporciona una buena visión del conjunto de los enfermos de la planta, le permite tomar nota de los problemas más importantes que se mencionan en las sesiones, además de que puede aprender mucho, tener información privilegiada, tomar nota.[...] No sé que es lo que pasa, no hay manera de que asista, se escaquea, siempre la llaman para algo en la planta, ni ella ni los demás enfermeros integran que (la sesión clínica) es su sitio a primera hora..., yo no sé si debería decir esto, pero creo que hasta se siente presionada porque los demás enfermeros la critican, como si acudir a las sesiones no formara parte de su trabajo". (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Sin embargo, cuando se les pregunta a las supervisoras, alegan sentirse incómodas en esos foros, porque en realidad están allí pero sin voz ni voto, solo para que se den por enteradas de aspectos de los pacientes, pero sin que se cree ningún espacio de colaboración, o intercambio de información, salvo para llamar la atención sobre algún cambio o alguna amonestación.

"yo considero muy interesante ir a las sesiones, pero allí pasa como una vez que fui con el jefe, en otro servicio que estuve también de supervisora, a hablar con el gerente, que estoy como un florero, entonces ¿para qué voy?, teniendo como tengo, tanto que hacer". (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

Algunos jefes de servicio solo aceptan como supervisoras a aquéllas que aceptan y aprueban el sistema jerárquico de la medicina a la que, a su vez sirven los gestores aunque de forma ambivalente, contribuyendo al mantenimiento del statu quo. Cabe decir aquí, que una mayoría de las supervisoras y enfermeras, se dirige a los médicos utilizando el “Usted” o el “Don” o “Doctor” para dirigirse a ellos o al nombrarlos, incluso cuando son de su misma edad, mientras ellas son llamadas o nombradas por su nombre de pila o son tuteadas.

Otro elemento de poder e identidad profesional, es la capacidad de unión y representación que proporcionan sus líderes y representantes. Aunque en la enfermería existen corporaciones articuladas (colegiación, sociedades científicas y sindicación), en realidad no disponen de un proyecto profesional global conocido y aceptado por todo el colectivo, que promueva la adhesión de los profesionales y el desarrollo profesional, más bien se halla parcelado. Las enfermeras en realidad, manifiestan no confiar en sus líderes, y no conocer los objetivos globales de sus órganos de representación.

"[...] estoy colegiado porque cuando empecé, no me contrataban sin colegiarme primero, pero a mí realmente el colegio no me aporta nada, solo facturas, ¡ha!, y menos mal que ya hace años que se pagó el piso donde tiene ahora la sede, que me acuerdo de alguna factura extraordinaria, [...] si quieres que te diga la verdad, yo no sé realmente que me porta, creo que tienen abogado, mandan de vez en cuando una revista, y también un seguro no sé si también algo más, no sé ...eeee, no recuerdo. Yo, desde luego ni voto ni sé quién es el presidente; ¡ha! bueno, espera...perdona, me parece que es presidenta". (Enfermero planta QUIR/HVN-H1)

"Recuerdo conflictos importantes, una huelga que tuvimos, que entonces ni nos pagaban festivos ni nada, el colegio no se mojó y los sindicatos te manipulan todo lo que pueden, al final son unos cuantos los que manejan todo a su antojo, a sus intereses, pero a la base no nos apoyan. Mira como estamos, yo ahora mismo no sé ni como puedo entretenerme contigo, porque la compañera de hoy es apañísima, pero siempre es así, todo de favor". (Enfermera servicio especial/HVN-M4)

Las enfermeras de nuestro estudio, se ven a sí mismas como un colectivo poco corporativo. Muchos enfermeros manifiestan tener poca credibilidad en los colegios o los sindicatos, pero subyace de sus discursos que lo que les pedirían a estos, se centraría más en reivindicaciones de tipo laboral que en las que propicien el desarrollo profesional. Prueba de esto es la poca tendencia al asociacionismo científico y la gran abstención en las urnas de los colegios profesionales a la hora de elegir sus representantes. En Granada, según fuentes del Colegio de Enfermeras, la abstención está en torno a un 60%.

Este aspecto, a primera vista es difícilmente reconocible, pero se hace evidente cuando se observa la gran división y falta de cohesión en los grupos de Enfermería. La tradicional falta de unidad y la escasa participación en las organizaciones profesionales pueden ser interpretadas como una falta de orgullo y autoestima del propio grupo y la consecuente inexistencia de la necesidad de participar.

No es que falten asociaciones y foros científicos, donde las enfermeras puedan discutir sobre su desarrollo profesional, pero diferentes particularidades de la profesión contribuyen a que, de forma regular, solo interesen a una pequeña élite de la enfermería, y la mayoría de las enfermeras los utilicen solo de forma esporádica, ante situaciones concretas o para liberarse y desconectarse temporalmente del trabajo, aunque no hemos encontrado estudios cuantitativos que nos puedan ilustrar al respecto.

Según Medina (2005), el hecho de que las enfermeras no se valoran entre sí, explica las razones por las que no se afilian en organizaciones profesionales. Estas actitudes fruto de la autodepreciación, la baja autoestima y la desconfianza en sus líderes, dejan ocultos ante los pacientes que acuden a los servicios de salud, muchos valores profesionales, ya que sucumben a la cultura organizacional que las convierte en burócratas de la salud, y les crea una situación de insatisfacción laboral y profesional, que hace que descarguen, en los usuarios y en sus colegas, su malestar y sus frustraciones, sin asumir una postura activa y participativa en la resolución de problemas, de ahí la gran agresividad que a veces se observa entre enfermeras y entre enfermeras y otros colectivos. Esto es lo que Freire (1971) define como “violencia horizontal” (Cfr. Medina, 2005)

"[...] estamos de una manera que claro estamos mal y a veces lo paga el que menos lo merece" (Enfermera planta MED/HVN-M3)

"Esta situación así no puede durar, ¿es que aquí no hay autoridad? No se puede permitir que a veces te contesten como te contestan, y a los propios enfermos, y nos metemos todos, que se que hay colegas míos que no tienen perdón de Dios. Hay mucha frustración por todas partes, y el caso es que se supone que estamos mejor, yo opino que el médico ha perdido mucha autoridad, mucha autoridad, no tiene nada que ver con antes.." (Médico planta MED/HVN-Dr 4)

En su trabajo sobre la Enfermería Americana, Roberts (1983) afirma que la falta de participación y la división interna, son formas sutiles de autodepreciación. Esos enfrentamientos son una manera de liberar la agresividad que no puede ser expresada ante el opresor. Esto lo hemos podido apreciar cuando hemos visto cómo las duras condiciones de trabajo que soportan las enfermeras, generan reacciones de agresividad, menosprecio y enfrentamientos entre ellas, en lugar de plantear un análisis riguroso de las condiciones materiales y sociales en las que desarrollan su actividad, proponiendo mejoras desde dentro de la propia profesión. Estas actitudes o modos violentos achacados a la insatisfacción laboral, desgraciadamente frecuentes entre las enfermeras y entre otros profesionales de nuestro estudio, son en gran medida propiciadas por las posturas ambivalentes que forja el sistema a través de sus líderes a todos los niveles, "macro, meso y micro".

Con frecuencia las enfermeras entrevistadas se quejaban de que sus líderes (supervisores y directores de enfermería) no ofrecían un proyecto claro, sino que por el contrario se preocupaban más de rentabilizar las plantillas:

"[...] quieren que hagamos planes de cuidados y que sigamos sacando el trabajo adelante con la misma plantilla, como no trabajemos en nuestras casas, ya me dirás cómo". [...] "¿aquí me gustaría ver a las del despacho". (Enfermero planta QUIR/HVN-H2)

Según Teixidor (2004), en la actualidad se necesitan líderes con pensamiento global y humanista, con capacidad de innovar, motivar y extender el liderazgo a otros miembros del equipo. Los líderes del equipo de enfermería deben ejercer competencias administrativas y emocionales, y desarrollar la actividad profesional en estrecha colaboración con otros miembros del equipo fundamentalmente los médicos, con los que existe una relación contradictoria y ambivalente que se traduce en un divorcio a nivel administrativo y gerencial y una dependencia a nivel asistencial y emocional.

A lo largo del trabajo hemos podido constatar tanto a través de las entrevistas a supervisoras como de las enfermeras, que dependiendo de como se posicione la supervisora, el prestigio que tenga entre sus subordinadas, sus conocimientos y capacidad de motivación sobre los nuevos métodos de trabajo, van a influir en la forma en que las enfermeras acepten o rechacen las innovaciones.

"Aquí se trabaja bien nos llevamos bien, la jefa es muy apañá, y no les lame el...a los médicos, aquí se dijo que nosotras trabajaríamos con planes de cuidados, y ya tenemos desarrollados un montón".
(Enfermera Planta QUIR/HVN-M1)

Sin embargo son mal vistas las supervisoras que se posicionan supuestamente al "lado de los médicos" o "las del despacho":

"Nuestra supervisora, es buena gente, a ver, no tengo nada en contra, pero es que siempre es lo que digan las jefas del despacho o lo que digan los médicos, claro, ¿qué le ha pasado?, pues que se ha quedado sola, ha hecho ella sola los planes de cuidados y ahora ¿qué pasa?.pues que se han quedado en un cajón" (Enfermera planta MED/HSC-M7)

Existe un descontento generalizado que se proyecta en los líderes a causa de las restricciones en las plantillas de enfermería, y de cuya problemática hemos hablado en el capítulo de las "relaciones de agencia" con los gestores.

5.4.7 La investigación como asignatura pendiente

A lo largo de toda la discusión hemos visto, y seguiremos viendo en diferentes apartados, cómo las enfermeras de la base, en general anteponen su rol de mujer, esposa y madre, a su formación profesional y la investigación, alegando además que no se sienten muy preparadas. Ahora vamos a mostrar cuáles pueden ser las claves que según el análisis de nuestros resultados y la bibliografía encontrada, creemos que pueden contribuir al desarrollo de la investigación enfermera y cuál es la situación en nuestro ámbito de estudio.

Nadie duda de la importancia de la investigación para el desarrollo científico de una profesión. En el área de nuestro estudio, igual que en el resto de España, para la financiación de la actividad investigadora no existe un presupuesto separado del resto de las ciencias de la salud o áreas biomédicas para financiar con fondos públicos proyectos en enfermería, siendo todavía tímidos los avances que se han producido en

la producción científica de la Enfermería Española⁵⁵, aunque a nivel mundial, la enfermería tiene ya una larga trayectoria (Zabalegui, 2002; Jones, 2004).

En cuanto al número de revistas que se editan, en España, si bien en la mayoría de ellas se publican artículos originales, aún no son muy numerosas aunque se observa un gran crecimiento en los últimos años. A diferencia de otros investigadores en ciencias de la salud (biólogos, farmacéuticos, médicos, etc.) cuya investigación se centra en descubrir la historia natural de la enfermedad, para desarrollar intervenciones preventivas o terapéuticas, la enfermería, se centra en el paciente y no en la enfermedad estudiando aspectos psicológicos, fisiológicos, culturales, sociales y/o espirituales del individuo con el fin, y esto es lo que nos diferencia, de mejorar sus cuidados.⁵⁶

Sin embargo, en España abundan los trabajos donde la investigación se desarrolla en una línea confusa y resbaladiza para la enfermería, se trata de trabajos paramédicos donde las enfermeras que investigan tienen un papel secundario (captación de pacientes, recogida de datos o de muestras, etc.), situándose a la cola de las publicaciones médicas. Interesa también destacar la poca importancia que se da al rol autónomo frente al de colaboración, en el que se centran la mayoría de los trabajos. (Wuest, 1995; Firtzgerald, 2003; Zabalegui, 2002).

⁵⁵ La actividad investigadora enfermera, no despegó hasta la mitad del siglo XX en Estados Unidos de Norteamérica, país que viene ejerciendo el liderazgo gracias a que en su momento recibió y sigue recibiendo el apoyo de organizaciones profesionales y gubernamentales que le fomentaron y desarrollaron programas de formación y crearon publicaciones científicas de divulgación, bajo rigurosos criterios de selección. Las primeras publicaciones de enfermería surgieron en la década de 1950, tratando en su mayor parte temas educativos, en 1952, comenzó a editarse el *Nursing Research* y, en la actualidad son numerosas las revistas profesionales que publican resultados sobre investigaciones en el ámbito enfermero. De entre las que destacan por tener más prestigio e índice de impacto, las que están sometidas a revisión por pares (peer review): *Nursing Research*, *Journal of Research in Nursing and Health*, *Journal of Nursing Scholarship*, *Advances in Nursing Science*. A esto podemos añadir, aunque con menos índice de impacto y otro tipo de selección de los trabajos, que cada especialidad suele contar con una revista de referencia como son por ejemplo, *Oncology Nursing Forum*, *Journal Gerontological Nursing*, *Maternal-Child Nursing Journal*, *Home Health care Nurse* y *Nursing Administration Quarterly*.

En la actualidad, es creciente la actividad investigadora enfermera, gracias a que se están consolidando las líneas de investigación prioritarias, este avance se refleja en el aumento de las citas de revistas de enfermería en los distintos índices bibliográficos como *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* y *Medline*, que dan credibilidad, prestigio y reconocimiento a la actividad investigadora enfermera (Zabalegui, 2002).

⁵⁶ En la actualidad se reconoce un gran empeño en dar a la investigación enfermera un enfoque único y definir las áreas prioritarias de investigación enfermera que ha experimentado un valor ascendente. En 1981, la *American Nursing Association (ANA)*, definió la investigación en enfermería como: *"el desarrollo del conocimiento sobre la salud y su promoción a través de las diferentes etapas de la vida el cuidado de personas con problemas de salud o discapacidades y las intervenciones de enfermería encaminadas a aumentar la capacidad de la persona para responder eficazmente a los problemas de salud reales y potenciales"*. En 1985, la *Canadian Nursing Association (CNA)* también enunció la investigación como un componente esencial del cuidado de la salud. En 1991, la ANA recomendó enfocar la actividad investigadora en: la identificación de problemas de salud reales o potenciales, la realización de trabajos de investigación con marcos de referencia propios de enfermería, la participación en comités y programas de investigación, la colaboración con otros profesionales en actividades investigadoras y la utilización de los resultados de las investigaciones en el desarrollo de políticas, protocolos y guías para el cuidado de la salud. El *National Center of Nursing Research (NCNR)* destacó la contribución enfermera al cuidado de la salud de la población, por ejemplo en el área de calidad de vida donde las enfermeras han evaluado y elaborado intervenciones para promoverla, y han proporcionado definiciones conceptuales y han descrito respuestas sociales, espirituales, psicosociales, etc.

En España, basta ver en cualquier foro o congreso, las comunicaciones, postres, etc., que se publican. A este respecto también nos ha llamado la atención la opinión de algunos enfermeros:

"El año pasado nos metieron en un ensayo clínico, participamos Rosa y yo, pero eso nos dio mucho trabajo; todos los días había que sacar por lo menos un tubo más (se refiere a la extracción de sangre para analíticas, que se hace sistemáticamente el preoperatorio de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente) a cada enfermo, también teníamos que explicarle que le sacábamos sangre para el trabajo, porque lo exige el comité ético, esto era lo más incómodo porque hay que saberlo decir bien porque sino pues pueden negarse" (Enfermera Planta QUIR/HVN-M2)

(Al preguntarle por los resultados del trabajo ninguna de las dos enfermeras participantes supo decirlos).

En el seno del Instituto Carlos III se ha creado un grupo de investigación en Enfermería denominado Investen dependiente del fondo de Investigaciones Científicas sanitaria cuya finalidad es promover la investigación enfermera financiada con fondos públicos (Moreno, 2000:16). Las áreas prioritarias de investigación en Enfermería marcadas por este grupo para los próximos años son: continuidad y eficacia en el cuidado del anciano, promoción de estilos de vida saludables, impacto de los diferentes niveles profesionales de enfermería, eficacia de las intervenciones enfermeras en el tratamiento de síntomas de respuestas humanas (dolor, estrés, ansiedad, afrontamiento) y modelos de cuidados comunitarios en poblaciones vulnerables (www.iciiii.es/investen). También hay que destacar la Fundación Index de Enfermería (www.index-f.com).

Las diferencias entre la investigación de Enfermería en España y la de otros países, son considerables, ya que en países como EEUU y algunos de Europa (Reino Unido, Holanda, Finlandia o Grecia, ofrecen programas específicos de doctorado), ya llevan una trayectoria de más de 50 años de formación, y cuentan con la existencia de líneas de investigación consolidadas, con un elevado rigor científico en sus publicaciones, y fuentes de financiación tanto pública como privada. Mientras en España, se acaban de aprobar los estudios de Grado para la Enfermería que introducirán la posibilidad de cursar estudios de segundo y tercer ciclo, esto aunque todavía no se ha puesto en marcha en la mayoría de las universidades españolas, ha creado muchas expecta-

tivas, pues puede aportar la formación en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la potenciación de la investigación enfermera en España. Entretanto, muchas enfermeras se han formado en áreas diferentes a la Enfermería como la Psicología, la Pedagogía y la Antropología, lo cual a mi juicio, ha supuesto un enriquecimiento de la investigación tanto por parte de la Enfermería como por parte de estas áreas de conocimiento.

Si miramos los estudios bibliométricos existentes sobre la producción científica en España veremos cómo ha aumentado el número de revistas, desde las pioneras ROL de Enfermería en 1978 y la edición española de Nursing en 1983, hasta la actualidad en que existen más de 90 publicaciones de revistas de enfermería, nos encontramos con algunas conclusiones:

En los años 1993-1994, según Gálvez (1996), por cada revista enfermera que se cita, otros campos como la medicina, psicología o fisioterapia, citan 2,28, también el autor comenta que se citan más libros que revistas. En otro estudio realizado por este autor et al (Gálvez, 1999) en la que revisan 12 publicaciones enfermeras entre los años 1993 y 1995, concluyen que de 12.590 referencias bibliográficas, de artículos de enfermería, solo el 9,09 % corresponden a revistas de enfermería española, el 4,53% a revistas de enfermería extranjeras y el resto a otros campos o géneros documentales. La conclusión de este trabajo es que la enfermería elabora su conocimiento a partir de otras ciencias y que posee un escaso conocimiento de su propia producción. Otros dos artículos publicados en 1999 (Icart, 1999 y Richard, 1999), revisan las publicaciones de enfermería de mayor impacto, y destacan el aumento de la producción, sin embargo manifiestan algunos aspectos negativos como el hecho de que hay muchos artículos que no tienen nada que ver con los cuidados, y los modelos de enfermería son poco citados, y los marcos teóricos de enfermeros como fundamento de la investigación empírica es aún más escaso, se observan también deficiencias en la búsqueda de información y las citas son escasas o muy bajas aunque esto varía según la publicación (Gálvez, 2001).

Otro aspecto que necesita mejorar es la difusión internacional, ya que la mayoría de las publicaciones no están presentes en las bases de datos de ciencias de la salud. Consideramos que la investigación es una de las claves para que la enfermera pase de ser una profesión dependiente a una profesión con una disciplina con unos conocimientos bien diferenciados y organizados, donde aparezca claro cuál es su foco de atención y su perspectiva particular. Según López Ruz, para ello es necesario que por un lado, fije sus propios límites y por otro logre la sistematización de sus

prácticas (López, 2003). Un estudio reciente sobre el uso de la biblioteca y los hábitos de estudio en el hospital ámbito de nuestro trabajo, muestra la baja frecuentación de las enfermeras de la biblioteca y hemeroteca, así como el bajo número de consultas. En el mismo estudio, se señala el escaso número de enfermeras que dicen estar suscritas a alguna revista científica o la leen asiduamente (Rodríguez del Castillo et. al., 2006)

La investigación es fundamental en tanto que contribuye a la construcción adaptación y ampliación del cuerpo de conocimientos, por lo que deberá dirigirse a la investigación de sus modelos, sus teorías y los métodos y técnicas que permitan la resolución de problemas de su competencia, desde una óptica que permita su diferenciación, entendiendo que ser dependiente es muy diferente a tener interacciones con otros.

5.5 Repercusiones de la feminización de la Enfermería.

Las relaciones de género han desempeñado un papel clave en las relaciones de poder y en la estructura social de manera prácticamente universal. Así mismo, la categoría "género" es una construcción simbólica en la que se intentan englobar las relaciones entre varones y mujeres generalmente en situación de desigualdad, como ya he desarrollado en el marco teórico. (Rosaldo, 1979; Ortner, 1979: 116; Scout, 1990; Laqueur, 1994; Flecha, 1998, 2001; Cabré y Salomón, 2001; Ortiz, 2001; Martín Casares, 2006).

En este sentido, la división sexual del trabajo ha sido un determinante básico en la construcción e internalización de los valores de la cultura organizacional que, las organizaciones sanitarias de nuestro estudio han importado de los valores de la sociedad donde están enclavadas y que ha ejercido y ejerce una gran influencia en el desarrollo profesional de las enfermeras. Esto ha quedado evidenciado en esta tesis a través de las distintas categorías de análisis y también reforzado por la bibliografía existente al respecto. Estos aspectos los desarrollaremos en dos apartados que representan algunas de las dimensiones y categorías de análisis encontradas:

- 5.5.1 Minusvaloración de los cuidados frente a los procedimientos técnicos.
- 5.5.2 División sexuada del trabajo.

5.5.1. Minusvaloración de los cuidados frente a los procedimientos técnicos e instrumentales

Hemos visto como las relaciones interdisciplinarias, asimétricas, favorecen que las enfermeras prioricen su rol colaborador, en este apartado profundizaremos en cómo las enfermeras minusvaloran las tareas de cuidados (rol propio) y priorizan las actividades más técnicas (rol de colaboración). Creemos que esta es una de las razones de la invisibilidad de los cuidados, que además, propicia la dificultad para conocer y analizar las cargas de trabajo de las enfermeras.

El trabajo central de la enfermera es "el cuidar", cuidar significa poner al cuerpo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, también significa ayudar o sustituir a la persona para que recupere la independencia perdida a causa de una alteración en la salud, o en un determinado ciclo vital (infancia, vejez), y que la persona no

puede superar por falta de fuerza, voluntad, o conocimientos. Por tanto, cuidar es ayudar, sustituir, convencer y enseñar a superar la enfermedad o aprender a vivir con ella lo mejor posible (Henderson, 1964, 1994)

El origen de los cuidados, como hemos visto al principio, está situado en el hecho de procrear y secundariamente en el de mantenimiento y protección de la especie humana. Históricamente el cuidado ha sido un trabajo invisible, no considerado ni social ni económicamente ya que, al ser catalogado como parte de la propia "naturaleza" de las mujeres, no tenía ningún valor social. La invisibilidad laboral de las mujeres, en muchos aspectos, todavía perdura y son varios los autores que hacen una analogía entre lo que tienen de "natural", y por tanto, exento de valor, los cuidados domésticos, y lo que tienen de natural las funciones propias de enfermería cuyo rol central, como ya hemos visto antes, son los cuidados de los pacientes (Tomás; 1998; Canals, 1985; Alberdi, 1997; Juárez, 2002; Lurandi, 1993; Picio, 1997).

Todo esto ha quedado de manifiesto tanto en las observaciones como en las entrevistas, donde hemos visto cómo en la mayoría de los puestos de trabajo, se produce un escamoteo de algunos segmentos del proceso de trabajo que corresponden a la función propia de la enfermería, y se priorizan categorías cuyas funciones se realizan ejecutando ordenes de otros, ya que esto es lo que se exige explícitamente y es aquello por lo que se les exigen responsabilidades por parte de médicos, gestores y pacientes.

Sin embargo no podemos continuar sin primero resaltar la importancia de las actividades y tareas de colaboración con el médico (realización de procedimientos técnicos, prescripciones terapéuticas y vigilancia de problemas y/o complicaciones, a través de la detección precoz de signos y síntomas) tareas enfermeras que no deben considerarse meramente mecánicas o instrumentales, ya que también provocan cambios en el objeto del trabajo (el paciente), es decir, proporcionan información a los médicos u otros profesionales del equipo de salud, y precisan de una elaboración e interpretación de información, que transmitida a quien da las ordenes (los médicos), les permite tomar decisiones, por lo que estas actividades enfermeras, constituyen una parte fundamental para la toma de decisiones y la atención al paciente.

Estas tareas de colaboración, que adquieren su máxima importancia en el ámbito hospitalario, se anteponen siempre a las tareas más propias e independientes de las enfermeras, como acompañar, convencer, consolar, etc. (consideradas como ya hemos expresado "femeninas" o "domésticas"), y nunca quedan reflejadas, como si no tuvieran importancia, no fueran profesionales o no existieran.

Sirva como ejemplo la siguiente situación observada:

-En una planta de cirugía una paciente obesa se encuentra tendida en la cama y respira con dificultad. La paciente lleva 24 horas operada y está rodeada de sus familiares más próximos que la miran con preocupación. La enfermera le informa de la conveniencia de levantarse y permanecer un rato sentada para ir incorporándose poco a poco a la normalidad. La paciente rehúsa hacerlo por temor, por desconocimiento, y porque se siente anímicamente incapaz. *"Ya sé que el médico ha dicho esta mañana que me levante, pero yo no puedo tirar,.. y si se me saltan los puntos... no, que no me levanto"*

-La enfermera observa cómo los familiares asienten con la cabeza apoyando la reacción de la paciente. La enfermera habla con los familiares y selecciona al cuidador principal, se trata de una mujer también obesa que es hermana de la paciente, después de hablarle, esta despide a los demás familiares. La enfermera se sienta en un lado de la cama y explica a la paciente, cogiéndole el brazo, porqué es conveniente que se levante, negocia con ella que intente levantarse solo 10 minutos, le explica cómo sujetarse la herida y le pone un calmante; con ayuda de la hermana consiguen que la paciente se siente primero en el extremo de la cama, permanezca así unos minutos y luego se siente en el sillón, mientras caminan hacia el sillón le cuenta sus experiencias con otras pacientes y le asegura que en un par de días se podrá levantar sin ayuda. La enfermera le ha enseñado, la ha convencido y le ha hecho llegar a un compromiso. La enfermera, una vez ha conseguido su objetivo, regresa al control de enfermería, y a continuación anota en la historia clínica: *"Le pongo un "Nolotil" en el suero a las 18 horas y se sienta media hora"*. (Observación planta QUIR)

Esta y otras observaciones, han mostrado que poco de lo que hacen las enfermeras queda reflejado. En este caso que hemos descrito, a pesar de que se ha valorado la situación, se ha emitido un juicio (diagnostico) y se ha puesto en marcha una serie de acciones, basadas en conocimientos y experiencias profesionales (tratamiento), para resolver el problema, en este caso de "negación ineficaz" o "afrontamiento inefectivo" de la paciente para levantarse, sin embargo nada queda reflejado, exceptuando el analgésico.

