

Día Internacional de la Enfermera

SITUACIÓN ACTUAL DE NUESTRA PROFESIÓN

Logroño 12 de mayo de 2011

Dr. José Ramón Martínez Riera
Presidente Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

En primer lugar quisiera agradecer al Sindicato de Enfermería SATSE de la Rioja la invitación realizada para participar en tan señalado día para las enfermeras.

Cuando mi amigo Jorge Mínguez me trasladó el interés a que participase no dudé en aceptar sin conocer el tema que se me trasladaría con posterioridad. De haberlo sabido posiblemente mi respuesta no hubiese sido, al menos, tan inmediata. Digo esto porque hablar de la “Situación actual de nuestra profesión” es a la vez que complejo comprometido. Y más aún cuando voy a tener a los representantes de los sindicatos pendientes de mis palabras. Sin embargo tengo que decir que no tan solo estoy encantado de estar hoy aquí en tan maravillosa tierra sino que además lo estoy de poder compartir y debatir con todos ustedes sobre un tema al que hay que mirar de frente.

Sin más dilación, pues, voy a dar paso a mi intervención. Pero me van a permitir que antes de que me meta de lleno a analizar la situación actual haga una breve, pero necesaria, referencia a la evolución de la práctica enfermera.

Para empezar será conveniente saber ¿de dónde venimos? Ya que tal como decía Pedro Laín Entralgo **“El saber histórico es un recuerdo al servicio de una esperanza”**.

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

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

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

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

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

Los cuidados se manifiestan a través de actividades que realizan tanto hombres como mujeres: comida, abrigo, defender el territorio, imagen...

Estas actividades van tomando diferentes matices y perspectivas según el tipo de sociedad y cultura que desarrolla cada grupo, ya que si bien es cierto que los cuidados son la respuesta que se da a las necesidades que son indispensables para todos los individuos, no es menos cierto que éstas se manifiestan y son cubiertas de forma muy diversa según cada ámbito cultural.

Partiendo de estas premisas, se podía enfocar la respuesta a la pregunta sobre los orígenes de las enfermeras desde dos perspectivas distintas. Una, basada en la cronología y en los períodos clásicos que se establecen para el estudio de la Historia. La otra perspectiva es más general y en ella las fechas e incluso las épocas, se integran en lo que se ha denominado **“contextos conceptuales históricos”**.

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

La profesión enfermera, como toda disciplina de servicios, está profundamente enraizada en la comunidad en la que se desarrolla y por tanto, está asimismo estrechamente condicionada en su evolución por la variación de los valores que constituyen su marco conceptual y que determinan, en última instancia, las



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

necesidades de atención que reconoce cada grupo humano y los recursos que pone a disposición de las mismas.

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

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

Tratando de contestar a la pregunta sobre ¿De dónde venimos las enfermeras? Analizaré muy brevemente “contextos conceptuales” siguientes:

1.1. El contexto primitivo

1.2. El contexto pre-cristiano

1.3. El contexto cristiano

1.4. El contexto del Renacimiento y la Reforma: el nacimiento de la era moderna.

1.5. El contexto del siglo XIX: profesionalización y estereotipación.

EL CONTEXTO PRIMITIVO

Se trata de la hipótesis de M.F. Collière (1993), una de las autoras que más y mejor ha trabajado la cuestión de la génesis y evolución de los cuidados proporcionados por las mujeres y por los hombres.

Collière considera que la diferencia primera y fundamental los cuidados prestados por hombres y mujeres está en su objetivo.

Para Collière, el objetivo final de los cuidados masculinos es “**HACER RETROCEDER A LA MUERTE**”, alargar la vida.

Los cuidados femeninos tienen como objetivo: “**ASEGURAR EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA**”.

Estas finalidades básicas que define Collière (1993) para los cuidados masculinos y femeninos, se corresponden fundamentalmente con las de la Medicina y la Enfermería.

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

EL CONTEXTO PRE-CRISTIANO

Los cuidados y las enfermeras han sido lo que cada comunidad precristiana ha considerado y necesitado. Así, los cuidados han sido prodigados por esclavas, sirvientas, madres, hechiceras, magas y por supuesto, por mujeres consagradas. Hay pocos indicios escritos pero se saben, al menos dos cosas: que lo conceptual –los valores, lo imaginario, lo mágico- ha influido poderosamente en la práctica y que aún está en sus inicios la investigación de la historia de la mujer y por tanto, la valoración real de su contribución al mantenimiento de la vida y al bienestar de las sociedades pre-cristianas.

EL CONTEXTO CRISTIANO

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



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

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

Las mujeres dedicadas al cuidado de los enfermos eran consagradas dentro de la Iglesia cristiana (diaconisas), recibiendo sus órdenes en igualdad con los hombres (diáconos).

Pero la variación fundamental que aporta el cristianismo no es la consagración de las mujeres cuidadoras sino la identificación de su deseo de cuidar con la “entrega” con la renuncia a obtener recompensas terrenales. Si acaso, el “pago” por los servicios que se prestan, se obtiene en la vida posterior a la muerte.

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

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

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

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

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

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

EL CONTEXTO DEL SIGLO XIX: PROFESIONALIZACIÓN Y ESTEREOTIPACIÓN

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

Al tratar sobre la profesionalización de la Enfermería, debe hablarse de F. Nightingale ya que se la considera, con razón, la fundadora de la Enfermería moderna. Realmente el trabajo de F. Nightingale fue importantísimo y lo fue especialmente por dos motivos. Primero porque impulsó decisivamente la formación de las enfermeras con lo que puso una de las bases fundamentales de la profesión. En segundo lugar, porque fue la principal inspiradora del modelo ideológico propio de la enfermería.