Otro ejemplo que refuerza lo dicho anteriormente, lo tomamos de la observación de las historias clínicas:

-Al observar la historia clínica de un paciente, aparecen un alto porcentaje de datos que han observado y anotado las enfermeras, de todos ellos solo unos pocos se relacionan con el movimiento y la alimentación o las actitudes del paciente, el resto corresponden a datos que utiliza el médico para la toma de decisiones a lo largo de su evolución: constantes vitales, medición de drenajes y orina, descripción del color, temperatura, sudoración, etc.; analíticas, sueros y medicación que se le han puesto, todos ellos anotados en orden cronológico. Esta continua omisión de las actividades “propias” de enfermería refleja el poderoso arraigo entre las enfermeras hospitalarias del modelo de asistencia médico hegemónico:

“[...] a veces no escribimos por falta de tiempo y claro, no escribimos nada, solo queda constancia de lo gordo [...] si se le ha retirado la vía, si lo meten en quirófano.” (Enfermera planta QUIR /HVN-M2)

En el universo de estudio que nos ocupa, esto ha sido propiciado, en parte, por el predominio del modelo médico hegemónico, centrado en la enfermedad, y los problemas biofísicos, frente a la visión humanista que proponen los modelos conceptuales de los cuidados de enfermería. Pero este aspecto, lo veremos más adelante cuando abordemos el análisis de la “biologización de la cultura”. (Apartado 5.6)

Muchas de las responsabilidades asistenciales, incluso algunas competencias que han sido conquistadas por la enfermería en los últimos tiempos, solo son conquistas en apariencia. La causa de esto es que permiten al médico concentrarse en nuevos y sofisticados conocimientos y técnicas, delegando todo aquello que ha sido superado o ha dejado de tener un interés fundamental. Para aclarar esto describo una escena en una unidad de reanimación:

-Varios médicos rodean un aparato que mide el gasto cardiaco, la presión arterial, la presión venosa, la saturación de O₂ y un sinnúmero de parámetros útiles para el diagnóstico y tratamiento de un paciente en estado crítico, uno de ellos les da explicaciones a los demás y toma notas, medidas y cálculos sobre la información del aparato, esto le retiene cerca de una hora al pie del paciente que sigue con cara de incertidumbre y displicencia los movimientos del médico (Observación Reanimación).

En el centro de la habitación, donde por tratarse de una unidad de alta vigilancia los pacientes están dispuestos uno o dos metros escasos del siguiente, y donde todos están ampliamente monitorizados con abundancia de cables y aparatos, se encuentran varias enfermeras que contemplan la escena entre indiferentes y curiosas y a las que en ningún momento se les ha dicho nada sobre el futuro, la utilidad, o el manejo del aparato. Sin embargo, parecen saber que dentro de unos días tendrán que utilizarlo y manejarlo con algún paciente, de la misma manera que en este momento realizan otros procedimientos.

- Una enfermera, al contemplar la escena, dice con resignación e ironía: *"Dejarlos que jueguen, cuando deje de ser novedad y sea un latazo, nos lo explicarán y nos lo endosarán"*. -Una segunda enfermera dice: *"Y para lo que ahora somos tontas tendremos que ser listas"*. -Otra un poco más alejada, participa de la conversación: *"Yo llevo al enfermo y no me han dicho ni pío, [...] por el día tonta y por la noche lista"*. (refiriéndose a que en el turno de noche en el que el médico duerme y solo acude si la enfermera le llama, por lo que las enfermeras deben llamar solo en casos de necesidad o de duda importante, aunque esta norma no esté explícita y/o formalizada). (Observación Reanimación)

5.5.2. División sexuada del trabajo.

La feminización de la enfermería repercute en la distribución de los puestos de trabajo e interfiere en su desarrollo profesional y en la productividad laboral.

Hemos visto cómo en las organizaciones ámbito de nuestro estudio, prevalecen actitudes que muestran cómo se le confiere a los cuidados una categoría inferior, y los aleja de lo "científico" (lo gordo, en el discurso de las enfermeras) para situarlo en lo "doméstico". Esto ha sido propiciado por una visión sesgada, que históricamente ha categorizado y distribuido los roles sociales en "femeninos" y "masculinos", asociando los segundos a una categoría superior o dominante. En este apartado veremos como prueba de ello que los enfermeros varones buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza de "masculino, independiente o profesional", y cómo aquí el género juega un importante papel en la asignación de roles y valores culturales que se asignan a las distintas tareas.

Observando las plantas de hospitalización, no es difícil comprobar a simple vista la mayoría de enfermeras en el área de hospitalización, mientras los laboratorios, RX,

Radioterapia, que son unidades con mucho personal de enfermería, disponen de una mayor concentración de enfermeros varones (en RX de veinte enfermeros catorce son hombres). No es casualidad que en estas unidades se ejerza un trabajo más técnico y más independiente.

En general los puestos de trabajo mayoritariamente ocupados por mujeres, se caracterizan por un trabajo con más dependencia de las decisiones médicas y más tareas directas con los pacientes. Esto no sólo lo hemos observado, sino que también se ha desprendido de las opiniones de las enfermeras y de los médicos, como veremos más adelante.

En los puestos de hospitalización hemos visto que la enfermera, realiza tareas mayoritariamente delegadas o de colaboración, donde el trabajo y las decisiones se generan a partir de unas ordenes de otros profesionales, profesionales que controlan y evalúan sus resultados a través de la respuesta de mejoría o reacción del paciente. Mientras que en laboratorios, RX, medicina nuclear, u otros servicios diagnósticos, el enfermero realiza un trabajo, que aunque se lo reclama el médico, este tiene que creer el resultado (la mencionada relación de agencia en la que el principal es el médico y el agente en el que hay que confiar es el enfermero), relacionándose de esta forma no como subordinado, sino como cliente al que compra un producto, en este caso una radiografía o el resultado de un análisis, tal y como ya hemos descrito en otro apartado:

"Yo aquí estoy más a gusto que en la planta, aquí no tengo que dar cuentas, hago lo que tengo que hacer y nadie cuestiona lo que hago, soy dueño y señor[...]." (Enfermero servicio especial /HVN-H5)

En la planta también tenemos hombres, pero siempre van buscando cómo irse de aquí, alguno ha sido supervisor, aunque hace tiempo que todo son supervisoras. Tuvimos a un tal Pablo que terminó de jefe, otro que las fue buscando hasta que, como era de un sindicato, se liberó de trabajar, ahora solo tenemos uno y es muy bueno, creo que le han echado los tejos para algo de ordenadores, acabará yéndose, el trabajo de esta planta, pega más a las mujeres que a los hombres, si no, mira, y no es la única planta, vas a RX y son mayoría hombres, y no creo que sea porque las mujeres tienen miedo por si se quedan embarazadas, no, eso es porque a los hombres les va más lo de las máquinas y todo eso" (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Esto que ha sido observado en este hospital, viene ratificado por otros trabajos en los que se observa en general que actualmente en enfermería, la mayor parte de los puestos de trabajo relacionados con el cuidado, están ocupados por mujeres, mientras que los que suponen el manejo de aparatos o la realización de técnicas paramédicas, socialmente mejor vistas, son desempeñadas por varones. Las enfermeras, en cambio, han ejercido mayoritariamente su actividad en instituciones, principalmente en hospitales adscritos históricamente a roles dependientes de otros profesionales (Alberdi, 1995 y 1997; Tomás, 1998; Zapico, 2003).

Salta a la vista cómo la masculinidad es un valor compartido en casi todos los ámbitos sanitarios, entre los médicos, determinadas especialidades han sido características y casi exclusivas de varones, sobre todo las quirúrgicas, no es casualidad que éstas sean las de mayor realce social. Aunque esto parece estar cambiando y cada vez hay más doctoras, el cambio todavía no se refleja en la mayoría de las unidades de hospitalización; el hospital ámbito del estudio, en la especialidad de cirugía general tiene contratadas cuatro cirujanas frente a veintisiete cirujanos. Sobre este último dato comentaba un cirujano de sus colegas femeninas:

"hay especialidades que una mujer no debería elegir, no me malinterpretes, no se me vaya a tacha de machista, que no lo soy. Yo tengo hijas y una quiere estudiar medicina, y yo no les aconsejaría ninguna especialidad quirúrgica. A parte de que es muy duro, muchas guardias y eso, es también cuestión de fuerza física. Si hay que tirar de un separador y mantener la fuerza un rato, no puede una mujer, es una cuestión biológica. Yo le temo cuando están de guardia las niñas (las cirujanas MIR que hacen la especialidad), es que por más que quieran no es lo mismo [...] ves, si me dices anestesia, es otra cosa.". (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Cabe decir, que en los últimos años se están incorporando a las filas de la medicina más mujeres que hombres, lo cual sin duda alguna supondrá un gran impacto en la cultura de las organizaciones sanitarias, y eso en el futuro podrá constituir una interesante línea de investigación.

Ahondando en el tema, sobre los enfermeros varones, en primer lugar, habría que aclarar que en la actualidad el colectivo enfermero está compuesto tanto por hombres como por mujeres, que si bien antes estaban separados, en la actualidad forman un

único cuerpo profesional, que engloba a dos antiguas ramas "femeninas", enfermeras y matronas y su rama "masculina", que estaba formada por practicantes⁵⁷. Aunque de esto ya hace 30 años, sin embargo, podemos recordar el predominio de la práctica privada liberal entre los practicantes, o la gran autonomía profesional de la que gozaban (García y Martínez, 2001; Ortega, 2002).

A pesar de la incorporación de los hombres a la profesión en las últimas décadas, ésta no ha tenido un ritmo ascendente como ocurría años atrás, esto no sólo ocurre en España sino también en otros países del entorno europeo (Peya, 2004).

También existen datos sobre la Enfermería de EEUU que muestran que en el año 1980 un 2,7% de las enfermeras eran hombres, esta cifra ha variado aunque no mucho, los datos del año 2000 la han elevado aun 5,4%. En estas mismas fuentes expresan que, todas las campañas publicitarias y publicaciones en EEUU, tienen una orientación manifiesta hacia las mujeres y achacan la escasez de hombres a los estereotipos y el desconocimiento sobre la profesión. Sendos profesores especialistas en Enfermería Clínica de La Lincoln Memorial School of Nursing, de la universidad de Kentucky y de la Universidad de Carolina University Greenville (este último presidente de la American Assembly for Menin Nursing), coinciden en decir que para captar más hombres a la enfermería hay que mostrar un perfil positivo de la enfermería, reforzando la imagen de independencia, oportunidades, retos, aprendizaje durante toda la vida y servicio a los demás, dominio de las tecnologías, además de la colaboración con el médico. También hacen énfasis en que hay que mostrar "cualquier cosa que no sea una imagen femenina o pasiva" (Tranbanger, 2004).

Estas opiniones refuerzan la idea de que los varones buscan autonomía e independencia y dominio tecnológico, valores que siempre se han relacionado con la masculinidad.

No hace muchos años en EEUU la American Nurses Association, pionera en la investigación y desarrollo profesional de la Enfermería y que de alguna manera ha marcado las pautas de este desarrollo a nivel internacional, no permitía el acceso a los hombres (Editorial, Nursing, 2004)⁵⁸

⁵⁷ Esta diferencia de profesionales en razón de sexo se hacía patente incluso en la organización de la enseñanza, ya que hasta 1972 se obligaba a las mujeres a estudiar en régimen de internado, no permitiéndose en ningún caso la educación conjunta. Así mismo, existía alguna diferencia en las teorías y prácticas que debían realizar los alumnos de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos y masculinos. Las mujeres debían cursar en los tres años una asignatura denominada "Enseñanzas del hogar" y los masculinos "Autopsia medico legal" que no la tenían las mujeres.

⁵⁸ Editorial. publicado en la revista Nursing de la edición española.y traducido con el título ¿Dónde están los hombres?, en este artículo se muestran las opiniones de personas relevantes de la enfermería Norteamericana, que

Según datos del Consejo General de Enfermería⁵⁹, publicados en su revista mensual, solo el 17.57% de la Enfermería española esta compuesta por hombres. La provincia española que más hombres tiene es Murcia con un 40.92% en contraposición con Navarra que pese a ser la comunidad autónoma que más enfermeras tiene, solo el 4.98% son hombres, a nivel nacional esta cifra se reduce a un 4.92%. En Granada, según fuentes del sindicato profesional SATSE la cifra de hombres sube al 29%. (Rev del Consejo Gen de Enf, 2006)⁶⁰. Como hemos dicho, esto no es una característica de la enfermería española, sino que caracteriza a la enfermería mundial. (Peya, 2004)

Es también importante destacar la desproporcionada presencia de hombres en las juntas de los colegios profesionales, los sindicatos y los puestos de gestión, como si quisieran ser asociados a imágenes más masculinas, aunque en esto haya lógicas excepciones (Canals J, 1985; Tomás, 1998).

"Ese valor que se le da a la masculinidad de algunas tareas de las enfermeras, perpetúa una situación de inferioridad de la enfermera con respecto a los médicos y enfermeros, a quienes cedemos puestos de mayor nivel en la organización, otorgándoles en el trabajo el mismo papel que en la familia: el de jefe, el de experto. Esta es otra de las razones por las que los cuidados han sido históricamente poco valorados; porque han recibido la misma consideración que las tareas de casa". (Tomás, 1998: 121)

El valor de la masculinidad condiciona de forma importante la vida profesional de las enfermeras, éstas tienden a ceder los puestos de responsabilidad, y a supeditar su formación y participación en el ámbito laboral a las tareas domésticas (recordemos la enfermera que decía: *"mi currículum son mi marido y mis hijos"*), no obstante, existen excepciones.

Otro aspecto a resaltar es la gran deserción profesional que se da en la enfermería, esta puede deberse a que al ser un colectivo mayoritariamente femenino, le es más difícil compatibilizar las labores domésticas con las profesionales, agravado esto por la dureza del trabajo y los desordenes horarios que ya hemos comentado (turnos de trabajo rotatorios de mañana, tarde y noche). En este sentido se expresan algunos autores (Sánchez, 1999; Creus i Virgili, 1999; Quintana, 2000); sin embargo, este es

aportan datos y expresan opiniones sobre la escasez de hombres en la Enfermería de EEUU. ¿Dónde están los hombres? (Editorial) Nursing 2004; 22(2) 45-47

⁵⁹ Órgano de entidad nacional que reúne a todos los colegios de Diplomados en enfermería y matronas.

⁶⁰ Artículo editorial: Aumentan las desigualdades entre CCAA en las ratios de enfermeros. Rev. Enfermería Facultativa (Año X Nueva Época) 2006; 99:6-9.

un fenómeno en cuyo estudio no se ha profundizado y que podría constituir otra línea de investigación.

También el mencionado alto absentismo, del que se quejan los gestores y algunas supervisoras, podría ser reflejo de esto, aunque hay trabajos que lo relacionan más con la insatisfacción laboral (García y Calle, 2000).

Sobre la satisfacción laboral existen estudios que muestran que un 69,5% de las enfermeras americanas no están satisfechos profesionalmente. También identifican una falta de motivación en el colectivo enfermero que muestra que un 18 % de las enfermeras americanas acaban trabajando en otros sectores⁶¹. En España también hay autores que refieren la falta de motivación en el colectivo (Fraga, 2001).

En las entrevistas a las supervisoras hemos comprobado como éstas atribuyen parte del absentismo laboral de las enfermeras, no siempre a una incapacidad laboral por enfermedad, ya que en numerosas ocasiones, esto tiene como causa de fondo algún problema familiar o domestico relacionado con el cuidado de los hijos o de una persona mayor o dependiente:

"[...] y me dice que no puede tirar más, que su madre es pa ella, que está agotá [...] claro, la baja reza que tiene dolor de espalda, pero lo que pasa es que tiene a la madre en cama.." (Supervisora/HVN-S1).

"Aquí hay una que todos los días llega tarde porque tiene que dejar los niños en la guardería, yo creo que si una se pone a trabajar, tiene que dejar las cosas resueltas, que yo bien que me tomé una excedencia para no tener que estar fastidiando a mis compañeras.." (Supervisora/HVN-S4)

La gran rotación por las distintas unidades hospitalarias y entre niveles asistenciales, puede deberse también a estas causas, a una continua búsqueda de satisfacción en el trabajo y a un respiro de la presión asistencial, así se aprecia en algunos discursos:

⁶¹ Estos y otros datos sobre los enfermeros estadounidenses, aparecen en un estudio que compara los años 80 con los 2000. Departamento de estudios de las profesiones de salud de EEUU: Department of heat and human services (DHHS). <http://www.bhpr.hrsa.healthworkforce/msurvey>

"[...] me sentía poco reconocido (en la planta), necesitaba un cambio, yo no me fui a descansar (eligió radioterapia, sino a buscar cosas que me llenaran". (Enfermero servicio especial /HVN-H5).

Como ya hemos comentado, los estereotipos de género son muchos y tienen por objeto que parezca "natural" que unas tareas sean realizadas por los varones y otras por las mujeres. Los roles se asignan en función del sexo; los varones y mujeres intentan ser congruentes con aquello que el grupo social espera de ellos. El estereotipo masculino, valorado muy positivamente, nos muestra a los varones abiertos a la sociedad, triunfadores, desarrollando actividades prestigiosas y que les confieren poder. El estereotipo femenino muestra el trabajo de la mujer en casa con los hijos, llevándolos al colegio, preparando la comida, lavando la ropa, cuidándolos cuando están enfermos, asignándole una categoría inferior.

En muchas situaciones vividas durante nuestra observación sistemática, ha quedado constatado, cómo el acto de cuidar está impregnado de valores y cualidades que están muy alejados del modelo masculino que la sociedad espera, potencia y sobrevalora:

En una planta de cirugía, se pudo observar durante tres días la diferente actitud entre un enfermero y dos enfermeras frente a las mismas tareas:

-Son las 9 de la mañana y es hora de los desayunos; la camarera debe repartir las bandejas en las distintas habitaciones, mientras que la enfermera debe supervisar uno a uno los desayunos para asegurarse de que son los adecuados para cada paciente (dieta hiperprotéica, dieta sin sal, dieta de diabético, etc.).

Hay en este momento, en la planta, cinco pacientes diabéticos que necesitan su inyección de insulina inmediatamente antes de desayunar, durante los tres días de observación había en la planta dos enfermeras y un enfermero, y en todos los casos la enfermera reparte y supervisa el desayuno y el enfermero pone las insulinas y el resto de medicación. (Observación planta QUIR).

Una escena parecida observo en reanimación donde también en uno de los turnos durante dos días consecutivos hay un varón (único varón enfermero base, además del supervisor):

-A primera hora de la mañana los pacientes deben ser lavados en cama ya que se encuentran recién operados y no pueden levantarse para ir al aseo, uno de ellos debe sentarse en un sillón. El aseo de los pacientes empieza por la cara y se extiende a

todas las partes del cuerpo, para lo cual se utiliza una esponja húmeda que se va aclarando en un recipiente con agua. En la unidad hay tres pacientes el primer día y cuatro el segundo; en ambos días es el personal femenino el que colabora en el aseo y cuidados del cuerpo de los pacientes (aseo, alineación del cuerpo, observación del estado de la piel, peinado, cambio de apósito); mientras el enfermero masculino realiza distintas tareas: llama al laboratorio, extrae muestras de sangre, habla con un médico o prepara un suero. Para el reparto de tareas, no ha habido acuerdo explícito entre ellos.

-Más tarde las enfermeras y auxiliares requieren la presencia del enfermero para que ayude a una celadora (poco corpulenta) a sentar a un paciente en un sillón. Posteriormente hablan entre ellos para repartirse las áreas de trabajo y a partir de ese momento cada enfermero atiende a dos o tres pacientes de forma global. La escena se repite de la misma manera los dos días que hay enfermero masculino. (Observación. Reanimación)

Retomando el trabajo de Ortner (1979) y Rosaldo (1979), se explica que la relación mujer/naturaleza tiene una asociación directa con la relación mujer/espacio doméstico, en clara oposición al espacio público de la vida social. Durante gran parte de la historia de la especie humana, el rol social de las mujeres se ajusta a lo natural y queda reducido a la familia, mientras que el rol social de los varones queda abierto a lo social y cultural. Está claro, pues, que los varones se identifican con la sociedad y con aquello que es público, y las mujeres con la familia y lo privado o doméstico. Podemos decir que esto, se mantiene en la actualidad y marca diferencias entre enfermeros de distinto sexo aunque en el discurso de algunos enfermeros no aparece y en el de otros, que lo admiten, dicen que esto está cambiando.

"Las cosas han cambiado, yo recuerdo como Paco (un enfermero que lleva muchos años en la planta) siempre le dejábamos para que escribiera el los datos de admisión en el ordenador, cuando hay una bomba o un aparato pues a el, los hombres tienen más habilidad con esas cosas, y luego cuando hay fútbol...me da cosa.., cuando el fútbol, le dejamos que se vaya antes, pero también le dábamos la lata y cuando había que mover un enfermo lo llamábamos a el, bueno, en algunas cosas lo hemos acostumbrado mal y sigue haciendo lo mismo, pero a los nuevos no se lo

consentimos, además, ya la gente joven que viene es de otra manera". (Enfermera planta MED/HSC-M7)

También los médicos cuando se refieren a la realización de procedimientos técnicos dicen preferir a los enfermeros hombres porque según ellos:

"[...] son más profesionales y toman más decisiones". (Médico planta MED/HVN-Dr2)

Sobre esto último, aparece de forma recurrente en los entrevistados la idea de que los pacientes, a priori, relacionan hombres con médicos y mujeres con enfermeras:

"[...] a mí me llaman doctor y a la doctora Srta". (Enfermero servicio especial /HVN-H5)

En todos los discursos de las entrevistas, tanto en atención primaria como especializada, se detecta la percepción de las enfermeras de que las mujeres suelen formarse menos que los hombres por tener más cargas familiares, la mayoría de las enfermeras alegan esto como un impedimento para seguir formándose, aunque aparecen otras razones como la falta de oportunidades económicas y de accesibilidad y la necesidad de desconectar del trabajo en la horas libres:

"No me dan días y sí me cuesta un dinero, que no puedo cargar a mi familia.., los cursos y los trabajos tienen que ser en horario de trabajo, pero esto aquí es imposible, porque no hay tiempo ni para respirar". (Enfermero planta QUIR/HVN-H1)

"Yo no puedo estar toda la mañana trabajando y no poder desconectarme por la tarde, los médicos están con los pacientes 20 minutos, y pueden hacer otras cosas pero nosotros todo el día. [...] vete una mañana a la biblioteca, ¿Quién hay?, desde luego enfermeros no" (Enfermero AP/CSLF-H7)

Sobre esto último hablamos en otro apartado donde se comenta cómo las enfermeras y los médicos necesitan defenderse de la dureza y el horror ante la permanente presencia del sufrimiento, y lo suelen hacer distanciándose y poniendo barreras de distinta índole (5.2.3).

Otro signo de la minusvaloración de los cuidados frente a lo técnico o instrumental, es la resistencia a dejar de utilizar el antiguo nombre con el que se denominaba al enfermero (ATS), este nombre representa, al menos en España, la profesionalización de lo que hasta el momento eran las enfermeras, y añadía como valor el conocimiento de ciertas tecnologías que le eran propias y casi exclusivas y unificaba en un mismo título a hombres y mujeres, dejando atrás la denominación de enfermera para las mujeres y practicante para los hombres.

A pesar de que hace más de 25 años que la enfermería es universitaria y que su actual currículo exige una mayor preparación, ciertos sectores de la profesión son reacios a utilizar el nombre de Enfermero (Diplomado en Enfermería) y siguen alegando ser ATS. Esto puede verse en rótulos en los que se anuncian algunas consultas e incluso en los medios de comunicación, incluidos los cercanos a la medicina y los propios colegios profesionales.

Un enfermero de un centro de salud, manifestaba al preguntarle como se presentaba a los pacientes cuando iba por primera vez a un domicilio:

[...]. "si digo que soy enfermero, igual no se enteran creen que soy celador o lo que sea, si digo ATS, pues no sé, me relacionan más.."
(Enfermero AP/CSLF-H7)

Existen trabajos donde se acepta ampliamente la idea de que hay una identificación entre el estereotipo de género femenino y la profesión, fundamentalmente en atención primaria, donde se muestra como va cambiando la percepción de la población, por ejemplo los resultados obtenidos en un barrio de Barcelona, donde el 34 % de los encuestados se manifestaron con el criterio de compatibilidad entre enfermería y el sexo masculino, al igual que en un estudio realizado en Murcia, donde sólo el 5 % de los estudiados consideró que el personal de enfermería debe ser mujer (Martínez y Napoíne, 1996; Redondo et al, 1997). No hemos encontrado estudios mas actualizados al respecto.

Sin embargo, la percepción en los hospitales es distinta, no hace tantos años en algunas especialidades como Urología, estaba integrada la necesidad de la presencia de algún enfermero, para insertar una sonda vesical a los pacientes masculinos o para cualquier procedimiento que culturalmente resultaba “feo” o violento para las mujeres o los pacientes, sin embargo nadie ha cuestionado que los hombres fueran ginecólogos. Esto puede ser otra muestra de cómo el sistema sociocultural, se resiste a atribuir al trabajo de las mujeres, una visión profesionalizada por encima de connotaciones de tipo cultural.

Las fotografías 9/2 y 9/3: muestra como perduran los estereotipos femeninos

La revancha de las mujeres fué imponente en 1914. La mosca blanca se multiplicó más que la negra y se hartó de carne. Muchas fueron las abnegadas, las heroicas, las infatigables, sin cuyo trabajo hubiera sido imposible atender a tanta miseria; pero muchas también las que desataron sus coqueterías refinadas, sus perversidades sensuales, su curiosidad malsana y sus vanidades entre las filas de camas numeradas de los hospitales improvisados y en los paseos de los jardines de convalecientes. Un momento se oyeron claras protestas de los soldaditos, hartos de flores, de palabras de carne y miradas de ho




Foto 9/2: Fragmento de texto y dibujo ilustrativo sobre las enfermeras de 1917

En: Martin S. Victoriano Juraste Sagarzazu (1888-1949). El ansia de saber. Datos para una biografía. Pamplona: Fondo de publicaciones del gobierno de Navarra; 2007. p. 337



Foto 9/3:Foto actual encontrada en Internet

5.6 Biologización de la cultura y estandarizaciones.

Diversos autores estudiosos del tema, sitúan al modelo médico como el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, que a finales del siglo XX, abandonó el discurso político social sobre la salud y la enfermedad (Rosen, 1974; Menéndez, 1978).

Fue primero en EEUU, donde la hegemonía del modelo médico contribuyó a reforzar el proceso de medicalización (Foucault 1974), y más tarde en Francia, Gran Bretaña y Alemania.

La medicina fue sobresaliendo y dejando en segundo lugar otras ciencias en las que se había apoyado, adquiriendo un gran protagonismo y legitimación social. Para Comelles (1993: 7) esto supuso la penetración de la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. Según este autor, este proceso no se debió tanto al progreso técnico como a estrategias corporativas médicas, destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud.

La implantación hegemónica del modelo médico, fue haciendo a la medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrados en la curación que en la prevención. El punto de inflexión se produjo a partir de los avances de la teoría microbiana como marco teórico para explicar la enfermedad y su etiología, y supuso el paso desde la práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo a otra práctica más centrada en la asistencia hospitalaria, de forma que a mediados del XIX, la medicina absorbió, clasificó y jerarquizó a partir de sus valores, todos los conocimientos sobre la salud/enfermedad, apropiándose del arbitraje de los mimos y medicalizando los saberes populares urbanos (Comelles, 1993: 67).

En nuestro estudio, hemos podido constatar como esta visión medicalizada de la salud está presente en los pacientes y usuarios que frecuentan los servicios de salud, cuyas expectativas de curación de sus procesos de enfermedad están puestas en un tratamiento o una intervención médica concreta, de ahí el gran número de fracasos en el resultado de las recomendaciones sobre los cambios del estilo de vida que influyen en la enfermedad (Martínez, 2000: 212).

-Un paciente al que, al ser dado de alta, una enfermera recomendaba el cambio de hábitos en su alimentación y el abandono del tabaco, respondía a la enfermera: *“A mí que me recete el médico algo, que hoy en día hay remedios pa to, como pa que uno*

se tenga que sacrificar, yo el tabaco.., ya se que no tengo remedio (risa), a ver si inventan algo los médicos antes de que yo me muera..” (Observación planta QUIR)

Hemos podido ver como los modelos de enfermería actuales, aunque que proponen una práctica holística de los cuidados, cuando se llevan a cabo, lo hacen adaptándose a los intereses del modelo médico hegemónico. Aunque en la teoría hagan énfasis en la ayuda al autocuidado, y pretendan integrar lo social, lo psicológico y lo biológico, en la práctica, suelen rendirse a la visión biologicista y medicalista de la medicina, en parte debido a la vinculación asistencial y administrativa con las miniparcelas a las que están sometidas las superespecialidades médicas. Esto es más visible en la enfermería hospitalaria que en atención primaria quizá porque, como dice Comelles, el modelo Hospitalario supone una fragmentación de los saberes médicos, ya que se consolidó con los hospitales jerarquizados en el que la atención primaria, centrada teóricamente en la prevención a través de la intervención sobre factores socioculturales y psicosociales que influyen en la salud, hasta hace poco ha sido un campo secundario (Comelles, 1993).

Por otra parte, es en el ámbito de la atención primaria, donde más cómodas se encuentran las enfermeras que quieren desarrollar un modelo de enfermería centrado en su rol independiente que ya hemos descrito ampliamente.

Una de las enfermeras de Atención Primaria entrevistadas, manifestaba esto sobre el trabajo en el hospital y lo comparaba con AP:

"yo he trabajado mucho tiempo en el hospital, y esto es otra cosa (se refiere al centro de salud), allí eres como una mandada del médico, si pones la medicación y sigues las prescripciones todo va bien, pero si te dedicas a entrevistar al enfermo, para hacer una valoración y escucharle, los compañeros te miran como si te estuvieras escaqueando del trabajo, nosotros mismos nos tiramos, ..no se si será por la cantidad de trabajo que teníamos que no daba tiempo ni a mirar al enfermo [...] aquí en el centro (de salud) nos organizamos como queremos, yo por lo menos, si quiero echar mucho, pues, lo echo, si un día puedo menos pues menos. Aquí tenemos una población muy mayor y esto es un pozo sin fondo..., por mucho que hagas y que estés con ellos, pues, todavía es poco..., porque necesitan que les vayas diciendo todo y que repitas mil veces, pero por lo menos ya te conocen y confían, y valoran lo que haces, y te lo agradecen y las flores son para ti, no se las llevan otros..." (Enfermera AP/CSM-M10)

5.6.1 La estandarización del cuidado y el uso de taxonomías emula al modelo biomédico

Otro aspecto visible de la práctica profesional en la atención sanitaria, es la sistemática reconversión de realidades inicialmente subjetivas en categorías clasificables y medibles, en catalogar toda reacción o conducta humana y así hacerlas menos abstractas, esto obedece a la búsqueda de formulas para hacer más predecibles su diagnóstico o tratamiento. Esto que ha sido una práctica habitual en la medicina para agrupar enfermedades signos y síntomas, se hace más complejo en la Enfermería cuando se quiere transformar reacciones subjetivas de los pacientes en datos objetivos y medibles.

Todo aspecto de la conducta humana atribuible a una causa biológica, suele quitar o atenuar la incertidumbre que produce apoyarse en la intuición clínica o en otros parámetros más subjetivos que parten de actitudes o respuestas humanas ante la enfermedad, la hospitalización etc. De la misma manera se intenta que cualquier manifestación fisiopatológica esté, catalogada, clasificada y categorizada para poder hacerla objetiva, medible y por tanto evaluable; sin embargo, esto no está exento de sesgos, pues deja fuera el carácter humano muy subjetivo que tiene la enfermedad. Pongo como ejemplo la evaluación del dolor, al que se aplican escalas numéricas para poder asignarle una medida a su intensidad, sin embargo esto no siempre es fácil o útil, ya que se sabe que el dolor es una apreciación subjetiva de carácter sensitivo pero en la que intervienen también variables emocionales.

El ambiente positivista en que se desenvuelven los profesionales de la salud, sobre todo los hospitalarios, ha propiciado el desarrollo de clasificaciones sobre diagnósticos e intervenciones enfermeras, que intentan controlar todas las posibles respuestas humanas de los pacientes ante los problemas de salud, intentando la estandarización y sistematización de los cuidados enfermeros.

Los conflictos para su aplicación y sistematización, son consecuencia entre otras cosas, de la dificultad de prever y controlar todas esas respuestas humanas, ya que éstas no pueden separarse de su dimensión psicosocial, la cual las hace todavía más complejas.

El resultado ha sido la proliferación de planes de cuidados estandarizados y despersonalizados, que sirven para retroalimentar un entramado de indicadores, en

ocasiones, descontextualizados de la realidad de las personas a las que tenían que ir dirigidos.

A este respecto, se expresaba una enfermera de hospitalización sobre los cuidados de un paciente con cáncer de colon portador de un estoma (ano artificial o ano contranatura):

"El cáncer de colon con colostomía, le hemos puesto en el plan de cuidados para el alta, los diagnósticos afrontamiento inefectivo y deterioro de la imagen corporal, claro que eso va a depender un poco de cómo lo hagamos primero nosotras, ¿no?, de todas formas yo les digo a todos de entrada que van a poder hacer vida normal y que lleven ropa ancha y en fin, lo tenemos escrito, el primer día esto, el segundo esto, el tercero y así... ya sabes cosas para animarle y no se venga a bajo, nosotras eso lo tenemos estándar, al día siguiente se sientan, a las cuarenta y ocho horas les empezamos a enseñar cómo se pone la bolsa" (Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

Paradójicamente lo que en un principio debe servir para una atención más humana, personal y centrada en aspectos psicosociales de los pacientes, ha terminado emulando al positivismo del modelo médico hegemónico que tiende a agrupar patologías y estandarizar tratamientos y métodos diagnósticos en la mayoría de los casos poco personalizados. Como en el caso de la enfermera que asignaba los cuidados, basándose en los supuestos requerimientos del paciente, en función del día de hospitalización.

La pretensión del uso de un modelo enfermero único y una estandarización de los planes de cuidados enfermeros, sin una valoración previa y personalizada del paciente al que se ha de cuidar, no es útil a la enfermera en su trabajo, es decir, la pretensión de reconstruir desde la lógica y predecir los procesos de la toma de decisiones de la enfermería, no ofrece una visión válida de la realidad, de ahí que sufra un permanente rechazo, no solo por parte de la propia enfermería, sino también por los médicos que no acaba de integrar su utilidad.

"La enfermería se ha montado una parafernalia, que ni ellas mismas se aclaran y al final el que pierde es el enfermo, porque con tanto rellenar papeles que no sirven para nada [...]."

(Mueve la cabeza y encoge los hombros suspirando, y sigue hablando acercándose un poco como para hacer una confidencia).

Mira, el otro día oí a una enfermera nada más que preguntar chorradas al enfermo, el enfermo lo que quiere es que le resuelvan el problema por el que ha venido y no que le pregunten sobre si tiene apoyo familiar o su vida espiritual, para eso están los psicólogos o los curas, aquí lo que importa es que el otro día se Chocó (Shock por hipotensión arterial) un paciente y no tenían nada a mano, luego había que intubarlo y no aparecía el laringo. ¡Ahí se debe centrar la formación de las enfermeras!. ¿No eres tu profesora? Pues eso es lo que tenéis que enseñar en las escuelas". (Médico planta QUIR/HVN-Dr1)

Distintos autores apuntan a la complejidad de la valoración de enfermería, ya que comprender la racionalidad humana implica estudiarla desde la lógica de los discursos de las personas, combinada con perspectivas situadas en lugares y momentos específicos, con problemas concretos y de forma individual para cada persona (Medina, 2005: 84; Rigol, 2005).

Por otra parte, cuidar es un área de conocimiento experto, pero incluye incertidumbre, inexactitud y flexibilidad, esto produce cierto grado de incomodidad a la hora de relacionar los cuidados enfermeros con el conocimiento científico (conocimiento que requiere objetividad, exactitud y predicción), esta idea es expresada por Domínguez-Alcón (1999) para enfatizar la importancia de la investigación como elemento imprescindible para el avance profesional y su influencia en el proyecto y compromiso profesional con los pacientes y/o usuarios.

Quizá esta incertidumbre en que se desenvuelven los cuidados de las personas, es la que supone un terreno abonado para el uso de clasificaciones y estandarizaciones que pretenden convertir respuestas subjetivas del comportamiento humano en realidades objetivas, clasificables previsibles y medibles.

En el discurso de una enfermera cuyo cargo tenía como función gestionar los cuidados de enfermería, subyacía esta idea:

"yo siempre les pongo a las enfermeras el mismo ejemplo; nosotras tenemos que llegar a utilizar la taxonomía enfermera igual que los médicos tienen la suya, cuando diagnostican "apendicitis" o "diabetes", toda la medicina occidental entiende lo mismo, los mismos

síntomas, el mismo tratamiento..., nosotros tenemos que validar nuestros diagnósticos, y aplicar nuestras clasificaciones, para tener una identidad propia" (Gestor/G1)

Aunque esto está más marcado en las unidades de atención especializada de los hospitales, también es visible en atención primaria, donde hemos podido observar cómo las enfermeras, presionadas por las normas establecidas al respecto, meten en una base de datos donde se recogen todos los informes concernientes a sus pacientes, y anotan los diagnósticos enfermeros posibles a partir de su patología o diagnóstico médico.

-Describimos parte de la observación en un centro de salud, de la cual extraemos las palabras de las enfermeras, casi textualmente:

"Yo a este le puse que tiene un "temor y ansiedad" (diagnósticos descritos por la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA, de la que se ha hablado en la fundamentación teórica), porque es lo que tienen todos los que tienen una herida de estas características que piensan que no se les va a curar nunca, porque es un proceso muy largo ¿sabes? (Se trataba de un paciente diabético al que ya le habían amputado un dedo del pie por el mismo tipo de lesión), si no lo tiene ahora lo tendrá más adelante también podemos poner conocimientos deficientes para el cuidado de la herida, o de la enfermedad [...]" (Observación centro de salud)

Después de señalar su decisión diagnóstica en el ordenador, continua haciendo comentarios sobre su diagnóstico y plan de cuidados:

"[...] luego, esto es para nada porque yo siempre le digo lo mismo y los cuido a todos diciéndoles las cosas con calma para que aprendan y se incorporen pronto a su vida norma." (Observación centro de salud: Enfermera C S/Enfermera)

Esto implica que dicha enfermera debía realizar con el paciente una serie de intervenciones y actividades encaminadas a mejorar su estado emocional y a tener una apreciación más positiva sobre su problema, sin embargo resultó que lo que al paciente verdaderamente le preocupaba era la irritación cutánea que tenía alrededor de la herida, y el picor que le producía. Esto mostró cómo la enfermera debido a la "obligación" de poner un diagnóstico enfermero, sugirió uno posible pero no real, sin hacer una valoración previa del paciente, solo porque se lo proponía una hipotética estandarización de cuidados para este tipo de pacientes. Hizo pues un diagnóstico poco acorde con la realidad, lo que quizá pudo evitar si previamente

hubiera hecho una valoración personalizada del paciente y sus percepciones, sentimientos, expectativas, conocimientos, etc., en torno a su situación concreta.

En este trabajo hemos podido observar las prácticas enfermeras, y creemos que si no se toma conciencia de este peligro, los cuidados de enfermería van a perder su sentido, y no van a ser útiles a los pacientes, pues sin valoración no hay juicio diagnóstico y en consecuencia los cuidados de enfermería apuntarán hacia otro lugar y con un paradigma muy distinto.

El enfoque holístico que la enfermería propugna como uno de sus baluartes, obliga a una interactividad precisa entre el paciente y la enfermera, para que ésta lleve a cabo la comprensión de cada situación específica, individual y personal de cada individuo o grupo de ellos. A este respecto, hay quien apunta que la complejidad de la práctica enfermera, hace recomendable una integración crítica, razonada y pertinente de distintos paradigmas, de acuerdo con la naturaleza de los problemas planteados y sus respectivas situaciones (Siles, 1997; Martínez, 2005).

En ocasiones, al emitir un juicio o elegir un criterio diagnóstico, aun cuando son diagnósticos que describen respuestas psicológicas, como por ejemplo el “temor”, la “ansiedad” o el “duelo anticipado” de los pacientes que sufren una enfermedad grave o que van a ser intervenidos quirúrgicamente, llegan a olvidar que estos son factores psicosociales, y como tales, claramente diferentes para cada persona llegando a constituir principios morales, y por lo tanto la estandarización se deja por el camino parte de los factores relacionados, que son la causa del mismo.

Las clasificaciones diagnósticas y taxonómicas que impone el positivismo, y que intenta irremediablemente regular y clasificar el trabajo enfermero cuyo rol propio, como ya hemos explicado, está centrado en los aspectos psicosociales de los pacientes o las respuestas humanas de los mismos ante la enfermedad, corre el riesgo, si no se usa bien, de sustraer de la atención al paciente, el significado simbólico y social que tiene la enfermedad y los factores socioculturales que la rodean.

No podemos perder de vista que la respuesta individual de cada persona va a tener relación con sus vivencias y asunciones culturales dentro del entorno al que pertenece. Esto coincide con lo que describe Angel Martínez (2000) sobre las clasificaciones diagnósticas en la psiquiatría: *“Desde la psiquiatría biomédica, las categorías son entendidas como unidades reales y universalmente válidas. Ellas son*

simple consecuencia de la evolución del conocimiento médico, de las investigaciones experimentales y del análisis epidemiológico” (Martínez, 2000: 267).

Algunos autores, investigadores del campo de la psiquiatría y la psicología, aprecian esto mismo cuando se refieren a la tendencia a biologización y tecnificación y a la tendencia a abandonar el interés por el papel de los factores culturales y sociales en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psíquicas (Faust y Miner, 1986).

Para Fabrega (1987), el sesgo empirista no tendría tanta trascendencia si, lo que estuviera en juego, fuera clasificar especies arbóreas, fósiles e incluso enfermedades de la piel, sin embargo en el caso de la atención psicológica o de las enfermedades mentales, al igual que ocurre en la enfermería, los trastornos son generalmente realidades abstractas; no solo involucran hechos, sino fundamentalmente comportamientos, experiencias, emociones y expresiones (Fabrega, 1987; Cfr Martínez 2000: 268)

El desarrollo de la práctica en enfermería, se encuentra con manifestaciones que más que signos físicos, son quejas, emociones, comportamientos o expresiones de malestar, diferentes en cada persona y por tanto difíciles de catalogar, etiquetar y clasificar, como se suele hacer con los signos y síntomas o con las patologías o enfermedades.

Una enfermera de quirófano decía:

“[...] nosotras en quirófano actuamos siempre de la misma forma, la preparación anestésica siempre es la misma, y la del campo quirúrgico también está sistematizada, ahora estamos trabajando en estandarizar los cuidados enfermeros, un diagnóstico de enfermería que aparece siempre en los pacientes que llegan a quirófano es la ansiedad relacionada con la anestesia, el resultado de la intervención, y un par de factores más, pero poco varía, así que nosotras hacemos siempre lo mismo, directamente hablamos con el paciente para tranquilizarlo y la información que le damos está prácticamente protocolizada” (Observación quirófano/Enfermera)

Para Ángel Martínez, la aplicación al territorio de las enfermedades del determinismo biológico, elimina toda posibilidad de interpretación cultural y social y olvida que ni las bases biológicas son tan determinantes para la vida social, ni las enfermedades dejan de ser consecuencia de factores culturales, de relaciones sociales o de procesos económicos y políticos, y enfatiza la utilidad de la perspectiva antropológica para profundizar en su idea:

“[...] la antropología ha puesto en evidencia la necesidad de una perspectiva crítica y constructivista que observe las categorías biomédicas como productos de la vida social. Finalmente frente a la idea de unidimensionalidad de la enfermedad que descuelga del reduccionismo biológico, la antropología ha punteado una visión multidimensional que permita recuperar la condición del hecho social [...]” (Martínez, 2000: 212).

Coincidiendo con la idea de Martínez, en este trabajo hemos podido ver como La Enfermería está corriendo el riesgo de perder la oportunidad de dirigir sus cuidados y llevar su investigación hacia un territorio que, en estos momentos, aunque teóricamente suyo, está abandonado por todos. Esto es debido a la escasa importancia que se le da en las instituciones sanitarias, aunque en los últimos años en el discurso de los macrogestores se quiera hacer énfasis en ello, ya que es precisamente la ausencia de atención en los aspectos psicosociales, lo que señalan las críticas de los usuarios en las encuestas de opinión desde hace ya años, y continúan en la actualidad (Esteban de la Rosa et al 1994) y Memoria anual HVN, 2005 ⁶². Sin embargo hemos de decir que en los hospitales ámbito de nuestro estudio, se hace muy difícil para las enfermeras, aún en el caso de que éstas lo tuvieran claro y quisieran firmemente desarrollar su modelo, ya que para ello todos los actores, incluidos pacientes, médicos y gestores tendrían que apostar por ello y dar un paso más, apoyando a la enfermería con cambios adecuados, como la elección de líderes preparados y la asignación de recursos suficientes.

-Un enfermero se quejaba:

"[...] es cosa tuya mandar aquí alumnos, pero..lo único que van a aprender es a ser ATS, aquí no tenemos tiempo de hacer entrevistas a los pacientes ni nada de atención personalizada de esa que les enseñáis en la escuela, eso es totalmente irreal, aquí solo hay tiempo para poner la medicación, rellenar volantes y poco más. Si hay ansiedad.., pues tranxilium al canto, si hay dolor,..pues.. Nolotil o Efferalgan, si no se quieren mover pues..allá usted, o que lo levante el familiar que para eso está todo el día ahí sin hacer nada, esto es así, es lo que manda el puto sistema " (Enfermero planta QUIR/HVN-H2)

⁶² Memoria anual Hospital Virgen de las Nieves. Granada: 2005 y web SAS. Memoria Servicio Andaluz de Salud

Se ha podido ver, que la visión biologicista y positivista que forma parte de los supuestos básicos de la cultura organizacional de los hospitales y que impregna también, aunque en menor medida, las practicas enfermeras en los centros de salud, interfiere negativamente en el desarrollo de una práctica enfermera con una visión holística de la persona, dejando al margen los problemas psicosociales de las personas enfermas, y sus actitudes o respuestas erróneas, inadecuadas o insuficientes para llevar a cabo su autocuidado o lo que es lo mismo, enseñarles a ser independientes para satisfacer sus necesidades básicas y acompañarles en su enfermedad, pero además esto llevado a cabo de forma sistemática y dentro de un marco científico que permita la investigación y el desarrollo de la profesión y su cuerpo de conocimientos.

Nadie niega la importancia del rol de colaboración de las enfermeras como algo imprescindible para lograr los objetivos dentro del equipo, pero si se le ha de pedir por parte de los expertos que diseñan los currículos, o de los líderes de las organizaciones, que marcan sus competencias profesionales, que desarrollen un rol propio centrado en los aspectos psicosociales del paciente y que utilicen las taxonomías enfermeras como herramientas para lograr la calidad de los cuidados y el desarrollo de la investigación enfermera, entonces, se necesitará un cambio cultural en el que esto se considere importante y fundamental para la salud de la población. De lo contrario cabria plantearse si no será necesario formar a distintos tipos de enfermeras, que desarrollen distintos roles según el contexto donde trabajen, antes que seguir un doble juego que lo unico que aporta son conflictos y frustraciones.

Hasta ahora hemos podido descubrir la presencia de valores culturales que permiten y propician la consolidación de un modelo centrado en la curación de la enfermedad y sus aspectos fisiopatológicos, como la biologización de la cultura organizacional, y otros, como el paternalismo hacia los pacientes o la presencia de “diferencias de genero” en las interrelaciones entre los distintos profesionales así como los conflictos de intereser que se producen entre ellos.

Pero también hemos visto en este trabajo cómo estos valores están muy arraigados y continúan transmitiéndose a los nuevos miembros que se van incorporando a la organización, aspecto que desarrollamos a continuación.

5.6.2 La socialización de los nuevos miembros y estudiantes.

Hemos podido ver, que uno de los factores que contribuyen a la permanencia de los valores culturales de las organizaciones sanitarias ámbito de nuestro estudio, es el modelo educativo actual, que aunque no podemos negar su gran evolución en los últimos años (Ortega, 2002), en la práctica, perpetúa la transmisión del conjunto de valores que orientan hacia la tecnología más que a los cuidados.

La socialización de los estudiantes se lleva a cabo fundamentalmente cuando estos realizan sus prácticas clínicas en los hospitales y centros de salud, donde pasan largos periodos de tiempo (más largos en los hospitales que en AP) a lo largo de los tres cursos académicos que dura la Diplomatura de Enfermería. También esta socialización, continúa con los nuevos miembros, ya titulados, que se incorporan a las organizaciones.

Como ya hemos documentado en el marco conceptual, las sociedades suelen utilizar el proceso de socialización y enseñanza, como opción para ayudar a futuras generaciones a decidir sus acciones, y facilitar su integración en la dinámica de la cultura dominante, y al mismo tiempo, se procura su adhesión y conformidad con ésta. En este juego intervienen muchas fuerzas coercitivas que intentan imponer sus valores, y aunque la opresión puede cambiarse, si el opresor se reconoce como tal, mediante el dialogo y la negociación, sin embargo, esta posibilidad es irreal debido a los esfuerzos de las clases dominantes para hacer valer sus intereses (Freire, 1971, Cfr. Medina, 2000)

En todas las sociedades, y la nuestra no es una excepción, existe una estrecha relación entre las estructuras del conocimiento y las estructuras del control social, ya que el saber, establece las creencias y valores que inundan la conciencia de las personas y puede ser usado, entre otras muchas cosas, para justificar situaciones de desigualdad social. Para Medina, aquello que se considera conocimiento legítimo en la escuela, en muchos casos, no es más que una extrapolación de cómo el poder está distribuido en la sociedad y del control social en el que se basa (Medina, 2005). En este sentido cabría recordar que la formación de las enfermeras ha estado monopolizada por los médicos que han dominado las plantillas de profesores de las escuelas de enfermería y que aún hoy son mayoría en algunas escuelas españolas. En esto coincide distintos autores como Canals, opinando que la formación de matronas y enfermeras se legitimaba al estar impartida por médicos, cumpliendo una doble función, ya que por un lado contribuía a una regeneración moral y por otro

brindaba a los médicos personal auxiliar suficientemente formado en en la lógica y el lenguaje médico (Canals, 1992). A este respecto, Rigol opina que la ciencia no es neutrál y que es necesaria una asunción de la propia formación y el desarrollo de marcos de referencia propios por parte de las enfermeras, ya que esto supondrá un primer paso en el desarrollo de la propia autonomía, esta misma autora alerta del peligro de los roles que se estructuran dentro de la estructura médica, ya que según ella, esto materializa y legitima el orden establecido mediante una ordenación coercitiva del sistema:

“Lo que parecía una aceptación de autonomía de la enfermería a partir de la consecución de títulos propios, no supone mas que otro mecanismo mas de reproducción del propio sistema como forma de promoción simbólica del acceso al poder, ya que la mejor dominación, la mas eficiente, es la que se apoya en miembros del propio grupo subyugado” (Rigor, 2003: 25)

Las enfermeras manifestaban a este respecto:

“A mi, por lo menos en mi escuela, nos enseñaban patología y más patología, bueno... también técnicas, y eso sí, que el que mandaba era el médico y nosotras ayudantes supereducadas y amables” (Enfermera AP/CSM-M9)

“Nosotras hacemos un montón de cosas, y venga a trabajar, pero la medalla se la ponen los médicos; el otro día viene un anestésista y me dice que hay que poner una sonda nasogástrica, y yo lo preparo todo y luego cuando voy a ponerla y le estoy explicando al enfermo, en fin.. esto y lo otro.., explicando más o menos..y va y se acerca él y le dice: le vamos a poner una sonda, lo mismo que yo le había dicho, y se pone a ponerla él. Yo para la próxima que se prepare él mismo el material o que se lo pida si quiere a la auxiliar.” (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Aunque las cosas están cambiando a nivel de las escuelas, todavía subyace en el discurso de los médicos, estas ideas:

“Yo a una buena enfermera le pido que sepa estar en su sitio, yo no tengo inconveniente en enseñarle si no sabe, pero el que tiene que

decir lo que se le informa o no al enfermo, tendré que ser yo. Ella tiene que poner bien la medicación, y que el enfermo no se caiga de la cama, estar atenta a las cosas, pero no extralimitarse” (Médico planta QUIR/Dr7))

Los individuos se incorporan a la organización en la medida en que ésta responde a sus demandas y necesidades. La incorporación no es sino un acceso al sistema de poder de la organización. A través de la incorporación, el individuo se defiende de su incertidumbre exterior y se proporciona seguridad interior, aceptando y asumiendo los objetivos del grupo (dominación del entorno). Según Aguirre (2004), la incorporación es una integración de la subjetividad del individuo en la subjetividad de la organización. No se trata de la anulación de la subjetividad del individuo, sino la parte de éste que se integra en la organización (por ejemplo, desde la obtención de dinero a cambio del trabajo, o de un título, hasta sentirse psicológicamente satisfecho con el grupo.