La enfermera se convirtió en la personificación de los valores de la feminidad según los patrones victorianos¹ (Holton, 1984; Turner, 1981).

Así, la tarea del cuidado, a la vez que por un lado se profesionalizaba (se hicieron obligatorios los estudios y empezó a necesitarse un título para ejercer como enfermera), por otro lado, se “domesticaba” en el

¹ Si bien F. Nightingale hizo mucho por fijar las características morales de la enfermera, sus actitudes sociales en relación con el status subordinado de la enfermería dentro de la prestación de atención médica eran muy acordes con los valores autoritarios existentes al interior de las familias victorianas.



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

sentido de que la Enfermería era el camino para expresar fuera del hogar el papel doméstico, “natural” de la mujer² (Abel-Smith, 1960).

Los valores de los estereotipos de género que hacían particularmente idónea a la mujer para actuar como enfermera y al hombre para ejercer como médico, impedían a ambos desarrollar la otra carrera. Porque ¿cómo podía un individuo dotado para la acción, pragmático e inteligente, compaginar sus cualidades con la paciente tarea de estar constantemente al lado del enfermo...?. Y por supuesto, no era el mundo duro y lineal de la Ciencia el sitio ideal para innata espiritualidad y la fragilidad de las mujeres...

El modelo “ideal” de enfermera que estaba vigente en el contexto conceptual del siglo XIX era aquella que poseía unas determinadas características personales y cuyas funciones eran:

Cuidar al enfermo con la abnegación, el interés y la entrega de la **madre** (Debereux y Winer, 1950)³.

Obedecer absolutamente al médico, como una **esposa** (Gamarnikow, 1978)⁴.

Administrar al personal auxiliar y los recursos comunitarios con la disciplina firme y amable de un **ama de casa**⁵.

Madre, esposa y ama de casa que es el resumen exacto del modelo de mujer victoriana⁶.

Estableciendo una clara dicotomía en la que el conocimiento del médico es científico, mientras que las acciones de la enfermera son simplemente manuales y prácticas (Gamarnikow, 1978) y en el que el paso del cuidado natural al profesional ha estado mediatizado de manera muy significativa por el desarrollo científico positivista.

Y es que **“la enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos”** (Robinson, 1946, pág. VII).

Desde estos planteamientos pasamos a contemplar cómo se desarrolla la enfermería. Y como en casi todo desarrollo hay luces y sombras que en el caso de las enfermeras podríamos resumir en las palabras de Vicente Aleixandre: **“Sabemos a dónde vamos y de dónde venimos. Entre dos oscuridades, un destello”**

¿DÓNDE ESTAMOS?

LA ENFERMERÍA, UNA PROFESIÓN EN PLENO DESARROLLO

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

² Al separar la enfermería en órdenes religiosas, Nightingale creó un nicho ocupacional para mujeres de clase media, con movilidad social, que buscaban empleo remunerado por fuera del hogar. En comparación, su actitud en relación con el registro profesional de las enfermeras contribuyó mucho a lesionar y retardar la evolución de una perspectiva profesional madura al interior de la Enfermería.

³ La noción de que la enfermería y maternidad son actividades naturales de la mujer es un tema antiguo en la cultura occidental. La palabra inglesa *nurse* (nodriza/enfermera) se deriva de la palabra *nutririe* que significa alimentar y amamantar. Hay estudios que sugieren que la enfermera actúa como madre sustituta y que el paciente representa al hijo.

⁴ Esta autora plantea que la enfermería es una representación de la ideología patriarcal que legitima la triada enfermera-médico-paciente. La autoridad de la enfermera delegada, de la misma manera en que la autoridad de la esposa es subsumida a la autoridad del esposo, en tanto que la sumisión del paciente es una analogía directa de la sumisión del niño dependiente y enfermo.

⁵ En el siglo XVIII, el concepto de lo que era una *nurse* se había desarrollado completamente e incluía alimentar, amamantar a los niños y cuidar como actividad especial de las empleadas domésticas.

⁶ En la teoría feminista, la Enfermería es un ejemplo por excelencia de la subordinación de las mujeres al patriarcado y de la explotación de las mujeres bajo las ideologías que reivindican la naturalidad de la Enfermería como un rasgo de la personalidad femenina.

DESARROLLO DISCIPLINAR

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

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

En los cuales no me detendré por cuestiones de tiempo y por entender que son por todos identificables.

Sin embargo sí que me van a permitir que haga alguna puntualización a la segunda cuestión apuntada en relación al desarrollo profesional actual, es decir, la asunción de la totalidad de las características profesionales

CARACTERÍSTICAS DE LAS PROFESIONES Y LOS ELEMENTOS PARA SU DESARROLLO

Los **elementos** que aseguran el desarrollo de cualquier profesión los podemos concretar en base a cinco elementos:

El primero de dichos elementos es el que, siguiendo a la filósofa Adela Cortina (1996), se denomina el "*bien intrínseco*". Es decir, aquello que la profesión proporciona de forma única a la sociedad y que constituye un servicio indispensable para su mantenimiento.

El segundo es el discurso profesional "*...el conjunto de significados que nombran las parcelas de responsabilidad de una profesión, las identifican y diferencian de todas las demás...*"

El "discurso profesional" está compuesto por:

1. Las **bases teóricas** que sostienen la manera específica de nombrar las parcelas de realidad que la profesión contribuye a mejorar
2. Las **denominaciones propias**: el lenguaje profesional formado por las taxonomías que se utilizan y el conjunto de términos que sirven para identificar la actuación y para comunicarse profesionalmente.

La posibilidad de desarrollo proviene del tercer elemento