Como ya hemos desarrollado en el capítulo de las relaciones interdisciplinarias, a través de las relaciones con el grupo dominante, el grupo subordinado, incorpora una visión sí mismo y del que se presenta jerárquicamente superior. Para Medina (2005) la baja autoestima y autodepreciación, es traspasada de manera tácita a las/os estudiantes durante la enseñanza de las prácticas hospitalarias, desde las enfermeras, desde los profesores y profesoras y desde los médicos y el sistema. Para este autor, esto contribuye a la interiorización de una cultura que se trasmite a las enfermeras ya desde que son estudiantes, y contribuye a que integren el valor y las ventajas de la subordinación.

La formación de los estudiantes de enfermería, está manejada por una mentalidad instrumental más que intelectual, centrada en la práctica y la adquisición de habilidades para los procedimientos técnicos; esto se manifiesta por la visión separada de la teoría y la práctica por un lado, y por otra la visión jerárquica en la que se antepone la aplicación de protocolos y normas centradas en los aspectos fisiopatológicos de los problemas de salud de las personas. Esto inevitablemente se aprende desde el comienzo mismo de la instrucción, y se mantiene, como ya hemos visto, a lo largo de la experiencia profesional.

Cuando un alumno de enfermería llega por primera vez a un centro sanitario, puede ver cómo existe una orientación hacia la consecución de un producto final o producto concreto, más centrado en la tarea que en el proceso, por lo que se ve obligado a centrarse en esto, ya que esto, es lo que se le va a evaluar por encima de todo,

independientemente de cómo deba de ser su proceso de aprendizaje o haya sido diseñado su currículum.

"yo a un alumno lo que le pido es que sea resolutivo, ya sé que viene a aprender, pero tiene que despabilarse haciendo las cosas para coger práctica" (Enfermera planta MED/HVN-M3)

Aunque el diseño curricular pretenda, en la mayoría de los casos, dirigir el aprendizaje hacia la solución de problemas de salud globales de la persona, centrados en la reconducción de respuestas humanas a la enfermedad, la realidad es que cuando el alumno llega al lugar de las prácticas, sea hospital o centro de salud, queda envuelto por la racionalidad práctica que se origina a partir de los hábitos y de los usos cotidianos, centrados en la técnica.

Se hace difícil ya desde las escuelas que las futuras enfermeras interioricen en el currículum la atención personalizada, humanizada y las cuestiones psicosociales, de los problemas de salud.

El énfasis en la relación enfermera-paciente queda relegado a un segundo lugar, ya que por lo que se va a juzgar a la alumna, es por sus habilidades técnicas, además, esto no siempre es aséptico, sino que está vinculado a un proceso de interrelación enfermera-alumna, en el que cada uno aporta una parte y en la que no siempre la relación es simétrica, sino que existe cierto grado de coacción.

"[...] nosotros estamos deseando que lleguen las niñas de prácticas, son muy apañadas, pero algunas, más que ayudar, estorban porque hay que explicarles todo, yo, desde luego, la que no tiene iniciativa, no quiero ni calificarla. Yo no entiendo que estemos nosotras dentro, y el timbre se cae, y venga a sonar y parece que no va con ellos [...] aquí tienen que colaborar [...]". (Enfermera planta QUIR/HVN-M2)

Finalmente, es difícil la legitimación y justificación de lo que se enseña con más o menos énfasis, en las escuelas, si después, cuando se incorporan los alumnos a las prácticas clínicas, prevalecen solo, los criterios científico-técnicos como los únicos jueces del estudiante que está comenzando su socialización en la cultura profesional y organizacional, teniendo en cuenta que le servirá de guía más tarde, cuando sea enfermero.

También los pacientes contribuyen, ya que también ellos tienen expectativas de calidad técnica, que anteponen a otro tipo de prestaciones, algunos enfermeros lo manifestaban de la siguiente manera:

"yo le decía a la esposa que no se preocupara por el alta, que yo le explicaría, yo le enseñaría cómo cambiarle la bolsa del estoma y cómo cuidar la sonda, pero ella no quería nada de mí, no quería aprender porque no quería llevarse a casa al marido, sólo quería que yo lo hiciera y punto, ni siquiera miraba. Tuvo que venir el médico y decirle que tenía que aprender por narices y que yo era la adecuada para enseñarle, entonces empezó a hacerme caso"
(Enfermera planta QUIR/HVN-M1)

Un paciente, enfadado porque no había recibido el trato que esperaba, comentaba refiriéndose a lo que esperaba de la enfermera:

"[...] que no me miren, pase, pero la cura me la tienen que hacer, que para esto están aquí" (Paciente hospitalizado/P/H-1)

5.6.3. El aprendizaje del proceso de atención de enfermería (PAE)

Como ya hemos discutido, los conocimientos y el saber que se producen e interrelacionan en la práctica profesional y en la toma de decisiones de las enfermeras, son muy complejos, y en ella operan aspectos que no siempre obedecen a reglas teóricas sino que influyen la experiencia, la emoción y la intuición que se alimenta de dicha experiencia, de forma que su aplicación en la realidad no es algo tan sencillo como el simple desarrollo y aplicación metodológica de una serie de reglas y conceptos teóricos, cuya aplicación se promueve en las escuelas.

En la actualidad, a mi juicio, en los últimos años se ha sobrevalorado la enseñanza teórica de la metodología enfermera, y no siempre las reglas o teorías aprendidas son lo suficientemente realistas para el complejo contexto en que las enfermeras han de trabajar y los estudiantes aprenden.

Como consecuencia de esto, los estudiantes han percibido una visión del proceso enfermero poco acorde con el contexto donde hacen sus prácticas de aprendizaje

debido, en gran medida, a la dificultad del proceso teórico para adaptarse a la complicada realidad de la práctica profesional.

A esto hemos de sumar el rechazo de las enfermeras hospitalarias que no acaban de verle su utilidad práctica. No se puede decir lo mismo del ámbito de la atención primaria, donde va poco a poco avanzando, aunque no exenta de dificultades como ya hemos mencionado en algunos ejemplos.

Llama la atención cómo, durante el periodo de aprendizaje de sus prácticas clínicas, se trasmite a los estudiantes de enfermería, aspectos de la cultura profesional y organizacional que se han descrito en esta tesis, tales como las diferencias jerárquicas, asunción de responsabilidades, autoestima, prestigio social y autoimagen, etc. Estos aspectos han quedado evidentes tanto en las entrevistas individuales como en la observación:

-Planta de medicina interna, 14 h de la mañana. Una enfermera está junto a tres alumnos de segundo curso de enfermería, y se dispone a revisar las incidencias, prescripciones, etc. de un paciente, para lo cual dispone de una hoja de valoración que ha de rellenar de forma "obligatoria", ya que así lo establecen los protocolos, y porque constituye uno de los parámetros por los cuales se va a medir el cumplimiento de los objetivos establecidos, que servirán de referencia para la adjudicación de algunos incentivos económicos. Los alumnos están observando cómo lo hace y ella les dice: *"Esto es un latazo, mientras yo relleno los datos (se refiere a la hoja de valoración de enfermería), tú Marta, mírame en un momentillo el suero del 23-1, y vosotros dos, si queréis os podéis ir porque ya está todo hecho"*. (Observ planta MED/ Enfermera)

Esto no es una muestra de una actitud aislada, ya que de forma recurrente se observa la poca importancia que se le da a la valoración de enfermería, como piedra angular del plan de cuidados, y a su plasmación en un documento que a la larga puede servir como instrumento de comunicación e intercambio de información valiosa entre los distintos profesionales del equipo. Tampoco se aprecia el hecho de que este documento, bien elaborado, puede ser una herramienta de investigación útil para ir conformando un cuerpo de conocimientos enfermero, sobre aspectos de necesidades y problemas/diagnósticos de enfermería del paciente. Sin embargo no goza de legitimación ni entre algunas enfermeras, ni entre los médicos (miembros del equipo que podrían beneficiarse de estos datos para su toma de decisiones):

"[...] es que no te apoya nadie, el otro día uno (se refiere a un médico) me dijo: no se para qué tanto escribir y escribir, mientras, no hacéis cosas más importantes" (Enfermera planta MED/HSC-M8)

Tampoco entre las propias enfermeras que en muchas ocasiones lo perciben como una carga de trabajo innecesaria, transmitiendo esta percepción a los alumnos que incorporarán esto a sus valores culturales, es decir, las creencias y supuestos básicos de la cultura profesional, como muestran declaraciones de los alumnos como estas:

"Yo hago el PAE, porque en la escuela te lo piden y tendré que aprobar, pero esto luego no se lo lee ni Dios, los médicos pasan del plan de cuidados y las enfermeras rellenan esto porque lo manda la dirección de enfermería, y la supervisora les da la vara".

- Otro alumno que hay al lado, bromea con las siglas del proceso enfermero, diciendo: "El PAE" y "la MAE que lo parió" (Observ.planta QUIR/ Alumnos de enfermería,)

-En una de las plantas observadas, la supervisora, en previsión de que no quedaran sin rellenar las hojas de valoración de enfermería, era ella la que las rellenaba todas, ya que en la unidad (una de las Unidades de Gestión Clínica que hemos mencionado en el apartado 5.2) uno de los objetivos vinculados a los incentivos anuales, era rellenar la hoja de valoración en el 100% de los pacientes ingresados.

Como ya se ha explicado en la fundamentación teórica, la valoración es el paso previo al diagnóstico de enfermería, en consecuencia la hoja de valoración, guía el análisis y recogida de datos, revisando cada una de las catorce necesidades básicas. Aquí de nuevo se ve cómo la valoración se convierte en un instrumento, que no está vinculado al diagnóstico y por tanto, tampoco al cuidado posterior del paciente, sino que es usado como mera herramienta útil en sí misma, para lograr el objetivo.

Sus defensoras alegan que esto supone un primer paso, que más es algo que nada, y que poco a poco se concienciará a las enfermeras de su utilidad:

"No creas que es poco no es tontería, no es poco..., lograr que se implante una hoja de valoración para todas las unidades y que las enfermeras la estén rellinando, es un paso adelante muy importante, siempre tiene que haber un primer paso ¿no?.. si lo pones todo de golpe puede ser peor; así todos van integrando que la enfermería tiene su propio rol, que lo que nos identifica a

nosotras son los cuidados. Por ahora se han impartido cursos de metodología enfermera a casi todas la supervisoras y se está formando a muchas enfermeras” (Gestor./G1)

Creo importante resaltar que el saber académico proporciona un conocimiento abstracto y normativo, que no siempre es útil o aplicable en la práctica profesional. La racionalidad que las enfermeras profesionales utilizan en su actividad, está focalizada en las actividades y procedimientos cuyos resultados le son más prácticos, o dicho de otra manera se traducen en resultados tangibles, en soluciones a problemas concretos, lejos del pensamiento reflexivo de las teorías y modelos, lo cual repercute de forma muy importante en la formación inicial de los estudiantes a quienes tutorizan. Según Medina (2005), en función de cómo entendemos la lógica de la acción y lo que significa ser racional en el cuidado de los enfermos, así consideraremos la función de la enfermera, y en consecuencia, así conceptualizaremos en la realidad su formación inicial y permanente:

“Los PAES y diagnósticos de Enfermería, en tanto que arquetipo de la razón técnica, esto es como modelo jerárquico, lineal, rígido y normativo, que prescribe la acción de cuidar, no resuelven los problemas que la enfermera encuentra durante la acción, sino que los ocultan y distorsionan, porque proporcionan una imagen reductora y simplista de los mismos, y porque no tienen en cuenta la complejidad, multidimensionalidad y ambigüedad esencial de la acción de cuidar. Son modelos poco prácticos, ya que tienden a reducir la capacidad de juicio clínico” (Medina, 2005: 83).

Sin embargo todo esto no se somete a revisión y permanentemente se mira hacia otro lado, y aunque unas pocas enfermeras se empeñen en darle una orientación distinta, la mayoría, ya desde sus prácticas de estudiantes se socializan en esta realidad.

Como ya se ha mencionado en el marco conceptual de esta tesis, trabajar con respuestas humanas es complejo, y su enseñanza y aprendizaje también, ya que la lógica de las enunciaciones que se describen a nivel teórico, no siempre se corresponde con una acción real también lógica, o como racionalmente cabía esperar. Una decisión racional de la persona, no necesariamente se traduce en una acción racional de la misma, de ahí la complejidad de la valoración, diagnóstico y actuación enfermera, conducente a cambiar acciones o actitudes erróneas, insuficientes o inadecuadas de la persona o paciente en respuesta a una o varias de sus necesidades de salud alteradas. Podríamos decir que a menudo, los modelos teóricos de la enfermería como

profesión, y su enseñanza y aprendizaje, separan la razón humana del contexto psicosocial en que se produce, ya que no siempre la persona, paciente o familia, responde a lo que las enfermeras consideran óptimo o previsible.

Hemos observado que los alumnos del último curso de carrera, expresan sus dudas sobre su verdadera identidad profesional, cuya percepción cabalga en la ambivalencia entre la sumisión y dependencia, el dominio de la técnica, el conocimiento de la enfermedad y la especialización en algún área de salud que le proporcione más autonomía:

-En una planta médica y un centro de salud, distintos alumnos de tercer curso, próximos a la graduación hablaban de su futuro, y de su conversación subyacían algunas de estas ideas, tomadas más o menos textualmente:

“A mi me atraía un centro de salud, pero...puff. puffff.. (resopla) no se, depende.. yo en las prácticas he visto de todo, hay quien no se fía de lo que tu dices (se refiere a pacientes), llegan a la consulta y dicen: ¿es que no me va a ver el médico?. Vino un hombre que le habían quitado un tapón y le dolía el oído, y la enfermera le dice que es normal y que se aplique calor que se le pasa en un par de días, y el tío que nada, que tenía que ser el médico. No sé para que te hacen estudiar tanto”. (Observación planta MED/ Alumno enfermería).

“El primer día que estuve en la consulta de enfermería, pensé que sería otra cosa.., y lo único que hizo la enfermera es poner una heparina y tomar las tensiones. Y no le dijo al enfermo nada, y todo lo que le preguntaba le decía que al médico.” (Observación AP /Alumno de enfermería)

“yo no sé si no me iré a medicina, si no lo hago es porque no tengo nota. Es que si eres médico eres alguien, curras menos y ganas más, de enfermero...ahí te quedas, nadie ve lo que haces” ((Observación AP/Alumno de enfermería)

Podemos concluir que ya desde los primeros contactos con las prácticas clínicas, los alumnos incorporan los valores de la cultura organizacional, tanto de atención primaria como hospitalarias, que la atención de enfermería es situada como una actividad centrada en la técnica más que en la atención psicosocial, y que es percibida por los usuarios como una actividad subordinada al médico que goza de todo el prestigio social, frente a la invisibilidad de la proyección profesional de las enfermeras. Esto se hace más patente en hospitalización que en atención primaria donde algunos enfermeros que han trabajado previamente en atención especializada

así lo perciben, siendo las plantas quirúrgicas el lugar donde más se aprecia, debido a que la cirugía es muy resolutive y toda la atención está en torno al acto quirúrgico y los pacientes relacionan su curación directamente con el trabajo del cirujano, a esto se suman estancias muy cortas en las que los pacientes apenas contactan con las enfermeras, que no aparecen prácticamente en sus discursos sobre la hospitalización y las vivencias de su enfermedad a su paso por el hospital.

6. CONCLUSIONES

Como reflexión final podríamos decir que la enfermera ha cambiado mucho desde los tiempos de F. Nightingale, pero en las percepciones sociales, han persistido muchos elementos de aquellas imágenes de los primeros tiempos.

Es importante destacar la larga historia de supeditación al médico, como uno de los factores que más han dificultado que la enfermería adquiriese un perfil autónomo. No deja de ser cierto desde una perspectiva histórica, que la enfermería pudo desarrollarse porque resultó necesaria para la profesión médica, que así pudo liberarse de los cuidados delegándolos en manos cualificadas. Nunca sabremos qué trayectoria hubiera seguido la enfermería como profesión, de no haber surgido el dominio y control de la medicina sobre todas las profesiones sanitarias a partir del siglo XX. Este proceso como hemos podido explorar ha continuado hasta hoy en forma de imágenes y símbolos que delimitan las parcelas de poder.

Del análisis de la cultura organizacional de las instituciones sanitarias, hemos podido concluir que, como muestran algunas teorías, y a la luz de nuestros hallazgos, los elementos de la cultura organizacional reflejan una serie de valores internalizados por todos los actores, aunque no siempre igualmente visibles.

Los menos visibles (nivel fundante, etnohistoria y etnocreencias), son aquellos en que se asientan los demás, en ellos se sustentan las bases de la cultura organizacional y emanan de la historia, las creencias y una serie de asunciones culturales de las que son portadores los distintos actores del sistema. De todos ellos destacamos:

- Biologización de la cultura (taxonomías, clasificaciones y abordaje medicalista y positivista de los problemas de la salud) tanto a nivel de organización y profesionales como de los usuarios, a costa de los cuidados humanistas más centrados en problemas psicosociales y con una visión holística de la salud/enfermedad. Lo cual, en el ámbito hospitalario, dificulta la implantación en la práctica de los modelos de cuidados enfermeros, que proponen una atención holística y personalizada de la persona.
- Un trato paternalista del paciente del que se espera una obediencia y asunción total de las decisiones de los profesionales, anulando en lo posible su voluntad, produciéndose un secuestro del entorno sociofamiliar. Esto es contrario al concepto de relación de ayuda al autocuidado de las personas que proponen los modelos enfermeros.
- Persistencia entre las filas de los profesionales de la medicina, y en las de la enfermería, de una serie de valores culturales entre los que se encuentra la

asignación de roles en base a la desigualdades de género que se materializa y se expresa mediante la ordenación coercitiva de las relaciones de poder Interdisciplinarias.

- El género también está presente en los roles asignados a las cuidadoras familiares de los pacientes que, en el hospital, asumen funciones vinculadas culturalmente a las mujeres. Esto es esperado y propiciado por las enfermeras, médicos, gestores y por los propios pacientes.

Algunos valores de la cultura organizacional los hemos ido conociendo a través del análisis de sus manifestaciones externas, como el lenguaje dominante de la medicina, la diferencia en las vestimentas y en el trato (tu/usted), la distribución de espacios y la decoración y ubicación de los mismos. Todo ello muestra las relaciones asimétricas que existen entre médicos y enfermeras y en consecuencia la invisibilidad, la dejación de responsabilidades de éstas, fundamentalmente las hospitalarias, y la transmisión de una imagen que refuerza y perpetua su subordinación, ya que conforma un círculo vicioso que se cierra cuando todo esto a su vez, es transmitido a los nuevos miembros de la organización y a los usuarios o clientes del sistema sanitario y estos la devuelven de nuevo a las enfermeras conformando así su autoimagen.

Los valores deben estar ligados a los objetivos y el desempeño de los diferentes roles, sin embargo en las organizaciones ámbito de nuestro estudio esto no se da. Se puede decir que los valores de los profesionales, están desligados de los valores organizativos que lanzan los gestores, a través de las declaraciones sobre la filosofía y la misión de la organización. Aquí, el valor del discurso de los gestores (macrogestores y mesogestores) no siempre coincide con los valores que en la realidad operan y por lo tanto, no tiene consecuencias sobre la cultura de los profesionales, ya que las pautas de conducta, hábitos y normas, que hemos podido ver en la punta del iceberg, apuntan en otra dirección, lo que demuestra que el valor que se pretende transmitir, no goza de autenticidad.

Es muy evidente la burocratización de la organización sanitaria, que pone el acento en la normativa, y maniatada a los gestores para dirigir a las personas hacia los objetivos. Estos gestores (mesogestores y microgestores) lanzan mensajes ambivalentes que confunden a las enfermeras creando en ocasiones falsas expectativas, al adjudicarles funciones, tareas y responsabilidades o el desarrollo de algún ámbito organizativo o profesional, que luego no pueden llevar a cabo, por falta de la autoridad y apoyo real y suficiente cuando esto choca con los intereses de los que ostentan el poder. En este ambiente es difícil que se legitimen los nuevos roles para

los que se está formando a las nuevas enfermeras, y que quedan claros en las declaraciones de sus competencias curriculares a nivel formativo. Esta circunstancia es fuente de continuos conflictos.

Por otra parte, la falta de autonomía, poder e independencia de la enfermería puede también deberse, entre otras cosas, a la condición mayoritariamente femenina de la profesión. Esto no ha cambiado, o cambia muy lentamente, ya que los patrones de comportamiento androcéntricos (que le exigen priorizar sus roles de madre y esposa) y corporativistas, son difíciles de erradicar, principalmente en el mundo de la medicina, a pesar de la evidente incorporación de mujeres en sus filas en los últimos años.

Hemos podido constatar cómo los paralelismos entre el gobierno del cuerpo y el gobierno de una sociedad determinada no dejan de tener su lógica. El cuerpo como emblema, está encargado de expresar el sistema de valores del individuo, pero el cómo los demás lean esos mensajes es una mezcla de lo real y de la imagen simbólica que el otro tiene de lo que el emisor representa. Y esto último se va construyendo socialmente. La enfermería tiene aún mucho que hacer en este sentido para desprenderse de su simbología femenina.

Hay que tener muy presente que es la construcción cultural la que establece las diferencias entre unos grupos sociales y otros, en este caso entre los varones y las mujeres, y no la biología. Aquello que se espera que sean los varones y las mujeres, en definitiva, la experiencia de ser varón o mujer, es una construcción cultural y social; al hilo de esto quizá se pueda explicar el por qué los enfermeros tienden a ocupar puestos de trabajo vinculados a características que la sociedad adjudica a los roles de género. La sociedad en general, tiende a considerar el poder, la autonomía, y la profesionalidad como rasgos masculinos.

A pesar de que hay un gran número de enfermeras conscientes de que sin autonomía es imposible un desarrollo profesional, sin embargo, se sienten incapaces de emprender cualquier proyecto de innovación porque han aprendido que no es posible ni útil cuestionar al que ostenta el poder. Me parece importante resaltar que en ese aprendizaje, como se ha podido evidenciar durante el trabajo de campo, juegan un papel clave las relaciones de poder entre administradores, médicos y enfermeras, que conducen a éstas hacia la apatía y la conformidad con su estatus.

Las enfermeras han interiorizado una cultura que se ha forjado a través de un fuerte autoritarismo que ha logrado incrustar un currículum paralelo que, aunque a veces

parece velado o invisible, es transmitido a las que se van incorporando a sus filas. Estas terminan asumiendo que es más cómoda y ventajosa la subordinación. Por otra parte al interiorizar la visión, valores y dogmas del grupo dominante, en este caso los médicos, las enfermeras asumen, además, una imagen negativa de sí mismas, debido a que su autoconcepto ha estado marcado por la actitud negativa de la medicina y la falta de reconocimiento de los usuarios hacia su trabajo, éstas, al juzgarse a sí mismas, forjan una opinión negativa del colectivo, que se traduce en una falta de interés corporativo y una baja autoestima profesional. Esto último da lugar a multitud de situaciones de conflicto debido a la violencia que emana de las frustraciones laborales y profesionales, violencia de la que en ocasiones son víctimas los propios pacientes y también los médicos.

Sería conveniente seguir haciendo estudios, profundos, sobre la cultura profesional de los distintos actores que se relacionan durante el proceso de atención a los pacientes, que modificaciones sufre a partir de ahora con la incorporación creciente de mujeres en sus filas, cómo es el trato de éstas con sus colegas médicos, con las enfermeras y que impacto tendrá, en el futuro, sobre la cultura organizacional.

No obstante, la Enfermería se ha diversificado, y estratificado de forma que encontramos en ella funciones y tareas muy distintas así como posiciones muy desiguales ante el poder, sin embargo, esto no está suficientemente explorado y/o cuantificado en atención primaria cuya cultura organizacional, arrastra valores de los hospitales, pues muchas de las enfermeras que hoy componen sus plantillas, se han formado en estos. En consecuencia, los valores de los cuidados en atención primaria, no se han consolidado por los permanentes flujos que recibe de los hospitales, que trasladan sus valores dominantes a los centros de salud.

En atención primaria hemos observado, aunque tímidamente, diferencias a nivel de productos y artefactos de la cultura organizacional (vestimenta, espacios o territorios, horarios) y se aprecia mayor autonomía de las enfermeras, sin embargo, persisten algunos valores como el biologicismo, el paternalismo y las diferencias de género; aunque en esto último, podría centrarse otra línea de investigación.

Aunque existen bastantes trabajos que analizan la situación de la enfermería como profesión, basándose en los aspectos que hemos recorrido, no hemos encontrado trabajos de campo, donde se explore la forma en que las enfermeras viven esto, si son conscientes de ello y cómo viven sus relaciones con otros profesionales; sin embargo nosotros hemos podido comprobar que la Enfermería hospitalaria se siente

y se comporta como un grupo oprimido, reuniendo todos los ingredientes de los mismos, tal y como hemos desarrollado en la discusión.

En cuanto a la imagen que tienen los pacientes/usuarios, sobre la profesión enfermera y qué es lo que esperan de ella, sería importante que las enfermeras acordaran utilizar un determinado modelo, pero antes tendrán que preguntarse si en nuestra sociedad, en la que predomina el paradigma biomédico, interesa el concepto de salud y de persona que se está enseñando a las nuevas enfermeras, porque si la respuesta es negativa, va a ser muy difícil que podamos realizar nuestro trabajo conforme a un modelo holístico-humanista. Este aspecto es importante, ya que está en juego la decisión que hay que tomar para que los ciudadanos se percaten de la importancia de los cuidados para disfrutar de una vida sana y saludable, sea cual sea su estado de salud.

Sin embargo, este modelo en los hospitales parece imposible de lograr mientras no se den unas relaciones más simétricas entre los miembros del equipo sanitario, y los gestores, tanto a nivel “macro” como “meso” y “micro”, promuevan y logren los cambios necesarios apoyando a la enfermería sin ambigüedades ni incoherencias, que como se muestra en el análisis de fortalezas y debilidades, están más marcadas en los hospitales que en AP.

En este sentido, la Enfermería, necesita disponer de un reconocimiento institucional que se traduzca en apoyos globales, no sólo propiciando nuevas formas de trabajo más autónomas sino también dotándola paralelamente de recursos humanos, espacios adecuados, y herramientas de trabajo y oportunidades de formación e investigación acordes a la realidad. Pero esto sólo se logrará si la propia enfermería mira hacia dentro y asume con fuerza su papel y su responsabilidad sobre el papel que se le ha encomendado sobre la salud de la población, y ejerce sus competencias curriculares, y no se quedan solo en propuestas filosóficas y académicas.

Los cuidados como rol central de la enfermería y elemento indispensable para contribuir, junto con la medicina, a mejorar la salud de la población, solo se pueden desarrollar si centramos el acto de cuidar, que proponemos a los usuarios, como algo diferente y complementario de las actuaciones médicas, y si reconocemos su importancia.

Cabría también preguntarse por qué las personas enfermas, que han mantenido un contacto tan directo con las enfermeras en el hospital, donde éstas las han lavado, curado, han manejado su cuerpo, y acompañado en el sufrimiento, a pesar de

mantener un contacto tan estrecho, luego no recuerdan a las enfermeras, o quizá no quieren recordarlas. Posiblemente a esto contribuyan las propias enfermeras al no querer establecer ningún tipo de lazos y esto explique por qué ponen barreras defensivas huyendo de la afectividad. Esto explicaría por qué en cambio, en las visitas domiciliarias, las enfermeras reciben otro tipo de trato, aún teniendo menos contacto corporal. Aquí los pacientes, las alejan simbólicamente de sus momentos de indefensión y su sufrimiento, fuera de su territorio, de su casa y de los suyos.

Hemos podido demostrar, que a menudo los modelos teóricos de la enfermería como profesión, y su enseñanza y aprendizaje, separan la razón humana del contexto psicosocial en que se produce, y no siempre la persona, paciente o familia, responde a lo que las enfermeras consideran óptimo o previsible.

Con frecuencia, las enfermeras se ven presionadas por exigencias de sus líderes o representantes (supervisoras o dirección de enfermería) que no tienen que ver con lo que se les exige en el contexto real y cotidiano de su trabajo, como por ejemplo las demandas de médicos y usuarios, que por otra parte les son más cercanas y reales, por lo que priorizan estos aspectos y no los que las teorías formulan. Estas teorías en el hospital dejan de serles prácticas o útiles para sus aspiraciones profesionales, o para su supervivencia en la arena de la exigencia cotidiana. Finalmente, son muchas las enfermeras que se rinden ante los modelos que les exigen los grupos dominantes, que presionan para que éstas dirijan sus actividades a su servicio y con su única visión, transmitiendo cierto menosprecio hacia el proceso enfermero, proceso que las enfermeras, aunque lo deseen, no saben defender y al que los usuarios, aunque lo aprecien, dejan en un segundo lugar, ya que en el hospital, la solución de la enfermedad y sus consecuencias, son “patrimonio exclusivo del médico”.

Por otra parte este fracaso contribuye a perpetuar la herencia de la memoria colectiva de las enfermeras, que actúa como un antídoto ante la innovación, por lo que se pierde una gran oportunidad, ya que esta innovación, podría ser la clave de la autonomía profesional que se promueve en las escuelas a nivel teórico. Esto configura un círculo como el de “la pescadilla que se muerde la cola”. Finalmente las enfermeras adoptan una actitud cómoda, que les exime de responsabilidades de formación, de investigación etc.

Podríamos sintetizar diciendo que los cambios académicos propiciados en el Espacio Europeo de Educación Superior, amplían las dimensiones formativas de las enfermeras, asignando a su currículo competencias para la toma de decisiones clínicas, liderazgo, investigación etc. Para que estos cambios se produzcan, la enfermería

necesita que su estructura interna y el dominio concreto de sus conocimientos sean identificados y asumidos claramente por sus miembros. Sin embargo, todo parece indicar que la Enfermería padece problemas de fondo que pueden enlentecer este proceso:

- Unos de orden interno, como la dejación de poder manifestada por falta de corporativismo y confianza en los líderes, el acomodo profesional y la dejación de responsabilidades, sobre todo en el área de la hospitalización.
- Otros derivados de problemas estructurales de las instituciones, fruto de las incoherencias de los gestores y sus mensajes ambivalentes
- Por último, los conflictos de intereses con los profesionales médicos, con los que comparten objetivos profesionales y con los que existe cierta indefinición entre funciones propias e interdependientes o de colaboración. En este sentido se aprecia un conformismo con la ambigüedad de la asignación de responsabilidades para la toma de algunas decisiones.

Para terminar y a modo de recomendaciones, creemos que la alternativa está en propiciar unas interrelaciones más simétricas entre los distintos grupos profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeras. Hemos podido concluir que ni en atención primaria, ni mucho menos en la especializada, se dan los requisitos necesarios para un trabajo en equipo, ya que para que esto se produzca se necesita la presencia, de cuatro aspectos importantes:

- Uno es que todos los miembros del equipo para que este se constituya como tal, deben partir de una serie de elementos de interacción, que a su vez deben partir de la voluntad por parte de todos de comprometerse y ejercer su competencia y experiencia, de lo cual la enfermería hospitalaria debería tomar buena nota. Por otro lado, debe existir suficiente confianza en uno mismo, que propicie una imagen de más seguridad; pero esa confianza tiene que ser mutua, es decir, todos los miembros del equipo deben tenerla. Solo en un clima de confianza se podrá desarrollar una negociación constructiva y un respeto mutuo, en el que basar unas relaciones profesionales simétricas. Sin embargo, en los centros donde se ha realizado este trabajo, como hemos mostrado, estas premisas no se dan, ya que existe una asimetría de poder, y una baja confianza y respeto mutuo en la mayoría de los casos, así como una imagen pública y una autoimagen que no es la adecuada y deseable.

- En segundo lugar, deben existir unas premisas a nivel organizativo, sin las cuales no puede darse un efectivo y eficaz trabajo en equipo. Estas premisas deberían estar constituidas por una estructura y una filosofía de la que surja un apoyo institucional, claro y comprometido con las enfermeras, en forma de recursos humanos y materiales suficientes así como elementos de coordinación y comunicación. Esta estructura que debe ser horizontal ha de tener en cuenta las aportaciones de todos, y no solo las de uno de los grupos. Para ello debe basarse en una filosofía que propicie la participación y la equidad.

Para lograr esto, la organización (de la mano de los macro y mesogestores), debe propiciar la elección de líderes formados y conscientes de que deben ser capaces, porque esto es lo que se les va a exigir, de cohesionar el equipo y transmitir la nueva visión de trabajo, creando un entorno y un ambiente propicio. En este sentido hemos visto que procurar la presencia de espacios apropiados y tiempo suficiente y adecuado a las cargas de trabajo, va a ser fundamental. En nuestro ámbito de estudio, encontramos en distinta medida los cuatro tipos de desequilibrios en recursos humanos señalados por la OMS: desequilibrios en la dotación de algunas categorías de personal, distribución geográfica desigual, relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías, y desajustes entre la formación recibida y las competencias requeridas en el ejercicio de la profesión.

También creemos que a nivel organizativo, se debe mostrar el empeño y voluntad de llevar todo esto a cabo incentivando o reconociendo a los que trabajen en esa línea y erradicando el “café para todos” y la aplicación lineal de la “indiferente norma vigente”, en cuestión de recompensas o reconocimientos. Esto último, en la actualidad, se pretende lograr mediante mecanismos de comunicación como estándares, políticas y protocolos interprofesionales (guías y vías clínicas), pero si carecen del consenso y del compromiso de todos, y no existen espacios y tiempo, y además siguen, en ocasiones, excluyendo a las enfermeras, se va a seguir perpetuando “la cultura de la marginación y la exclusión”, radicalmente contraria al desarrollo del trabajo en equipo.

- El tercer aspecto, es que el entorno exterior a la organización, constituido por los usuarios y ciudadanos en general, y también por los trabajadores del sistema, juega un importante papel, pues es el que promueve los estereotipos de género y de status social, que sigue distanciando a los distintos profesionales. El sistema profesional debe ser consciente de que juega un papel importante, se trata de

sustituir un sistema inmerso en una cultura del individualismo y el valor de la masculinidad y la competición, por el del pluralismo y la cooperación.

- El cuarto y último aspecto, es que una de las premisas necesarias para mantener viva una profesión, es el relevo profesional, que incorpora innovación y frescura y le ayuda a adaptarse a los cambios de la sociedad a la que sirve; sin embargo, en la enfermería esto es lento, ya que las nuevas generaciones sucumben a la inercia que impone el sistema en forma de asunciones culturales a veces invisibles, que ralentizan un desarrollo profesional basado en sus propios valores y activos intangibles, valores que deberían potenciarse desde las escuelas.

Podemos concluir diciendo, que los médicos y enfermeros, tanto de hospitales como de los centros de atención primaria, son profesionales altamente cualificados y paradójicamente rígidos y poco innovadores, cuya cultura pone el acento en la función y en la eficacia más que en las personas; que entre ellos impera la distancia jerárquica, el individualismo, el paternalismo y el valor de la masculinidad. Aunque tanto en nuestra observación como en las entrevistas, aparece estas características más o menos marcadas, las dos últimas características (paternalismo y masculinidad) han aparecido claramente en el estudio como un valor cultural del modelo sanitario actual propiciado por el “modelo médico hegemónico”, cuyas categorías de análisis aunque no siempre son igualmente visibles, se han ido desvelando a lo largo de esta tesis.

Aunque debido al tipo de estudio los resultados no son extrapolables, sin embargo, creemos que se aportan dimensiones y categorías de análisis para reproducir el trabajo en otros ámbitos o realizar otros estudios cuantitativos que nos permitan saber su dimensión a nivel general.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña A. La cultura a través del cuerpo. Reflexiones teóricas e investigaciones empíricas. Sevilla: Wancencleur; 2004.
- Adler PA, Adler P. Observational Techniques. En: Denzin N, Lincoln y. Collecting and Interpreting Qualitative materials. Londres: Sage;1998. p.79-110.
- Aguirre A, Morales J.F. La identidad cultural y social. Barcelona: Bardenas; 2000. p.1-7
- Aguirre A. Cultura organizacional. México D.F: Inespo/Univ. de León; 1991.
- Aguirre A. La cultura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 2004.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002; 280 (16):1987-1993
- Alarcón S, Cuesta JM, Blas E, Mesa F, Lavado C. ¿Cómo me veo, cómo me ven?. Rev ROL Enf 2001; 24(6): 37-38
- Alberdi RM. Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis. Motivación y desarrollo profesional. Rev ROL enf. 1995; 198: 13-16.
- Alberdi RM. La profesión enfermera en España. Metas de Enferm 1999; (11): 11-17
- Alberdi RM. Mujeres enfermeras en España. Rev ROL Enf. 1997; 223: 64-70
- Alberdi RM, Blasco RM, Cuxart N, Elías A, Esteve N, Gatell MT; et al. Document Fonamental. 5^è Congrés d'Infermeria Catalana. Girona: Asociació Catalana d'Infermeria; 1997.
- Alberdi RM. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. Rev ROL Enf 1998; (239-240): 27-31
- Alberdi RM, Arriaga E, Zabala J. la ética del cuidado. Rev ROL Enf 2006, 29(3): 191-198.
- Albrecht K. La misión de la empresa. Barcelona: Piados; 1996; p.65
- Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Doyma: Barcelona; 1988.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 5^a ed. Barcelona: Masson; 2004
- Amezcua M, Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica 2002; 76 (5):16
- Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería (Gran) 2000; 30:30-35

- Amezcua M. La Ruta de los Milagros. Jaén: Entreolivos; 1993.
- Amín S. El capitalismo y la era de la globalización. Barcelona: Paidós; 2000
- Arcas P. Investigación en enfermería: prioridades y estrategias. Rev ROL Enf 1990; (148): 55-60.
- Argyle M. Psicología del comportamiento interpersonal. Madrid: Alianza Editorial; 1987.
- Arrow KU. Uncertainty and the Welfareeconomic Sof Medical Care. Am Econ Rev 1963; 3(5): 941-973
- Arroyo P. De la asistencia sanitaria a los cuidados de salud. En: Las enfermeras en el tercer milenio. Sevilla: XIII Sesiones de trabajo de la AED;1992.
- Bassat L. El libro rojo de la publicidad. Madrid: Folio; 1994.
- Beneria L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Rev Mientras Tanto 1981; 6:50 -61
- Bogdan R Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Bohannan P. Antropología. Lecturas. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p.274
- Bohannan P. Para raros nosotros. Introducción a la antropología cultural. Madrid: Akal SA; 1996. p. 3-23.
- Bourdieu P. La distinción. Madrid: Taurus; 1999.p.3
- Bourdieu P. Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario. Madrid: Anagrama; 1995
- Brimie A, Titchen A. Freedom to Practise. The Developpement of patient-centre Nursing Butterwort Heinemann: Oxford, 2001.
- Broggi MA. El peligro de la práctica defensiva en la aplicación del Consentimiento Informado. Rev Calidad Asistencial 2000; 14:122-128
- Broggi MA. ¿Consentimiento informado o desinformado?. El peligro de la medicina defensiva. Med Clini (Barc) 1999; 112: 95-96.
- Briones R. Claves para la comprensión y el tratamiento de la salud/enfermedad. Demófilo Rev de cultura tradicional 1994; 13:13-34
- Briones R. El recurso religioso en el itinerario terapeutico. En: Actas del simposio internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas. A Coruña: Consello de Cultura Galega; 1997. p.197-219
- Birdwhistell RL. Introducción to kinesics: An Annotated System for Analysy of Body Motion and Gesture. Washington DC: Department of State. Foreing Service

Institute; 1952

- Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others. The ethics of subrogate decision Making. New york: Cambridge Universiti Press; 1989.p.50-57.
- Bueno E. La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. En: Bueno E. Análisis estratégico de hospitales. Monografías de economía y gestión de la salud. Papeles de Gestión Sanitaria. Valecia: MCQ SL; 1994.p.55-78.
- Bullough, V, Bullough, B. History, Trend and Politics of Nursing. New York: Appleton-Century-Crofts; 1984
- Bunge M. La investigación científica. Madrid: Ariel; 1972.
- Buñuel A. La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. En REIS 1994; 68: 101-106
- Busquets M. La Economía, una visión desde el cuidado enfermero. Nursing ed Esp 2004; (2): 6-16.
- Cabré M, Salmon F. Poder académico versus autoridad femenina: La facultad de medicina de París contra Jacoba Felicié en 1322. En: Cabré M, Ortiz T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa. SXII-XX. Madrid: Icara; 2001. p.55-75.
- Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ics): Apuntes para un debate necesario. Introducción. Rev Esp. Salud Pública. Set.-oct. 2002; 76 (5):473-482
- Calvente MM, Mateo I. Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (1):132-139.
- Calvente MM, Mateo I. La atención a la salud en el ambito domestico: Cuidadores en Andalucía. Consejera de Salud, SAS e Instituto Andaluz de la Mujer;1992. Informe convenio PADIM: FIS (92/0629),
- Canals J. La imagen femenina de la enfermería. Rev ROL enf.1992; 172: 29-33.
- Canals J. Cuidar, curar saberes masculinos, funciones femeninas. Jano 1985; 660-H (29): 365-372.
- Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana-MacGraw-Hill, 1994.
- Caudill W. El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica. Buenos Aires: Escuela; 1996.
- Celma M. Cuidadoras informales en el hospital. Rev ROI Enf Julio-Agost. 2001; 24 (7-8): 503-511
- Celma M. Cuidadoras informales y enfermeras: relaciones dentro del hospital. Rev ROL Enf. 2003; 26(3): 190-198.

- Collier MF. Cuidados de enfermería reflexiones sobre el servicio de enfermería contribución ala identificación del servicio prestado. Rev ROL Enf. 1981; Año IV (40): 60-69
- Collier MF. Promover la via.Madrid: Mc Graw- Hill-Interamericana; 1997
- Colliere M. Soigner: le premiere art de la vie. Paris: Inter Editions, 1996.
- Comelles JM. Tecnología cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo.En: Perdiguero E, Comelles JM.et al. Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000.
- Comelles JM La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. Barcelona: PPU; 1988.
- Comelles JM, Martínez A. Enfermedad Cultura y Sociedad. Madrid: Eudema; 1993.
- Comelles JM. La Utopia de la atención integral en salud. Autocuidado Atención primaria y atención institucional. En: Alvarez-Dardet C, Porta M. Revisiones en salud pública. Barcelona: Mason; 1993.
- Creus i Virgil, M. Evitar la huida de las enfermeras de los hospitales. Un reto para los gestores. Puntexpress Sanidad 1999; 71:1-2
- Creus i Virgil, M. Los conflictos interprofesionales. Un riesgo. Rev ROL Enf 2002; 25(6): 416-418
- Cuesta Z, Benavent M.A, Guirao J.A. DdE. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- Chinn PL, Jacobs MK. A Model for Theory developement in Nursing. ANS Adv Nurs Sci 1979; (1):1-11.
- Choen H. La enfermería y su identidad profesional. Barcelona: Grijaldo; 1988. p.14-16
- D´Amour, Ferrada M, San Martin L, Beaulieu MD. Conceptual Basis for Inter-professional collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. J Interprof Care 2005; 19: 8-20
- Davis J, Heiman B, Bryar et al. The research potential of practice nurses. Heart Soc car Community 2002; 10: 370-381
- Dehesa.de la G. Comprender la globalización. Madrid: Alianza; 2000.
- Delgado MV, Pardo C, Reolid M et al. Investigación en enfermería: adecuación de la estructura de los originales publicados en la década de 1985-1994. Enferm Cin 2007; 7: 201-13
- Denzin N, Lincoln YS. Handbook de Qualitative Research. Nueva York: Sage; 1994.

- Díaz M, Martín C, Jimenez JM, et al. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enferm Clin.* 2004; 14:257-262
- Dominguez C. Feminización de las profesiones sanitarias. *Jano* 1990; 909 (38): 69-74
- Domínguez C. Sociología del cuidado. *Enferm Clin* 1999; 9 (4):175-181.
- Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma; 1985. p. 25.
- Donalson SK, Crowley DM. The discipline of nursing. *Nurs Outlook* 1978; 26, (2):113-120.
- Douglas M. Símbolos naturales. Madrid: Alianza Editorial; 1988.
- Duarte G. Apuntes sobre el diagnóstico enfermero. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria SS.CC-SS.PA; 2003.
- Duby J, Perrot M. Historia de las mujeres en occidente. Vol. 5. Madrid: Taurus; 1993.
- Durán M. La condición humana en el cuidado. *Rev ROL Enf* 2007 30(4): 283
- Ehrenreich B, English D. Brujas comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Barcelona: La Sal; 1981.
- Ellis R. Characteristics of significant theories. *Annu Rev Nurs Res* 1968; 17 (5):217:222).
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Estudios focales a usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999
- Esteban de la Rosa MA, Ruiz ME, Torres LM. Diagnóstico de salud. Área Hospitalaria de Granada Norte. Granada: Hospital Virgen de las Nieves. SAS Junta de Andalucía; 1994
- Esteban M, Arroyo P. La construcción de una disciplina. En: XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Las Enfermeras del Tercer Milenio. Sevilla: Graficas Alberdi SA; 1992. p.113-127
- Fawcett J. Analisis and evaluation of Conceptual Models of Nursing. 3ª ed. Philadelphia: FA. Davis Company; 1995.
- Faust D, Miner R. The Empiricist and His New Clothes: DSM-II in perspective. *Am J. Psychiatry* 1986; 148: 962-967
- Flecha C. La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina, de la Universidad Española. En: Cabré M, Ortiz T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XIII-XIX. Barcelona: Icara; 2001.p.217-255.

- Femenías ML. Juan de Huarte y la mujer sin "ingenio" en el examen de ingenios. En: Amorós C. Actas del Seminario Permanente Feminismo e Ilustración 1998-1992. Madrid: Dirección general de las mujeres de la comunidad de Madrid; 1992. p. 15-29.
- Fericgla J. La etnografía y el comportamiento no verbal. En: Aguirre A et al. Etnografía. Barcelona: Marcombo; 1995. p.151-159.
- Fernández E. La investigación en el currículo de enfermería. Grado de influencia y límites en la enfermería basada en la evidencia. Enferm. Clín 2002; 12: 182-7.
- Flaskerud JH, Halloran EJ. Areas of agreement in nursing theory development. ANS Adv Nurs Sci 1980; (3)1:1-7.
- Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata SL; 2004
- Fitzgerald M, Milberger P, Tomlinson P et al. Clinical nurse specialist participatioon a collaborative research projet: barriers and benefits. Clin Nurs Spec 2003; 17:40-49
- Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Amescua M, Osorio MU et al. La alimentación del acompañante del paciente hospitalizado. Enferm. Clin 2000; 10:3-8
- Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Amescua M, Osorio MU et al. La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Index enferm (Gran) 2002; Año XI (38): 18-22.
- Foucault M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI; 1984
- Foucault M. El discurso delpoder. Buenos Aires: Gandhi SA; 1985. p.175
- Foucaut M. Historia de la medicalización. En: la vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta; 1990. p. 121-152
- Fraga i Dies I. Desmotivación y enfermería: diagnostico del problema. Metas de Enferm 2001; 38(4):38-41.
- Frank CM, Elizondo T. Desarrollo histórico de la enfermería. México: Ediciones Copilco; 1987 p. 268.
- Freire, P. Pedagogy of the Oppressed London: Penguin Handmonsworth, 1972. p.31-70
- Frias A, Pulido A. Cuidadores informales del paciente en domicilio. Index Enferm (Gran) otoño 2001; Año X (34): 27-32.
- Galbraith JK. Organization design. Reading: Adisson-Wesley, 1977
- Galvez A, Lopez IM, Sanchez V et. al. Evaluación de la actividad científica de la enfermería española. Index Enferm (Gran) 2001; 10: 54-64.
- Galvez A, Publicaciones de enfermería en España. Index Enferm 1996; 5:17-21

- Galvez A, Publicaciones de enfermería en España. Rev ROL Enf 2001; 24: 355-359-
- Galvez A, Salido MP. Fuentes documentales de los artículos de enfermería. Revistas de enfermería citadas por las enfermeras. Enferm Científica 1999; 202-203: 69-73.
- García C, Martínez ML. La etapa profesional en España. En: García C, Martínez ML. Historia de la enfermería evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001 p185-190.
- García I, Calle J. Clima laboral en enfermería en un hospital de 3er nivel. Primer premio del XX Certamen Internacional de Enfermería de S. Juan de Dios. Univ. Pontificia de Comillas; 2000 (pendiente de publicación, disponible en la biblioteca del Hospital universitario "Virgen de las Nieves")
- García P, Canteras M, Santonja F, Cerezo San Martín, Huertas J, Ignoto MA. Imagen social de la enfermería. Rev Rol Enf 1997; 20 (220):31-7.
- García S, Calvo CH E. Historia de la Enfermería. Málaga: Textos Mínimos, Universidad de Málaga; 1992. p. 21
- Gastaldo D, McKeever P. Investigación Cualitativa ¿intrínsecamente ética?. Index Enferm (Gran) 2000; 28-9: 9-10.
- Gastaldo D, de Pedro J, Bover A. el reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional. Enferm clin. 2001; 11: 220-229
- Gill P. Difficulties in developing a nursing research culture in the UK. Br J Nurs 2004; 13: 876-879
- Glasser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research Nueva York: Aldine; 1967. p. 45-47
- Glasser BG. Theoretical sensitivity: advanced in the methodology of grounded theory. Nil Vallery, California: The sociology press; 1978.
- Goetz y Lecomte. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988. p. 66-100.
- Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1981.
- Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 1987
- Gómez C, Casares M, Cifuentes C et. al. Identidades de género y feminización del éxito académico. Madrid: Secretaría General Técnica del ministerio de Educación y Deporte; 2001. p.142.
- Gómez P. El curanderismo entre nosotros. Granada: Universidad; 1997.

- Gonzalez B. Desarrollar recursos humanos en Salud. En: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Álvarez C, Peiró S et. Al. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
- González de Haro D, Barquero A, Carrasco MC, García F, Sánchez JL, Mariscal MI. Desempeño profesional en Andalucía. Expectativas y dificultades en Enfermería. Rev. Rol Enf 2000; 23 (12): 888-894.
- Gonzalo E. Gestión clínica de los cuidados enfermeros. Conclusiones al taller de Trabajo. EASP-ANDE. Julio. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
- Gordon M. Nursing diagnosis: Proces and aplication. 3.^a Ed. Sant. Louis: Mosby; 1994.
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, Maclennan G, Ramsay C, Fraser C. Towar evidence and based quality improvement. Evidence and its limitations of the efectivenesses of guide line dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med 2006; (21)2: 14-20.
- Guasch O. La sociedad rosa. Barcelona: Anagrama; 1991
- Guiddens A. Agency, Institución, andtime-espase análisis. En: Knorr-Celina K. Cicourel AV. Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro and macro sociologies. Boston: Routlegde; 1981. p.161-174.
- Hammersley M. What's Wrong with Ethnography? London and New York: Routledge; 1992
- Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Pai-dós; 1994. p. 41-67.
- Hamilton A. La redacción eficaz: Guía del ejecutivo. New Cork: Institute Incorporated. Modern Bussines Reports; 1990.
- Hedin B. A case study of oppressed group behavior in nurses image. The Journal of Nursing Scholarship 1986; 18(2): 53-57.
- Heierle C. Cuidando entre cuidadores. Granada: Funación Index; 2004.
- Henderson V. The nature of Nursing. New York: MacMillan, 1964. p. 62-68.
- Henderson V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones veinticinco año despues. Madrid: Interamericana; 1994
- Hernandez CA, O'Brien-Pallas I. Validity and reliaility of nursing workload measurements systems: Revive of validity and reliability theory. Can J Nurs Adm 1996; 9(3): 32-50
- Hernandez J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico e los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana Mac Graw-Hill; 1995. p.75-140
- Hernandez J, Esteban M. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y métodos. Madrid: Mcgraw-Hill-Interamericana; 1999

- Hernández Landa L. Investigación Participativa: una propuesta para el desarrollo comunitario. Xalapa: Universidad Veracruzana; 1990
- Hernandez RM. La medición del producto enfermero. *Enferm Clín* 1995; 5: 29-34.
- Herrera X, Lobo-Guerero M Investigación participativa en Salud. Bogotá: Etnollano; 1990.
- Hodge BJ, et al. Teoría de la organización. Un enfoque estratégico. 5ª ed. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana SA; 1988.
- Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38 (6): 557-565
- Hubberman AM, Miles M. Data management and análisis methods. En: Denzin, Lincoln et al. *Handbook of cualitative research*. London: Sage Publications; 1994.p. 228-444.
- Huberman AM, Miles MB. Métodos para el manejo y el análisis de datos. En: Denman CA, Haro JA et. al. *Por los rincones. Antología de métodos Cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000. p. 253-30
- Hughes M. Nursing workload: an unquantifiable entity. *J Nurs Manag* 1999; 7(6): 317-322
- Icart T, García S et. al. Introducción y análisis estadístico en los originales publicados en dos revistas de enfermería y en dos de medicina (1995-1996). *Enferm Clin* 1999; 9: 55-60.
- Ignoto MA. La imagen social de las enfermeras. *Rev ROL Enf* 1997; 20(220) 13-37
- Janner G. Como presentar con éxito nuestras ideas a los demás. Bilbao: Deusto; 1985.
- Jewell M. Partnership in learning: Education as liberation. *Nursing and health care* 1994; 15(7): 360-364
- Jolley M. Out the Past. En: Jolley M, Brykcznska G et. al. *Nursing, its Hiddeen Agendas* London: Edward Arnold; 1993. p.1-21
- Jovell AJ. El silencio de los pacientes *Rev ROL Enf*. 1999; 22(7-8): 507-551
- Juárez L.M. La autonomía de los cuidados: competencias y responsabilidades en enfermería. *Enferm clín* 2002; 240-241: 48-5
- Kalish B, Kalisch P. *The advance of American Nursing*. Boston: Little Brown and Company; 1986.
- Kaapp M. La comunicación no verbal: El cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidos DL; 2001.

- Knight FH. Riskuncertainty and Profit. Houghton Mifflincompany. Cambridge: the Riverside Press; 1921
- Kavale S. Interviews: an introducción to qualitative research interviewing. Thosand Oaks: Sage; 1996
- Kendall J. Fighting back: promoting emancipation nursing actions. Advanced in Nursing Science 1992; 15(2):1-15)
- Klein JC. Interdisciplinari health care team. A hand book Germantow: Aspen Systemsn Corporati3n; 1979.
- Korda M. El poder en la empresa. Barcelona: Urano; 1988.
- Kottak CP. Antropología una exploraci3n de la diversidad humana. Metodos de campo. Madrid: Macgraw-Hill; 1994. p. 19-31
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª ed. Madrid: McGraw Hill. Interamericana; 2004 p. 38-47.
- Kozier B, Erb G, Blais K. influencias históricas y sociales en enfermería. En: Kozier B. Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería. Mexico: MacGraw-Hill-Interamericana, 1995. p 39-49.
- Kreguer RA. El grupo de discusi3n. Guía práctica para la investigaci3n aplicada. Madrid: Pirámide; 1998. p. 34-65.
- Kunn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE; 1975
- Laqueur TH. La construcci3n del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra; 1994.
- Larson J, Soholt D, Friestad C. Utization of nursing diagnosis in South Dakota. Filadelfia: J.B Lipingcot company; 1997. p. 262-263.
- Leininger M. Nursing an Antropology: Two Worlds to Blend. New York: John Wiley; 1970.
- Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes, requiere el conocimiento y las actitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados 1999; 5: 5-8
- Leininger M. Culture care theory: a majorcontribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Trascult Nurs 2002,13(3): 189-192
- Lopez J. Orientaci3n de la producci3n científica enfermera. Rev Nursing 2003; 21(4): 49-57
- López J. Propuestas para el desarrollo profesional. Enferm. Clín, 2000; 3(10): 32-36.

- Lopez SR, Gala B, Rodríguez S, Rodríguez F. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de enfermería/Primavera 2007*, Año XVI (56): 7-9
- Luis MT, Fernandez C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros: un instrumento para la práctica asistencial. 3º ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998
- Lunardi V L. Relacionando enfermagem, género e formacao disciplinar. *Revista Brasileira de Enfermagem Brsilia* 1993; (3):286-295.
- Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. Are submissive nurses ethical? A reflection on power anorexia. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2002; 55(2): 183-188.
- Lunardi V. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. UFSC/UFPeL. Florianópolis: Editoras Universitarias; 2000.
- Malinowski B. Los Argonautas del pacífico occidental. Barcelona: Península; 1922.
- Malinowski B. Los Argonautas del Pacífico Occidental. Barcelona: Península; 1975
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358:483-8.
- Maña M, Mesas A, González E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enferm Clín* 1991; 7:135-140.
- Mariano L. La autonomía de los cuidados: competencias y responsabilidades en enfermería. *Enferm. Clín.* 2002; 240-241: 48-51.
- Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona: Ed. Rol. 1989.
- Marriner A. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En: Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Rol SA, 1989.
- Martín A. Antropología del Género. Culturas mitos y estereotipos sexuales. Madrid: Cátedra; 2006. p.19-69.
- Martín E, García F, Asenjo A. Diagnósticos de enfermería. Estrategias de implantación. *Rev Rol Enf* 1997; 225:57-62.
- Martínez A. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: Perdiguero E, Comelles JM (eds). *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 249-274.
- Martínez A. Naturaleza, cultura, enfermedad. Una crítica antropológica del modelo biomédico. *Trabajo social y salud* 2000; 40: 199-230

- Martínez A. Eficacia simbólica, eficacia biológica. Rev ROL Enf 1992; 172: 61-67.
- Martínez CV, Napoine ME. Identidad Enfermería. Perspectivas psicoanalíticas. Rev Rol Enf.1996;19(217):27-31
- Martínez JM. Reflexiones sobre el desarrollo profesional a propósito del Día Internacional de las Enfermeras. Rev ROL Enf 2005; 28(4): 255-264.
- Martínez JR. Enfermería denominación de origen. Index Enferm (Gran) invierno 1997; 19(VI):7-9
- Martínez Riera Riera JR. Enfermería sencillamente complicado. Reflexiones sobre el desarrollo profesional. Rev ROL Enf 2005; 28(4): 255-264.
- Martínez Riera JR. Enfermería denominación de origen. Index Enferm (Gran) Invierno 1997; 6(19):7-9
- Masterman L. La enseñanza de los medios de comunicación. Madrid: Ediciones de la Torre; 1993.
- Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000; 320:50-2
- McCloskey Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Mosby; 2004
- Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universidad de Barcelona, 2005.
- Menéndez A, Medina RMª. Ausencia y primor: "Mujer", tecnologías médicas e identidad nacional en el discurso visual de NO-DO. En: Amador P, Ruiz R, et al. X Coloquio Internacional de la AEIHM. Representación, construcción e interpretación de la imagen visual de las mujeres. Madrid: Instituto de Cultura y Tecnología «Miguel de Unamuno»; 2003. p. 395-403.
- Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia, Franco et al. La salud de los trabajadores. Mexico: Nueva imagen; 1978. p.11-53
- Mercado FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica. México: Universidad de Guadalajara; 2000. p. 47-72.
- Miege B. La sociedad conquistada por la comunicación. Barcelona: ESR-PPV; 1992
- Minayo C. El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
- Mintzberg. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1984.
- Moorhead S, et al. Clasificación de Proyecto Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Mosby; 2004.

- Morales JM, del Rio S, Perol FJ, Gonzalo E, Martin FJ, Morilla JC. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. Evidentia [serie en internet] 2005 enero-abril [citada 12 julio 2007], 2(49). Disponible en: <http://www.index.com/evidentia/n4/97articulo.php>
- Moreno M. La investigación enfermera reclama un cambio social. Tribuna Médica 2000; 5: 15-18
- Morse JM. Qualitative Healt Research. Newbury Park: Sage Publications; 1994
- Morse JM et al. Critical Issues in Qualitative Research Methods. Newbury Park: Sage Publications; 1994a.
- Muff J et al. Socialization, sexism and stereotyping: Women's issues in nursing. St. Louis: Mosby; 1982
- Murphy E., Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. Health Technol Assessment 1998; 2(16).
- Musitu G, Psicología de la comunicación humana. Buenos Aires: lumen; 1993.
- NANDA Internacional. Definiciones y Clasificación de diagnósticos enfermeros. 2005-2006. Madrid: Elsevier. 2005
- Nauderer TM, Lima MA. Nurse's: review of the literature. Rev Bras Enferm 2005; 85(1): 74-7.
- Newman M. The mucus of the discipline of nursing. Adv Nur Sc 1991, 14:1-6.
- Nightingale F. Notas de Enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
- O'Brien-Pallas I, Kokerill R, Leatt P. Different systems, diferents costs? An examination of the comparability of workload measurement sistems. J Nurs Adm. 1992; 22(12): 17-22
- Oren DE. Nursing Concepts of practice. New Cork: McGraw Hill, 1980.
- Orozco G. Televisión y audiencias, un enfoque cualitativo. Madrid: ediciones de la Torre/ Universidad iberoamericana; 1996.
- Ortega MC. De ATS a diplomado en enfermería, Rev ROL Enf 2002; 25(9): 576-581.
- Ortíz T. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo C, et al. Perspectivas de género en salud. Madrid: Biblioteca Nueva- Minerva; 2001. p. 39-61
- Ortner SB. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En: Harris O, Young K, et al. Antropología y feminismo. Barcelona: Anagrama; 1979. p. 116.

- Oswald Wernery, Russell Bernard. Muestreo etnográfico. CAM 1994; 6(2):7-9.
- Ouchi WG. Theory Z: How Americans Business Can Meet Japanese Challenge. Addison-Wesley; 1981.
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic buyets: a sistematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal 1995; 153(10): 1423-1431
- Parsons T. Profesiones Liberales. Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales. Vol 8. Madrid: Aguilar; 1979.
- Parsons T. El sistema de sociedades modernas. Mexico: Trillas;1987
- Paul S, Peterson CQ. Interprofessional Collaboration: Issues for practice and research. Occup the health Care 2001; 15:1-12
- Pauzé E. Techniques d'entretien et d'entrevue. Mon-trroyal: Modulo; 1986.
- Pedro J.E, Morales J. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan? una práctica enfermera basada en la evidencia. Index Enferm (Gran) 2004; 44-45:26 -31.
- Peiró JM. Organizaciones: Nuevas perspectivas psicosociológicas. Barcelona: PPU; 1990. p.159-160.
- Pella M. Editorial. Rev Nursing 2003; 21(3): 6.
- Pella M. La formación enfermera en el espacio de educación superior. Nursing 2007; 25(3): 58-66
- Peña M. La psicología y la empresa. Barcelona: Ed Hispano europea SA; 1985.
- Pereña F. Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Delgado JM y Gutiérrez J. Madrid: Síntesis; 1994.p. 465-479.
- Picard D. Del código al deseo. El cuerpo en la relación social. Buenos Aires: Paidós; 1986. p.103-115.
- Picio A. Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social. En: Carrasco C. Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para nuevos y viejos problemas. Barcelona: Icara; 1997. p .201-219
- Porters S. A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. J Adv Nurs. Jun 1991; 16(6): 728-35
- Quero A Los cuidadores informales en el hospital: La mujer cuidadora. Enferm Clín 2003; 13(16): 348-356.
- Quijano S. Organizaciones. Barcelona: Bardenas, 2000. p.194-195.
- Quintana M, Lafuente JM. Reserva profesional de enfermería. Un análisis cualitativo en la provincia de Barcelona. Rev. ROL Enf. 2000; 189: 66:-7

- Ramírez A. Nuevas tecnologías y terminología enfermera. *Enferm Clín* 2005; 15(2): 119-20
- Renedo P, Canteros M, Santonja M, et al. Imagen social de la enfermería encuesta al usuario. *Rev ROL Enf* 1989; 130:31-37.
- Richard M. Estado de la producción científica de la enfermería española I. *Index Enferm (Gran)* 1999; 8: 19-24
- Rigol A. Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino. *Cultura de los cuidados* 2003; año VII (4): 21-27,
- Rigol A. El marco Conceptual Enfermero: pasado o presente. *Presencia* [serie en internet] 2005 ene-jun [citado 10 abril 2006]; 1(1): [aprox 5 p]. Disponible en <<http://www.indexf.com/presencia/n1/6articulo.php>>
- Roberts, S.J. Oppressed Groups: Implications for Nursing. *Advances in Nursing Science* 1983; 5(7):21-30.
- Rodríguez del Castillo M, Rodríguez del Aguila MM, Herrera C, Quero A, Sanchez C, Aguayo E. Hábitos de lectura en Enfermería. Estudio en un hospital de Granada. *Rev ROL Enf* 2006; 29(3): 179-182
- Rogers M. *An introduction to theoretical basis of nursing*. Filadelfia: FA Davis; 1970.
- Romero MN. El Saber y las Prácticas Médicas Tradicionales: una estrategia de articulación para el desarrollo de la atención primaria en salud, departamento de Boyacá. *Perspectiva Salud-Enfermedad* 1996, 11(1): 39-49.
- Romo N. La influencia del género en los nuevos usos de drogas de síntesis. Tesis de Doctorado. Universidad de Granada, 2000.p.116
- Rosaldo M. *Mujer cultura y sociedad: una visión teórica*. En: Harris O, Young K. *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama; 1979. p153-180.
- Rosen G. *De la policía médica a la medicina social*. Mexico: Siglo XXI,1974.
- Rubio J. Valores. En: Aguirre A et. al. *Diccionario Temático de Antropología*. Barcelona: Marcombo; 1993. p. 651-659.
- Ruiz D. ¿A que nos referimos cuando hablamos de gestión clínica?. *Inv. Clin. Farm.* 2004; Vol.1 1(4): 24-34.)
- Ruiz J. Incertidumbre, relaciones de agencia y asimetría de información. *Rev ROL Enf* 1999; 22(4): 250-256)
- Russel H, KillWorth P, Kronenfeld D, Salier L. El problema de la exactitud de los informantes. La validez de los datos retrospectivos. *Annual Review of Antropology* 1984; 13: 495-517.

- Salinas L. La construcción social del cuerpo. En REIS 1994; 68: 85-96
- Salvador AL, López R, Serrano J, et al. Imagen del profesional de enfermería en la sociedad actual. Enferm Científica 1988; junio (75): 10-18.
- Sanchez L. La desmotivación causa del alto índice de abandono profesional. Notic. Enfer. 1999; 22: 6-21
- Sanmartin R. Observar, escuchar, comparar escribir. La práctica de la investigación cualitativa. Barcelona: Ariel; 2003. p. 81.
- San Martin L, D'Amour D, Ferrera M. la colaboración entre los profesionales de la salud. Rev ROL Enf 2006;29(6): 425-430
- Santamarina C, Marinas JR. Historias de Vida e historia oral. En: Delgado JM. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Antropología; 1998. p. 257-285
- Santón, N. Las técnicas de comunicación en la empresa. Bilbao: Deusto SA.; 1989.
- Scout J. El género una categoría útil para el análisis científico. En Nash M, Amelang J, et al. Historia y género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Alfons el Magnanim; 1990 p 24-56
- Schein E.H. La Cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica. Barcelona: Plaza y Janés; 1988.
- Schein E.H. Psicología de las organizaciones. Mexico DF: Prentice-hall; 1988. p. 21-22.
- Siles J, Garía E, Cibanal L, Gallardo Y, Lillo M. La enfermería en el cine. Imagen durante la guerra civil Española. Rev ROL Enf. Diciembre 1998; 224 (25-31).
- Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enferm Clin 1997; 4(7): 188-194.
- Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index Enferm [serie internet] 2005 [citado julio 2007]; 50:7-8. disponible en: <http://www.index.f.com/index-enfermeria/sorevista /5196.php>.
- Siles J. Antropología y enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para bertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index Enferm (Gran) 2003;43: 28-32
- Stolcke V. ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? Rev Mientras Tanto 1992; 48:87-111.
- Strauss y Corbin. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: facultad de enfermería de la universidad de Antioquia; 2002
- Strauss y Corbin. Introduction to qualitative research. Grounded theory

- procedures and tecnicas. Beverli hills: Sage; 1990
- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
 - Teixidor M. Ya en el siglo XXI. Un nuevo liderazgo en ciencias de la salud. Rev ROL Enf 2004; 27(1): 72
 - Tomás Vidal A. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario. Enferm Clín 1998; 3 (9):121-127.
 - Tonpson S. Agency costs of internal organisations. En: Thopson S & Wright M. Internal organisations Efficiency and profit. Oxford and Neww Jersey: Philip Allan Publishers L.; 1988,65-66
 - Tranbanger G. ¿Dónde están los hombres? (Editorial) Nursing ed Esp 2004; 22(2) 45-47
 - Turner BS. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México: Fondo de cultura económica; 1989. En: Navarro M. Comprender el cuerpo de la mujer. Pamplona: Verbo Divino; 1996. p. 187-212.
 - Tylor EB. Cultura Primitiva. Madrid: Azuso; 1976
 - Uriz J. La subjetividad en la organización. El poder más allá de las estructuras. Madrid: Siglo XXI; 1994. p. 11.
 - Valiño C, Pedre M, Pita MC. Imagen social de la enfermera, un vistazo al espejo público. Enferm Cien 2005; marzo abril (267-277): 19-23
 - Van Dijk TJ. El discurso como estructura y proceso. Barcelona: Gedisa; 2000.
 - Vazquez MA, Casals JL, Aguilar P. et al. Percepción por el usuario de la imagen de la enfermería. Enferm Clínica 2000; 3 (7): 105-111
 - Velasco H de, Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta; 1997. p. 35.
 - Verdú V. El personismo. Presencia [Serie internet] 2006 [citado 15 enero 2006] ene-jun, 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/43articulo.php>
 - Vesperi MD City of Green Benches. Ithaca: Cornell University Press; 1985.
 - Vilaño C, Pedre M, Pita MC. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. Enfermería Científica 2005; 276-277: 19-23
 - Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Interrelaciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder; 1983.
 - Wittemore R, Chasse SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. Qualitative Health research 2001; 11(4): 522-537
 - Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Cambio. Barcelona: Herder; 1992.

- Wolf M. Sociología de la vida cotidiana. Madrid: Cátedra; 1982.
- Wuest J. Breaking The barriers To nursing research. The Canadian nurse 1995; 91:29-33
- . Zabalegui A. Visión general sobre la investigación enfermería. Metas de Enferm 2002; 43:12-15.
- Zalernick A. Power and Politics in Organizacional Life. Harvard Review Business 1970; 3:48
- Zapico F, Andrian J. ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. Rev. Rol Enf 2003; 26(2): 104.

La bibliografía se ha referido según los requisitos de uniformidad para manuscritos en Ciencias Biomédicas que se señalan en las Normas de Vancouver del 2006. Aunque en estas normas se propone señalar las referencias en el texto con un número correlativo, en el caso de esta tesis, para facilitar su identificación las hemos reseñado con el primer apellido del autor y el año de su obra

8. ANEXOS

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS DEL ÁMBITO DE ESTUDIO. LA POBLACIÓN, MISIÓN Y ESTRUCTURA GENERAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

I/I: Características hospital

I/II Características centros de salud

I/III: Misión del Servicio Andaluz de Salud

III: CARACTERÍSTICAS HOSPITAL "VIRGEN DE LAS NIEVES"

POBLACIÓN: CONTRATO PROGRAMA A EFECTOS DE FINANCIACIÓN 2004		
Abreviatura	Área geográfico-sanitaria	Habitantes
AHN	Área Hospitalaria Norte	442.523
GRANADA	Provincia Sanitaria de Granada.	884.206
REGIÓN	Región Hospitalaria Granada-Almería	1.395.154

FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. CONTRATO PROGRAMA 2004, p 2

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN AÑO 2006	
CAMAS (utilizada ponderada)	923
INGRESOS (desde Admisión)	37.953
ESTANCIAS	276.096
Estancia Media	7,27
Porcentaje de Ocupación	81,92
Índice de Rotación	41,10
Frecuentación	857,65
% Ingresos programados	46,16
INGRESOS URGENTES	20.434
INTERVENCIONES AMBULATORIA	17.462
INTERVENCIONES TOTALES	33.976
POBLACIÓN	442.523

Fuente: Cuaderno de Mando electrónico Enero 2007 (V20070223). Unidad Sistemas de Información Página 3-5

RECLAMACIONES PRESENTADAS		RECLAMACIONES SEGÚN PERSONAL AFECTADO		POR TRATO PERSONAL INADECUADO (SEGÚN PERSONAL AFECTADO)
COLECTIVO	0	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2	
FAMILIAR	8	ENFERMERA	10	3
OTROS	3	MÉDICO	58	6
USUARIO	90	EQUIPO DIRECTIVO	5	
TOTAL	180	NINGÚN ESTAMENTO	3	
		OTROS PERSONAL	38	
		PERSONAL DE OFICIO	1	
		ADMINISTRATIVO	8	1
		CELADORES	1	

listado sacado el día 2.02.07; Cuaderno de Mando electrónico

III CARACTERÍSTICAS CENTROS DE SALUD

CENTRO DE SALUD DE MARACENA

Zona: Urbana

Enfermeras 6/ Enfermeros 1/ Supervisora 1/Médicos 4

Servicios: Consulta y atención domiciliaria

CENTRO DE SALUD LAS FLORES

Zona: Pueblo del cinturón metropolitano.

Enfermeras 6/ Enfermeros 2/ Supervisor 1/Médicos 4

Servicios: Consulta y atención domiciliaria

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

NIVEL DE ESTUDIOS	ÁREA GRANADA NORTE	ÁREA SANTA FE
Analfabetos	7.048	4.761
Sin estudios	46.692	22.401
EGB 1º	38.964	17.307
EGB 2º	33.566	10.791
FP y BUP	26.519	5.139
Título Medio	11.889	1.398
Título Superior	11.659	766

Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2000

I/III MISIÓN DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) es un Organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Forma parte del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), desde su creación en 1986.⁶³

Sus competencias y funciones vienen reguladas por la **Ley 2/1998 de 15 junio**, de Salud de Andalucía, y los preceptos en vigor de la **Ley 8/1986 de 6 de mayo** de creación del Servicio Andaluz de Salud.

MISIÓN

Su MISIÓN es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

MARCO DE REFERENCIA

Ley 2/1998 de Salud de Andalucía

III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 Plan de Calidad del SSPA

Plan Estratégico del SAS

El SAS dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El primer nivel de atención es la **Atención Primaria de Salud** que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos.

Existen 1.452 centros de Atención Primaria, de manera que todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar.

⁶³ Datos obtenidos de la Web del Servicio Andaluz de Salud: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El segundo nivel, de **Atención Especializada**, se atiende los pacientes que precisan de hospitalización, dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos.

El SAS cuenta con 29 hospitales, distribuidos por toda la geografía andaluza.

ORGANIZACIONES ESPECÍFICAS

Además, existen siete **Áreas de Gestión Sanitaria** modelo de organización de gestión unitaria de los niveles de Atención Primaria y de Especializada, en una demarcación territorial específica.

Los **Centros de Transfusión Sanguínea** configuran una red específica con el fin de asegurar la disponibilidad de componentes sanguíneos y la correcta preservación de tejidos.

Otras áreas de atención tienen una organización especial dada sus peculiaridades:

Programas de Salud Mental

Coordinación autonómica de Trasplantes

Atención a Urgencias y Emergencias

Para el SAS, el ciudadano es el centro y protagonista del Sistema Sanitario Público Andaluz. Para ello, desarrolla estrategias como la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios, la libre elección, el desarrollo de nuevos derechos sanitarios, una mayor transparencia ante el ciudadano y su participación.

Para facilitar esta tarea, el SAS cuenta con **SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO (SAU)** en todos los centros de salud y hospitales.

OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL SAS

A partir de la consideración estratégica de situar al ciudadano como centro del sistema sanitario, se comenzó en el año 1999, a realizar las encuestas de satisfacción de usuarios, con la finalidad de medir y analizar las percepciones que los ciudadanos

y usuarios tienen sobre la situación general y sobre las prestaciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud.

Las encuestas de satisfacción son un trabajo de investigación social aplicada que el Servicio Andaluz de Salud encarga, a través de un convenio de colaboración, al Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Desde 1999, cada año se realizan **encuestas de satisfacción de usuarios** Centros de Atención Primaria y Hospitales del SAS. Y desde el año 2002 en Consultas Externas de Atención Especializada.

Así mismo se ha puesto en marcha en enero de 2003, en todos los hospitales y accesibles a todas las personas hospitalizadas, las encuestas autocumplimentables, que permiten la valoración de la atención hospitalaria por parte de los pacientes.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta en su plantilla con 82.070 profesionales para atender su red asistencial: 20.145 en atención primaria y 61.925 atención especializada. (Datos a 1 de enero de 2006)

Decreto 241/2004 de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta con los siguientes centros directivos :

Dirección-Gerencia.

Secretaría General.

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional

Dirección General de Gestión Económica.

ANEXO II

DISTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA PROVINCIA DE GRANADA

II/I: Distribución en hospitales ámbito de estudio

II/II: Distribución en centros de salud ámbito de estudio

II/III: Distribución por provincias en Andalucía

ANEXO III/II	DISTRIBUCIÓN ENFERMEROS DE HOSPITALES			
	H. VIRGEN DE LAS NIEVES GRANADA	H. SAN CECILIO GRANADA	H. GENERAL SANTA ANA MOTRIL	H. GENERAL BAZA
TOTAL	1358	710	203	185
MUJERES	882 64.94 %	562 79.15 %	153 75.37 %	140 75.68 %
HOMBRES	476 35.06 %	148 20.85 %	50 24.63 %	45 24.32 %

ANEXO III/II	DISTRIBUCIÓN ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA		
	GLOBAL	LAS FLORES	MARACENA
TOTAL	497	6	8
MUJERES	330 66.40 %	5	5
HOMBRES	167 33.66 %	2	2

DATOS DEL RESTO DE ANDALUCÍA

ANEXO III/III	DISTRIBUCIÓN EN ANDALUCÍA POR PROVINCIAS EN LOS GRANDES HOSPITALES PÚBLICOS Y AP		
	GÉNERO	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN PRIMARIA
ALMERÍA	MUJERES	796	180
	VARONES	222	142
CÁDIZ	MUJERES	1527	343
	VARONES	674	231
CÓRDOBA	MUJERES	1330	304
	VARONES	332	140
HUELVA	MUJERES	796	180
	VARONES	222	142
JAÉN	MUJERES	997	154
	VARONES	286	132
MÁLAGA	MUJERES	1891	469
	VARONES	688	225
SEVILLA	MUJERES	2810	652
	VARONES	1001	305
GANADA	MUJERES	1550	460
	VARONES	690	240

Fuente: Sindicato SATSE (2002). Datos aproximados, no coinciden con los del 2002 del colegio de enfermeras, pero son similares.

El SAS no diferencia sexo e sus cifras. En 2007 el sas tiene contratados 19799 enfermeras/os; 14.859 en hospitales y 4940 en AP. (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal).

ANEXO III

PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS

III/I: Perfil supervisoras /es

III/II: Perfil enfermeras/os de hospitalización

III/III: Perfil enfermeras/os de servicios especiales del hospital

III/IV: Perfil enfermeras/os de atención primaria

III/V: Perfil médicos de hospitales y atención primaria

III/VI: Perfil pacientes hospitalizados y domiciliarios

III/VII: Perfil gestores.

ANEXO III/ I**PERFIL DE SUPERVISORAS/ES (S) ENTREVISTADOS EN HOSPITALES
(HVN Y HSC) Y CENTROS DE SALUD (AP/CSLF Y AP/CSM)****HVN-S 1. SUPERVISORA HOSPITAL PLANTA QUIR**

Experiencia profesional > 20 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Jaén

Recorrido profesional: Planta de espiratorio y de M. Interna

Laboratorio

Planta de C. Torácica

Lugar de la entrevista: Su despacho

Duración de la entrevista: 1h 12" (Una sola vez). Grabada: SI. Previa cita: SI

HVN-S 2 SUPERVISORA HOSPITAL PLANTA QUIR

Experiencia profesional > 20 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: No

Recorrido profesional: Planta de C, Vascular

Planta de M. Interna

Planta de C. Urología

Lugar de la entrevista: 1 Su despacho, 2 sala de estar enfermeras

Duración de la entrevista: Dos ocasiones, 1h la primera y 45" la segunda

Grabada: NO. Previa cita: NO (No fue posible por alegar estar ocupada. de forma improvisada)

HVN-S 3 SUPERVISORA HOSPITAL SERVICIO ESPECIAL

Experiencia profesional 35 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Madrid, Almería

Recorrido profesional: H. Materno-infantil

Planta de M. Interna

Experiencia en gestión (jefa de bloque de servicios comunes)

Laboratorio de análisis clínicos

Laboratorio de hematología

Medicina Nuclear

Lugar de entrevista: Despacho. Duración de la entrevista: 1h (Una sola vez). Grabada: SI. Previa cita: SI

HVN-S 4. SUPERVISORA HOSPITAL PLANTA MED

Experiencia profesional > 20 años.

Recorrido profesional: UVI y cardiología

Lugar de la entrevista: Planta y pasillos

Lugar entrevista: despacho planta. Duración de la entrevista: 65 min. Grabada: SI. Previa cita: SI

AP/CSM-S 5 SUPERVISOR AP

Experiencia profesional 15 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: SI

Recorrido profesional: Formación hospitalaria, experiencia docente y de gestión.

Lugar de la entrevista: Su despacho en el centro de salud

Duración de la entrevista: 35 min. Grabada: SI. Previa cita: SI

AP/CSLF-S 6 SUPERVISORA AP

Experiencia profesional > 25 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Madrid, Málaga.

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Planta de Cirugía

Quirófano y reanimación y UVI

Atención primaria

Lugar de la entrevista: Colegio de enfermeras. Duración de la entrevista: 1h. 10min. Grabada: SI. Previa cita: SI

HSC-S 7 SUPERVISORA HOSPITAL PLANTA QUIR

Experiencia profesional > 25 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada

Recorrido profesional: Medicina interna
Plantas quirúrgicas
Estomoterapeuta
Supervisora

Lugar de la entrevista: Su despacho en la planta

Duración de la entrevista: 69 min (más 15 min sin grabar). Grabada: SI. Previa cita: SI

HSC-S 8 SUPERVISORA HOSPITAL PLANTA MED

Recorrido profesional: 16 años

Recorrido profesional: Medicina interna
Centro de salud
ORL
Enfermera de enlace

Lugar de la entrevista: Su despacho en la planta

Duración de la entrevista: 65 min. Grabada: SI. Previa cita: SI

ANEXO III/II

PERFIL ENFERMEROS (H) Y ENFERMERAS (M) DE HOSPITALIZACIÓN (HVN Y HSC) ENTREVISTADOS

1 HVN-M 1 ENFERMERA HOSPITAL (Planta QUIR)

Experiencia profesional 27 años, Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Madrid , País Vasco, Palencia.
Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Supervisora M. interna hace 10 años

Planta de Cirugía en la actualidad

Lugar de la entrevista: Accede a venir una tarde a mi despacho.

Duración de la entrevista: 58min 11" Grabada: SI. Previa cita: SI

2 HVN-M 2. ENFERMERA HOSPITAL (Planta QUIR)

Experiencia profesional 19 años Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: En provincias andaluzas

Recorrido profesional: Plantas de M. Interna y respiratorio

Plantas de Cirugía vascular y torácica en la actualidad

Lugar de la entrevista: Despacho de la supervisora de la planta, dos veces más en el pasillo de la planta de forma improvisada junto a otras compañeras. Duración de la entrevista: 55". Grabada: SI. Previa cita: SI

3 HVN-M 3 ENFERMERA HOSPITAL: (Planta MED)

Experiencia profesional 15 años Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Madrid , Almería.

Recorrido profesional: Planta de digestivo

Laboratorio de hematología

Hospital de día oncológico en la actualidad

Lugar de la entrevista: Sala de estar de enfermeras. Duración de la entrevista: sin interrupción.

Grabada: NO. Previa cita: NO. (siempre estaba ocupada y se improvisó)

4 HVN-H 1 ENFERMERO HOSPITAL: (Planta QUIR)

Experiencia profesional 12 años. Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Sin datos

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Centro de salud

Planta de Urología, cuando le hice la entrevista.

Planta de Cirugía general actualmente

Lugar de la entrevista: Un despacho de médicos en la planta. Duración de la entrevista: 1h 20" (con dos interrupciones porque entraba gente en el despacho). Grabada: SI. Previa cita: NO, fue improvisada

5 HVN-H 2 ENFERMERO HOSPITAL: (Planta QUR)

Experiencia profesional 22 años

Recorrido profesional: Planta de M. Interna, cirugía general Y oftalmológica.

Experiencia de supervisor varios años

Planta de ORL en la actualidad

Lugar de la entrevista: Sala de sesiones clínicas de la planta y sala de curas.

Duración de la entrevista: 56 min 30" en dos veces consecutivas. Grabada: SI. Previa cita: SI

6 HVN-H 3 ENFERMERO HOSPITAL: (Planta MED)

Experiencia profesional 28 años

Recorrido profesional: Planta de M. Interna, UVI y laboratorio

Experiencia de supervisor varios años

M. Interna en la actualidad

Lugar de la entrevista: Mi despacho. Duración de la entrevista: 50". Grabada: SI. Previa cita: SI

7 HVN-H 4 ENFERMERO HOSPITAL: (Planta MED)

Experiencia profesional: 25 años Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Almería , rural en la alpujarra.

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Planta traumatología y servicio de Urgencias.

Lugar de la entrevista: Cafetería hospital.

Duración de la entrevista: 35 min (sin interrupción). Grabada: SI. Previa cita: No

8 HSC-M 7 ENFERMERA HOSPITAL (Planta MED)

Experiencia profesional: 19 años

Recorrido profesional: Laboratorio y consultas

M. Interna en la actualidad

Lugar de la entrevista: despacho de la supervisora

Duración de la entrevista: 45 minutos. Grabada: SI. Previa cita: No

9 HSC-M 8 ENFERMERA HOSPITAL (Planta QUIR)

Experiencia profesional: 15 años

Recorrido profesional:

Medicina interna

Servicio de atención al usuario

Cirugía en la actualidad

Lugar de la entrevista: sala de curas (no había otro sitio libre). Duración de la entrevista: 65 min.

Grabada: SI. Previa cita: No

10 HSC-H 9 ENFERMERO HOSPITAL (Planta MED)

Experiencia profesional: 14 años

Recorrido profesional: RX, UVI y Urgencias

Liberado sindical 2 años

M. Interna en la actualidad

Lugar de la entrevista: despacho de la supervisora

Duración de la entrevista: 45 minutos (tenía prisa). Grabada: SI. Previa cita: No

ANEXO III/III

PERFIL ENFERMEROS (H) Y ENFERMERAS (M) DE SERVICIOS ESPECIALES (SE) ENTREVISTADOS (UNIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)

11 HVN/SE-M 4 ENFERMERA SERVICIO ESPECIAL

Experiencia profesional 22 años

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Consultas externas del H. Materno-infantil.

Urgencias

Lugar de la entrevista: Mi despacho. Duración de la entrevista: 40' sin interrupción.

Grabada: SI. Previa cita: SI

12 HVN/SE-H 5 ENFERMERO SERVICIO ESPECIAL

Experiencia profesional > 20 años

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Planta oncología

Hemodiálisis

Urgencias

Lugar de la entrevista: Mi despacho. Duración de la entrevista: 55' sin interrupción.

Grabada: SI. Previa cita: SI

13 HVN/SE-H 6 ENFERMERO SERVICIO ESPECIAL

Experiencia profesional 22 años Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: SI

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Planta Urología

UVI

Sindicalista liberado desde hace varios años

Lugar de la entrevista: Aula de la EUE. Duración de la entrevista: 60` 25" sin interrupción.

Grabada: SI. Previa cita: SI

ANEXO III/IV

PERFIL ENFERMERAS /OS CENTROS DE SALUD ENTREVISTADOS

14 AP/CSLF-M 5 ENFERMERA AP

Experiencia profesional 14 años Ha trabajado fuera de la provincia de Granada: Rural

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Materno- infantil

Trauma

Reanimación

UVI

Lugar de la entrevista: Aula EUE. Duración de la entrevista: 57'' sin interrupción.

Grabada: SI. Previa cita: SI

15 AP/CSLF-M 6 ENFERMERA AP

Experiencia profesional 9 años. Solo Atención Primaria

Recorrido profesional: otro centro de salud

Lugar de la entrevista: Despacho centro de salud. Duración de la entrevista: 43'31" sin interrupción.

Grabada: SI. Previa cita: SI

16 AP/CSLF-H 7 ENFERMERO AP

Experiencia profesional 22 años. Ha trabajado en el antiguo SEDUR

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Ambulatorio

Atención primaria

Lugar de la entrevista: Despacho centro de salud.

Duración de la entrevista: 1h 28' Con interrupción en medio. Grabada: SI. Previa cita: SI

17 AP/CSM-M 9 ENFERMERA AP

Experiencia profesional 22 años

Recorrido profesional: Planta de M. Interna

Atención primaria.

Lugar de la entrevista: Despacho centro de salud.

Duración de la entrevista: 40' sin interrupción. Grabada: SI. Previa cita: SI

18 AP/CSM-M 10 ENFERMERO AP

Experiencia profesional 13 años

Recorrido profesional: Atención primaria y hospital

Lugar de la entrevista: Despacho centro de salud

Duración de la entrevista: 56 min. Grabada: NO. Previa cita: NO

19 AP/CSM-H 10 ENFERMERA AP

Experiencia profesional > 10 años

Recorrido profesional: Atención primaria y hospital.

Lugar de la entrevista: Despacho centro de salud

Duración de la entrevista: 44'. Grabada: SI. Previa cita: SI

ANEXO III/V**PERFIL MÉDICOS (Dr) ENTREVISTADOS****HVN-Dr 1 HOSPITAL**

Experiencia profesional 19 años.

Especialidad: Cirujano. Lugar de la entrevista: Su despacho de la planta. 27 mayo, 18 h

Duración de la entrevista: 58´ 59" sin interrupción. Grabada: SI. Previa cita: SI

HVN-Dr 2 HOSPITAL

Experiencia profesional 20 años

Especialidad: Digestólogo. Puesto: Jefe de sección

Lugar de la entrevista: Consulta. 9,30 h

Duración de la entrevista: sin interrupción 6. Grabada: SI. Previa cita: SI

HVN-Dr 3 HOSPITAL

Experiencia profesional 24 años

Especialidad: Servicio de apoyo diagnóstico. Lugar de la entrevista: Su despacho de la unidad. 13h

Duración de la entrevista: 45´ sin interrupción. Grabada: NO. Previa cita: No

H/VN-Dr 4 HOSPITAL

Experiencia profesional 11 años

Especialidad: Cardiólogo

Lugar de la entrevista: consulta

Duración de la entrevista: 30´ sin interrupción. Grabada: Si. Previa cita: Si

AP/CSM-Dr 5 CENTROS DE SALUD

Experiencia profesional 21 años

Especialidad: Médico de Familia. Lugar de la entrevista: Su despacho en el centro de salud. 14 Horas (al finalizar la consulta)

Duración de la entrevista: 56´ 48" sin interrupción. Grabada: SI. Previa cita: SI

AP/CSLF-Dr 6 CENTROS DE SALUD

Experiencia profesional 18 años

Especialidad: Médico de Familia (puesto directivo). Lugar de la entrevista: Su despacho en el centro.

Duración de la entrevista: 56´ 48" sin interrupción. Grabada: NO. Previa cita: NO

HSC-Dr 7 HOSPITAL

Experiencia profesional: 19 años.

Puesto: Cirujano. Lugar de la entrevista: Despacho de la planta.

Duración de la entrevista: 58´ 59" sin interrupción. Grabada: SI. Previa cita: SI

HSC-Dr 8 HOSPITAL

Experiencia profesional 10 años

Especialidad: Internista

Lugar de la entrevista: Despacho de la planta.

Duración de la entrevista: 35 min (tenia prisa porque le sonó el móvil). Grabada: No. Previa cita: Si

ANEXO III/VI
PERFIL PACIENTES (P) ENTREVISTADOS
HOSPITALIZADOS (H) Y DOMICILIARIOS (D)

P/H-1

Días hospitalización: 15
Mujer de 50 años
Motivo ingreso: Cáncer de sigma. Absceso abdominal
Lugar de la entrevista: habitación planta
Duración de la entrevista: 50 min. Grabación: Si. Familiar: Si

P/H-2

Días hospitalización: 11
Mujer de 56 años
Motivo ingreso: Cáncer de recto
Lugar de la entrevista: habitación planta
Duración de la entrevista: 65 min. Grabación: Si. Familiar: No

P/H-3

Días hospitalización: 40
Hombre de 65 años
Motivo ingreso: Colitis ulcerosa complicada
Lugar de la entrevista: habitación planta
Duración de la entrevista: 54 min. Grabación: Si. Familiar: Si

P/D-4

Días hospitalización: 10. Días desde el alta: > 30 días
Hombre de 60 años
Motivo ingreso: diabetes descompensada y enfermedad vascular arterial.
Lugar de la entrevista: su domicilio
Duración de la entrevista: 62 min en dos días diferentes. Grabación: Si. Familiar: Si

P/D-5

Días hospitalización: 12. Días desde el alta: > 30 días
Mujer de 59 años
Enfermedad: trasplante de hígado
Lugar de la entrevista: en la consulta el día que tiene revisión
Duración de la entrevista: 50min aproxim. Grabación: No. Familiar: No

P/D-6

Días hospitalización: 20. Días desde el alta: 40
Hombre de 45 años
Motivo ingreso: Enfermedad cardiopulmonar crónica descompensada. Lugar de la entrevista: consulta de revisión
Duración de la entrevista 40 min. Grabación: No. Familiar: Si

ANEXO III/VII
PERFIL GESTORES ENTREVISTADOS

GE-1

Experiencia profesional como gestora 15 años
Lugar de la entrevista: Su despacho en el hospital
Duración de la entrevista: 56 min con interrupciones
Grabada: NO. Previa cita: NO

GE-2

Experiencia profesional como gestor 8 años
Lugar de la entrevista: Su despacho edificio de gobierno
Duración de la entrevista: 45 min con interrupciones del teléfono
Grabada: NO. Previa cita: NO

ANEXO IV

GUIONES DE LAS ENTREVISTAS

IV/I: Entrevista supervisoras

IV/II: Entrevista enfermeras/os

IV/III: Entrevista médicos

IV/IV: Entrevista pacientes

IV/V: Entrevista gestores

ANEXO IV/I

GUIÓN ENTREVISTA SUPERVISORAS

**CLAVE GRABACIÓN:
Nº:**

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA:

Encontrar dimensiones de análisis y obtener pistas para la elaboración de las preguntas a las enfermeras /os base, grupos focales y médicos.

PERFIL Y DATOS ENTREVISTADO:

ENTREVISTA, Nº: **PLANTA:** **FECHA:**

BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTO E INTRODUCCIÓN

- Presentación
- Agradecimientos
- Asegurar confidencialidad
- Permiso para grabar

GUIÓN:

- ¿Que proporción de enfermeros y enfermeras tiene en la unidad?
- ¿Como distribuyen sus tareas?
- ¿Como son sus relaciones con los médicos?
- ¿En que tipo de tareas de la enfermera toma sus propias decisiones?
- ¿Hacen muchos cursos o actividades de formación? ¿Que dificultades encuentran?
- ¿Que aspectos de las relaciones entre estamentos suprimiría?
- ¿Ha cambiado su modo de trabajar en los últimos años?
- ¿Que decisiones toman normalmente con respecto a los pacientes?
- ¿Como se sienten con los pacientes y familiares? ¿ Cree que valoran el trabajo de las enfermeras?
- ¿Es rígida la institución en la uniformidad? ¿ Ha cambiado el uniforme?
- ¿Utilizan los mismos espacios?
- ¿Cómo se dirige a los médicos? ¿y ellos a ustedes?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA

.....
.....
.....
.....

.NO SON PREGUNTAS TEXTUALES, SON GUÍAS PARA INICIAR LA CONVERSACIÓN

ANEXO IV/ii**GUIÓN ENTREVISTA ENFERMERAS /OS**
**CLAVE
GRABACIÓN:
Nº:**
PERFIL DEL ENTREVISTADO:
Entrevista Nº **Sexo** **Fecha** **Años experiencia**
Lugar de trabajo:
Nº enfermeras en plantilla:
Duración:
Grabación: SI NO
BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTO E INTRODUCCIÓN:

Presentación

Agradecimientos

Asegurar confidencialidad

Importancia de sus opiniones

Permiso para grabar

GUIÓN:

- ¿Que proporción de enfermeros y enfermeras tienen ustedes en la unidad?
- ¿Cuales son las tareas que más le gusta realizar?
- ¿Hace turnos? ¿Que turnos le gustan más?
- ¿Que tal son sus relaciones con los médicos?
- ¿Cómo se dirigen a los médicos? ¿y ellos a ustedes?
- ¿Que aspectos de las relaciones entre estamentos suprimiría?
- ¿En que tipo de tareas de la enfermera toma sus propias decisiones?
- ¿Hacen muchos cursos o actividades de formación? ¿ Que dificultades encuentran?
- ¿Ha cambiado su modo de trabajar en los últimos años?
- ¿Que decisiones toman normalmente?
- ¿Como se sienten con los pacientes y familiares? ¿ Cree que valoran el trabajo de las enfermeras?
- ¿Es rígida la institución en la uniformidad? ¿ Ha cambiado el uniforme?
- ¿Que opina de la uniformidad?
- ¿De que espacios disponen las enfermeras?
- ¿Cómo es el trato con los pacientes? ¿Es gratificante?
- ¿Tienen alumnos de enfermería en la unidad?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA (al dorso)

.....

**NO SON PREGUNTAS TEXTUALES, SON GUÍAS PARA INICIAR LA
CONVERSACIÓN**

ANEXO IV/III
GUIÓN ENTREVISTA MÉDICOS

CLAVE GRABACIÓN:
Nº

PERFIL DEL MÉDICO:

Unidad donde trabaja:

Día de la entrevista:

Hora:

Lugar de la entrevista:

Grabación: SI NO **Duración:**

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA:

Conocer la opinión de los médicos sobre el tema a investigar ya que son los que más estrechamente trabajan con las enfermeras.

PREÁMBULO DE LA ENTREVISTA:

- Presentación
- Asegurar confidencialidad.
- Hacer énfasis en la importancia de su opinión
- Preguntar si se ha entendido

GUIÓN:

- ¿Ha trabajado con enfermeras y enfermeros?
- ¿Cómo sería para usted el perfil ideal de enfermera /o?
- ¿Con que tipo de enfermeros se siente más cómodo?
- ¿Se trabaja en equipo en la planta? ¿y en el quirófano?
- ¿Qué actividades comparte con la enfermería?
- De las actividades enfermeras que se realizan en la planta ¿cual cree que es más importante? (Medicación, curas, cuidados postoperatorios, observar la presencia de complicaciones, atención psicosocial).
- ¿Conoce o ha oído hablar de los planes de cuidados?
- ¿Conoce el modelo de enfermería de este hospital?
- ¿Que opinas de la licenciatura de la enfermería?
- ¿Comparten ustedes espacios con las enfermeras?
- ¿Crees que las opiniones de las enfermeras son tenidas en cuenta por la administración?
- ¿Cree que los pacientes respetan o consideran las recomendaciones de las enfermeras?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA (al dorso)

.....

.....

.....

.....

.....

NO SON PREGUNTAS TEXTUALES, SON GUÍAS PARA INICIAR LA CONVERSACIÓN

ANEXO IV/IV**GUIÓN ENTREVISTAS PACIENTES****CLAVE
GRABACIÓN****Nº****PERFIL DEL ENTREVISTADO:****Nombre:** **H** **M****Enfermedad:****Lugar de la entrevista****Hospitalizado en el momento de la entrevista:** **SI** **NO** **Nº de días hospital:****Duración de la entrevista:****Grabación:** **SI** **NO****PREÁMBULO DE LA ENTREVISTA:**

Agradecimiento por su colaboración

Presentación de la investigadora

Declaración del motivo de la entrevista

Asegurar Confidencialidad

Pedir permiso para grabar

GUIÓN:

- ¿Que áreas del sistema sanitario ha frecuentado usted?
- ¿Recientemente usted ha estado ingresado en el hospital?
- ¿Qué espera cuando va al hospital?
- ¿Podría decirme cuantos días ha estado ingresado y el motivo?
- ¿Qué recuerda usted con más agrado? ¿Qué recuerda con más desagrado?
- ¿Ha tenido malos momentos? ¿A quién ha recurrido?
- ¿Qué profesionales le han atendido? ¿Con que profesional tuvo el primer contacto?
- ¿Conocía usted a algún enfermero/a antes de caer enfermo? ¿Había tenido usted otra experiencia o contacto con enfermeras?
- ¿Qué relación ha tenido con ellos? ¿Qué cuidados le realizaban las enfermeras/os?
- ¿Qué problemas le resolvían?
- ¿Ha recibido en su domicilio la visita de alguna enfermera?
- ¿Conoce a las enfermeras/os del centro de salud/hospital?
- ¿Sabe sus nombres? ¿Sabe el nombre de su médico?
- Cuando usted tiene una duda de salud, ¿A quien se la pregunta?
- ¿Conoce las funciones de las/os enfermeras/os?

- o ¿Quién prefiere que le atienda, una enfermera o un enfermero?
- o ¿Para que cosas le gustaría tener a mano una enfermera/o?
- o Ahora que ha estado en contacto con las enfermeras, ¿qué le ha parecido su función?
- o ¿Recurriría usted a alguna enfermera para un problema de salud?
- o ¿Con quién se ha relacionado más, con el médico o la enfermera? ¿Quién le ha resuelto los problemas del día a día?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NO SON PREGUNTAS TEXTUALES, SON GUÍAS PARA INICIAR LA CONVERSACIÓN

ANEXO IV/V
ENTREVISTAS GESTORES

CLAVE GRABACIONES
N

PERFIL DEL ENTREVISTADO:

Perfil del paciente: H M Nombre:

Puesto de responsabilidad que desempeña:

Nº de días hospital º

Lugar de la entrevista:

Grabación: SI NO

PREÁMBULO DE LA ENTREVISTA:

- Agradecimiento por su colaboración
- Presentación de la investigadora
- Declaración del motivo de la entrevista
- Asegurar Confidencialidad
- Pedir permiso para grabar

GUIÓN:

- ¿Con que profesionales sanitarios se relaciona más?
- ¿Se relaciona habitualmente con las enfermeras?
- ¿Qué opinión le merecen las enfermeras?
- ¿Qué nivel cree que ocupan en la toma de decisiones económicas, o que implican gastos?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA (al dorso)

.....

.....

.....

.....

NO SON PREGUNTAS TEXTUALES, SON GUÍAS PARA INICIAR LA CONVERSACIÓN

Las preguntas fueron cambiando a lo largo del proceso de recogida de datos, a medida que estos se analizaban, según aumentaba la experiencia de la investigadora y aparecían nuevas categorías de análisis.

ANEXO V

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS DE UNA PLANTA QUIRÚRGICA

V/I: Turno de mañana

V/II: Turno de tarde

V/III: Turno de noche

V/I: TURNO DE MAÑANA

TURNO		ACTIVIDAD	PERSONAL
M A Ñ A N A	8:00	- Relevo del turno de noche tomando café	-Enfermeras/supervisora. -Enfermeras/todas
	8:15	- Preparar y poner medicación, reposición de sueros/Analíticas/preparación preoperatorio	
	10:00	- Higiene pacientes	- Auxiliar
	11:30	- Desayuno en la sala de estar, todas juntas o por turnos	-Enfermeras/tres Auxiliar/celador/ -Enfermera en ocasiones
	12:30	Actividades varias: - Curas de heridas	
	12:45	- Movilización / deambulación a los pacientes indicados.	
	13:00	- Información reglada a familiares y Pacientes	- Médico/Supervisora
	13:30	- Preparación de las altas hospitalarias - Realización y tramitación del ICC a atención primaria - Administración de medicación, dextrostix.	- Enfermera /auxiliar -Enfermera/supervisora
	14:00	- Reparto del almuerzo y ayuda a los pacientes dependientes - Colocación de pedidos y reposición de Material	- Enfermera - Enfermera /auxiliar
	15:00	- Realizar tareas de limpieza programadas de la unidad - Evaluación de los planes de cuidados y modificaciones si precisa - Documentación de observaciones de enfermería - Documentación de actividades auxiliares	- Auxiliar - Enfermera - Enfermera - Enfermera /auxiliar/ /supervisora / /auxiliar/supervisora
	cuando se precisa a lo largo de la mañana	- Informe de cambio de turno - Recepción de los pacientes quirúrgicos - Recepción y atención inmediata a nuevos ingresos o traslados - Actividades urgentes: analítica, ECG, curas y toda aquella necesidad que Cumplimentación hojas de valoración	- Enfermera - Enfermera -Enfermera/auxiliar /celador -Supervisora

V/II: TURNO DE TARDE

TURNO		ACTIVIDAD	PERSONAL
T A R D E	15:30	Revisión de planes de cuidados - Preparación de medicación	-Enfermera - Enfermera
	16:00	- Medición de diuresis, aspiraciones y otros - Ayudar en la movilización a los pacientes	- Auxiliar - Enfermera /auxiliar /celador
	16:30	- Practicar higiene y cuidados de la piel (si precisa), mantener la cama confortable - Limpiar, reponer y preparar el carro de curas y medicación	- Auxiliar - Auxiliar
	16:45	- Administrar medicación, dextrostix, cetonurias,...	- Enfermera - Enfermera /auxiliar
	17:00	- Reparto de meriendas - Ayuda para alimentarse a los pacientes Dependientes	- Enfermera /auxiliar - Auxiliar
	17:30		
	18:00	- Merienda enfermeras en la sala de estar - Implementación de planes de cuidados, realizando actividades	Enfermeras/auxiliares - Enfermera - Auxiliar
	18:30	- Toma de constantes vitales (FC, FR, TA), valoraciones neurológicas y neurovasculares - Toma de temperaturas	-Enfermera /auxiliar - Auxiliar
	19:00	- Preparación y revisión de las historias clínicas de los pacientes quirúrgicos programados - Colocar carteles de ayunas para analíticas y/o pruebas diagnósticas	- Enfermera - Auxiliar
		- Realizar las curas indicadas y otros cuidados del plan	- Enfermera
	19:30	Reposición de material y lencería	- Auxiliar
	19:45	- Administración de medicación, dextrostix, cetonurias.	- Auxiliar
	20:00	- Reparto de cena y ayuda a pacientes Dependientes -Evaluación de los cuidados y revisión del plan si precisa	-Enfermera /auxiliar

T A R D E		- Administración de medicación	- Auxiliar/Enfermera
		- Documentar observaciones de enfermería - Documentar actividades de auxiliares	-Enfermera -Auxiliar
		- Informe escrito de cambio de turno	- Enfermera
	20:30	- Informe verbal de cambio de turno	- Enfermera /auxiliar
		- Recepción de los pacientes quirúrgicos(urgentes)	- Enfermera
	21:00	- Recepción y atención inmediata a nuevos ingresos o traslados	- Enfermera
	21:30	- Actividades urgentes: analítica, ECG, curas y toda aquella necesidad que requiera de su intervención	- Enfermera /auxiliar -Enfermera /auxiliar
	22:00		-Enfermera /auxiliar/celador
	cuando se precisa		

V/III: TURNO DE NOCHE

TURNO		ACTIVIDAD	PERSONAL
N O C H E	22:30	- Hacer una ronda de los pacientes y valorar sus necesidades	- Enfermera /auxiliar
		- Crear un ambiente propicio para el descanso nocturno, eliminando ruidos, disminuyendo la intensidad de la luz	- Enfermera /auxiliar
		- Arreglo de la cama, colocarlos en posición cómoda para el descanso, practicar higiene, prestar apoyo emocional al paciente y a su cuidador	- Auxiliar
	23:00	- Reparto y ayuda en la toma de suplementos alimenticios	- Enfermera
		- Medición de diuresis	- Auxiliar
		- Revisión de temperaturas, administración de enemas prescritos	- Enfermera /auxiliar
		- Toma de constantes vitales, valoración neurológica y neurovascular	- Enfermera
		- Revisión de los cuidados planificados	- Enfermera
	00:00	- Preparación de medicación	- Enfermera
		- Atender las demandas que surjan de pacientes y cuidadores	-Enfermera /auxiliar
	01:00	- Administración de medicación	- Enfermera
		- Preparación del carro de la ropa	- Auxiliar
		- Reposición de material preciso	- Enfermera/auxiliar
	- Revisión y reposición de historias clínicas		
03:00	- Administración de medicación	- Enfermera	
05:00	- Descanso un rato si la noche es tranquila	- Enfermera /auxiliar	
06:00	- Administración de medicación (solo algunos pacientes)	- Enfermera/auxiliar	
	- Revisión de los cuidados realizados en este turno y balances de líquidos (medir diuresis, drenajes etc.)	- Enfermera	
07:00	- Preparación del primer paciente del programa quirúrgico	- Enfermera/auxiliar	
	- Extracción de analíticas urgentes	- Enfermera	
	-Toma de muestras, orina, esputo, heces...	- Auxiliar	
07:30	- Documentar observaciones de enfermería	- Enfermera/auxiliar	
	- Documentar actividades auxiliares		
08:00	- Informe de cambio de turno		

ANEXO VI

MATRICES DE ANÁLISIS

VI/I: Percepción y observación de supervisoras, enfermeras y enfermeros de atención hospitalaria y atención primaria.

VI /II: Percepción y observación de Médicos de servicios hospitalarios: quirúrgicos, médicos y servicios especiales y médicos de centros de salud.

VI /III: Percepción y observación pacientes/ usuarios.

VI /IV: Percepción de gestores y administradores

VI /VI: Observación productos de la cultura organizacional

ANEXO VI/I MATRIZ ANÁLISIS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS	SUPERVISORAS Y ENFERMERAS ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA
--	--

A Posiciones y distancias jerárquica	Código	Campo	Entrev
A 1-Diferencias vestimenta de los distintos miembros del equipo			
A 2- Diferencias distribución de espacios jerarquizadas			
A 3- Diferencias en la decoración de espacios			
A 4- Baja representación en foros de decisión			
A 6- Relaciones de agencia			

B Signos de subordinación-sumisión	Código	Campo	Entrev
B 1- Familiaridad, paternalismo, tuteó del médico a la enfermera y trato asimétrico			
B 2- Priorización de tareas de colaboración			
B 3-Organización de trabajo y horarios centrado en la visita médica no en el paciente			
B 4- Violencia intragrupal			
B 5- Imitación del opresor/internalización de los valores del grupo dominante			
B 6- Baja autoestima			

C- Influencia del género en la distribución de tareas	Código	Campo	Entrev
C 1- Los varones hacen lo técnico (Procedimientos)			
C 2- Las mujeres los cuidados (alimentación, cuidados)			
C 3- Presencia de varones mayoritaria en puestos de gestión			
C 4- Presencia de varones mayoritaria en puestos de trabajo de alta tecnología más autónomos			

D – Percepción de las enfermeras de su imagen pública	Código	Campo	Entrev
D 1- Expectativas de los pacientes exclusivamente en el médico.			
D 2- Desconocimiento de los usuarios sobre las funciones de cada miembro del equipo (percepción supervisores)			
D 3- Imagen estereotipada en la prensa y los medios de comunicación (percepción supervisores)			
D 4- deslegitimación social de su rol autónomo			

E – Minusvaloración del trabajo enfermero e invisibilidad de los cuidados	Código	Campo	Entrev
E 1- No se escribe o se realizan tareas que no constan formalmente			
E 2- Trabajo centrado en el rol de colaboración			

E-3- Despersonalización del trabajo			
E 4- Trabajo por tareas versus cuidado integral			
E 5- Tareas de sustitución más que de potenciación del autocuidado			
E 6- Biologización y evaluación positivista de los cuidados			
E 7- Estandarización y despersonalización de los cuidados			

F- Problemas estructurales: El desarrollo profesional enfermero no es propiciado o facilitado por la organización	Código	Campo	Entrev
F 1- Plantillas poco acordes con los nuevos modelos y con cargas de trabajo			
F 2- Espacios físicos mal adecuados y jerarquizados			
F 3- Turnos muy rotatorios			
F 4- Exclusión de los foros de toma de decisiones			
F5 - Registros iguales para todos (sin diferencias unidades)			
F6- Proyección de una imagen subordinada.			
F-7 Ausencia de premios y castigos (café para todos)			
F 8 desconfianza por la asimetría de la información y las relaciones de agencia			
I 5- Líderes sin proyecto definido o con déficit en la comunicación y la difusión de los mismos			
I 6- Escasa participación en la formulación y compromiso de los objetivos de la unidad			

H- Dedicación a la formación e investigación	Código	Campo	Entrev
H 1- Baja asistencia a reuniones fuera de horas de trabajo			
H 2- Autodefensa emocional (tienen que defenderse emocionalmente desconectando)			
H 3- Toman más en serio la docencia cuando viene de los médicos o se inicia una nueva actividad laboral			

I- Dejeción del poder/ baja autoestima/ miedo a asumir responsabilidades	Código	Campo	Entrev
I 1- Falta de corporativismo y asociacionismo			
I 2- Falta de compromiso social			
I 3- Rechazo a asumir responsabilidades			
I 4- Falta de consenso profesional			

ANEXO VI /II MATRIZ ANÁLISIS: MÉDICOS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS	MÉDICOS HOSPITALIZACIÓN : QUIRÚRGICA MÉDICOS HOSPITALIZACIÓN MÉDICA MÉDICOS SERVICIOS ESPECIALES -MÉDICOS CENTROS DE SALUD
---	---

A Posiciones y distancias jerárquica	Código	Campo	Entrev
A 1-Diferencias vestimenta de los distintos miembros del equipo			
A 2- Distribución de espacios privilegiados y lejos de las zonas de trabajo			
A 3- Diferencias en la decoración de espacios			
A 4- Familiaridad y tuteo del médico a la enfermera y trato asimétrico			
A Posiciones y distancias jerárquica			
4 6- Relaciones de agencia			

B-Desconocimiento del rol propio de la enfermera	Código	Campo	Entrev
B-1 Desconocimiento de la metodología enfermera			
B- 2 Imposición del modelo biomédico			

D - Imagen pública de la enfermería	Código	Campo	Entrev
D 1- Pocas expectativas de los pacientes hacia las enfermeras (percepción de los médicos)			
D 2- Imagen en los medios poco acorde con la realidad (percepción de los médicos)			
D 3- Poco conocimiento de los usuarios sobre las funciones de cada miembro del equipo			

E - Valoración y reconocimiento del trabajo enfermero	Código	Campo	Entrev
E 1- No suelen leer las anotaciones enfermeras/ si los registros de constantes y procedimientos			
E 2- Invisibilidad de los cuidados (pocos registros)			

F- Problemas estructurales	Código	Campo	Entrev
F 1- Plantillas poco acordes con las cargas de trabajo			
F 2- Espacios físicos mal adecuados			
F 3- Turnos muy rotatorios			

G- La valoración institucional del rol enfermero no propicia su desarrollo profesional.	Código	Campo	Entrev
G 3- Escasa participación en la toma de decisiones			
G 4- Difusión de una imagen subordinada.			

H- Dedicación a la formación e investigación	Código	Campo	Entrev
H 1- No acuden a reuniones fuera de horas d trabajo			
H 2- Tienen que defenderse emocionalmente desconectando			
H 3- Creen que la docencia debe venir de los médicos			

I- Dejación del poder	Código	Campo	Entrev
I 3- Rechazo a asumir responsabilidades			
I 4- Falta de consenso profesional			
I 5- Líderes sin proyecto definido o con déficit en la comunicación y la difusión de los mismos			
I 6- Exclusión en la toma de decisiones			
I 7- Sumisión en la toma de decisiones			

ANEXO VI /III MATRIZ ANÁLISIS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS		Percepción PACIENTES/ USUARIOS		
A-Posiciones y distancias jerárquica que perciben		Código	Campo	Entrev
A 1-Diferencias vestimenta de los miembros del equipo				
A 2- Distribución espacios privilegiada, lejos de zonas de trabajo				
A 3- Imagen domestica y feminizada de los cuidados				
A 6- Relación de agencia				
B-Signos de minusvaloración del trabajo enfermero		Código	Campo	Entrev
B 1- Familiaridad y tuteó "las niñas"				
B 2- Falta de credibilidad en las recomendaciones de las enfermeras "¿lo ha dicho el médico?"				
C-Desconocimiento del rol propio de la enfermera		Código	Campo	Entrev
C-1 Desconocimiento de la formación y cartera de servicios de la Enfermería				
C- 2 Sobrevaloración de la tecnología y la medicación y el modelo biomédico				
C-3 Percepción de los cuidados como algo natural (Invisibilidad)				
D – Imagen pública de la enfermería		Código	Campo	Entrev
D 1- Bajas expectativas de los pacientes en las enfermeras (percepción de los médicos)				
D 2- Imagen social de subordinación a los medios poco acorde con la realidad				
D 3- Poco conocimiento de los usuarios sobre las funciones de cada miembro del equipo				
D4- Dificultad para distinguir a la enfermera de la auxiliar de enfermería				
E – Valoración del trabajo enfermero		Código	Campo	Entrev
E 1 Valoración como servicio u oficio dependiente no como disciplina científica				
F- Problemas estructurales		Código	Campo	Entrev
F 1- Plantillas poco acordes con las cargas de trabajo				
F 3- Trato despersonalizado, Turnos muy rotatorios				

ANEXO VI /IV MATRIZ ANÁLISIS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS I	PERCEPCIÓN DE GESTORES/ADMINISTRADORES
--	---

A Posiciones y distancias jerárquica	Código	Campo	Entrev
A 1-Diferencias vestimenta de los distintos miembros del equipo			
A 2- Diferencias distribución de espacios jerarquizadas			
A 3- Diferencias en la decoración de espacios			
A 4- Baja representación en foros de decisión			
A 6- Relación de agencia			

B Signos de subordinación sumisión	Código	Campo	Entrev
B 1- Familiaridad, paternalismo, tuteó del médico a la enfermera y trato asimétrico			
B 2- Priorización de tareas de colaboración			
B 3-Organización de trabajo y horarios centrado en la visita médica no en el paciente			
B 4- Violencia intragrupal			
B 5- Imitación del opresor/internalización de los valores del grupo dominante			
B 6- Baja autoestima			

C- Influencia del género en la distribución de tareas	Código	Campo	Entrev
C 1- Los varones hacen lo técnico (Procedimientos)			
C 2- Las mujeres los cuidados (alimentación, cuidados)			
C 3- Presencia de varones mayoritaria en puestos de gestión			
C 4- Presencia de varones mayoritaria en puestos de trabajo de alta tecnología más autónomos			

D- Percepción de las enfermeras de su imagen pública	Código	Campo	Entrev
D 1- Expectativas de los pacientes exclusivamente en el médico.			
D 2- Desconocimiento de los usuarios sobre las funciones de cada miembro del equipo (percepción supervisores)			
D 3- Imagen estereotipada en la prensa y los medios de comunicación (percepción supervisores)			
D 4- deslegitimación social de su rol autónomo			

E- Minusvaloración del trabajo enfermero e invisibilidad de los cuidados	Código	Campo	Entrev
E 1- No se escribe o se realizan tareas que no constan formalmente			
E 2- Trabajo centrado en el rol de colaboración			
E-3- Despersonalización del trabajo			
E 4- Trabajo por tareas versus cuidado integral			
E 5- Tareas de sustitución, versus potenciación del auto cuidado			
E 6- Biologización y evaluación positivista de los cuidados			
E 7- Estandarización y despersonalización de los cuidados			

F- Problemas estructurales: El desarrollo profesional enfermero no es propiciado o facilitado por la organización	Código	Campo	Entrev
F 1- Plantillas poco acordes con los nuevos modelos y con cargas de trabajo			
F 2- Espacios físicos mal adecuados y jerarquizados			
F 3- Turnos muy rotatorios			
F 4- Exclusión de los foros de toma de decisiones			
F5 - Registros iguales para todos (sin diferencias unidades)			
F6- Distribución de una imagen subordinada.			
F-7 Ausencia de premios y castigos (café para todos)			
F 8 desconfianza por la asimetría de la información y las relaciones de agencia			
I 5- Líderes sin proyecto definido o con déficit en la comunicación y la difusión de los mismos			
I 6- Escasa participación en la formulación y compromiso de los objetivos de la unidad			
I 6-Dotación de plantillas			

H- Dedicación a la formación e investigación	Código	Campo	Entrev
H 1- Asistencia a reuniones fuera de horas de trabajo			
H 2- Autodefensa emocional (tienen que defenderse emocionalmente desconectando)			
H 3- Toman más en serio la docencia cuando viene de los médicos o se inicia una nueva actividad laboral			

I- Dejación del poder/ baja autoestima/ miedo a asumir responsabilidades	Código	Campo	Entren
I 1- Falta de corporativismo y asociacionismo			
I 2- Falta de compromiso social			
I 3- Rechazo a asumir responsabilidades			
I 4- Falta de consenso profesional			

ANEXO VI. IV MATRIZ ANÁLISIS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS	OBSERVACIÓN PRODUCTOS DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL (Poner código o lugar del cuaderno de campo)
--	---

1-NIVEL EXTERNO: Productos visibles de la cultura	HVN			HSC			AP					
	P.MED			P.QUIR			CSLF			CSM		
Lenguaje												
Rituales												
Sanciones y sanciones												
Patrones de conducta Prácticas laborales												
Espacios, mobiliario decoración												
Premios y sanciones												
Vestimentas ropas												
Clima, mitos, historias,												

2 NIVEL ORGANIZATIVO: Valores y comunicación:	HVN			HSC			AP					
	P.QUIR			P.MED			CSLF			CSM		
Normativas explícitas												
Normativas implícitas												
Estatutos rigidez normativa												
Ausencia de sanciones												
Relaciones de agencia												

3.NIVEL FUNDANTE: Etnohistoria y creencias:	HVN			HSC			AP					
	P.QUIR			P.MED			CSLF			CSM		
Jerarquías y poder (historia de la profesión Enfermera)												
Paternalismo hacia el paciente												
Género/división roles												

Matriz para señalar la presencia de categorías de análisis de la CO, encontradas en las observaciones del cuaderno de campo o de los discursos de los entrevistados. Se presenta reducida para su mejor visión general.

9. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Los activos intangibles: fueron descritos por Chris Arguiris (1957) como aquellos que no se pueden limitar o no pueden ser fácilmente sustituidos. Rosa M^a Alberdi (1998) los llamó “el bien intrínseco” de la enfermería, es decir aquello que la profesión proporciona de forma única y que constituye un valor indispensable para su mantenimiento, aunque es siempre el mismo, se manifiesta de distintas formas adaptándose a cada época y circunstancia. Este bien intrínseco, no puede visibilizarse, provocando situaciones irresponsables, arriesgadas y peligrosas, para la enfermería. Un ejemplo de esto es el discurso que nombra las parcelas de responsabilidad de una profesión, la identifican y distinguen de todas las demás. Este discurso no puede ser confuso.

Biomedicina: (biomedicina o Western-medicine)

También llamada medicina occidental, científica, alopática, elitista, etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en occidente desde la ilustración y que se caracteriza por asumir la discusión cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causa únicas. (Comelles, 1993)

CSLF: Centro de salud Las Flores, distrito de atención primaria, perteneciente al área de salud de Granada. Del SAS de la Junta de Andalucía.

CSMA: Centro de salud Maracena distrito de atención primaria, perteneciente al área de salud Metropolitana de Granada. Del SAS de la Junta de Andalucía

CO: Cultura organizacional

COE: Cultura organizacional de las organizaciones estudiadas

Cliente externo: Son los usuarios, pacientes y familiares

Cliente interno: Son los trabajadores profesionales

DdE: (Diagnostico enfermero). Se consideraron diagnósticos enfermeros aquellos que definen problemas que fueran consecuencia de respuestas humanas, ante la enfermedad la hospitalización etc. y por tanto requieren que el paciente esté consciente. Por tanto no pueden estar incluidos los problemas fisiopatológicos consecuencia directa de la cirugía o la anestesia, la enfermedad etc. (Luís et al, 2002:55)

Enfermedad (patología): (Malatia, maladie, disease). Designa las dimensiones biológicas de la enfermedad. Es decir, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de

sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina. (Comelles, 1993)

Enfermedad (dolencia, padecimiento, Illnes): Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica o fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también en este sentido, al proceso por el cual, procesos patológicos, orgánicos o sensaciones de malestar, son reconvertidos en experiencias individuales significativas. (Comelles, 1993)

Enfermedad (sickness): Alude a las dimensiones sociales de la enfermedad y por tanto a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de la enfermedad y sus articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas. (Comelles, 1993)

Etnografía: ciencia que estudia de un pueblo concreto o de una cultura, mediante relación y análisis de las notas de campo.

Incertidumbre: término económico que implica ignorancia o imposibilidad de actuar en base al conocimiento (Knighten, 1921). Incertidumbre implica ignorancia, imposibilidad de actuar en base al conocimiento con incapacidad para establecer probabilidades, y surge allí donde se dispone de una información incompleta sobre la que es preciso actuar. (Aguirre, 2004)

Interdisciplinar: consideramos la colaboración interdisciplinar como un proceso complejo y dinámico de interacción entre profesionales interdependientes que se relacionan como compañeros y que comparten el poder a través de la toma de decisiones, con el fin de alcanzar un objetivo común centrado en el paciente. (D'Amour et al 2005)

Input y Outputs: Respectivamente, productos o información que le llegan del exterior (**input**) de la organización importándole energía o materia prima de la que una vez trasformada genera sus productos o que al procesarse se convierte en productos (**outputs**), que a su vez son devueltos al exterior y provocan otros nuevos (Aguirre, 2004)

Modelo Biomédico hegemónico: (Model mèdic hegemònic)

Desarrollado por Menéndez designa el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: bioligismo, individualismo, historicismo, socializado o, mercantilizado y

eficacia pragmática. El apellido hegemónico proviene de de la teoría de Gramsci y se opone al de subalterno. (Comelles, 1993)

NANDA INTERNACIONAL: Clasificación taxonómica de diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación de diagnósticos enfermeros. 2005-2006. Madrid: Elsevier. 2005.

NIC McCloskey Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Mosby; 2004

NOC Moorhead Sue, et al Clasificación de Proyecto Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Mosby; 2004.

HVN: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, del Servicio andaluz de salud de la Junta de Andalucía.

HSC: Hospital Clínico Universitario San Cecilio, del Servicio andaluz de salud de la Junta de Andalucía.

Paciente: Persona que recibe directamente la atención o cuidados de los profesionales de la salud por presentar alguna dolencia. **Paciente:** "La persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud".(diccionario de la lengua española)

PAE: (Proceso de atención de enfermería) El proceso enfermero "es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados".Es la aplicación del método científico a la resolución de problemas de enfermería (Alfaro, 1996: 4)

Planta hospitalización: unidad o zona de Hospitalización donde el paciente permanece encamado uno o varios días dependiendo de las necesidades y la evolución de la enfermedad.

Planta quirúrgica: planta de hospitalización donde permanece encamado el paciente para ser sometido, o una vez que ha sido sometido a tratamiento quirúrgico (cirugía general y de digestivo, urología, Oftalmología, otorrinolaringología (ORL), cirugía cardiaca, vascular y torácica, etc.)

Planta médica: planta de hospitalización donde permanece encamado el paciente para ser diagnosticado o estudiado o tratado de una dolencia que requiere tratamiento no quirúrgico (digestivo, medicina interna, cardiología, neumología, etc.)

Problema de colaboración: Se definieron como problemas de colaboración o interdependientes "aquellos problemas de salud en los que el usuario requiere que la

enfermera realice por el las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico” En este caso, es otro profesional quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final (Luís et al, 2002:55)

Relación de Agencia: las relaciones de agencia tienen lugar cuando una parte interesada, el gestor o el contratante, (el principal) por ser profana en la materia, en un conocimiento, o por desconocer los recursos o bienes necesarios, para una determinada producción encarga, delega o contrata a otra persona (el agente) para que actúe en su nombre, ya que se supone posee un mayor nivel de conocimiento o información. (Aguirre, 2004)

SAS: Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Servicio especial: Unidad del hospital que se caracteriza por dar un servicio de apoyo, bien diagnóstico (laboratorio de análisis clínico, RX) o bien terapéutico (radioterapia, hemodinámica, hematología) mediante una tecnología específica. En estas unidades los pacientes no pernoctan ni tienen estancias prolongadas, sino que acuden a recibir el servicio puntualmente, en algunas de ellas, los pacientes no entran ni permanecen.

Unidad de Gestión: El término de “*Clinical Governance*” se introduce por primera vez en 1998 en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido (concretamente: “*A first class service: Quality in the new NHS*” y “*The New NHS: Modern Dependable*”). Dada la corta vida del concepto de *Clinical Governance*, éste no ha alcanzado todavía la madurez necesaria para establecer una única definición. La Gestión Clínica surge como respuesta al problema económico que viven hoy los presupuestos públicos, de los que el gasto sanitario constituye una buena parte, lo que ha propiciado un entorno de restricción presupuestaria. Por lo que ha sido preciso ajustar el nivel de eficiencia para con ello evitar consumos de recursos ineficientes, y por lo tanto, necesidades de financiación superiores (ver página 201).

Usuario: Persona adscrita a los servicios públicos de salud, potencialmente paciente o familiar de alguno de estos. También cualquier persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria

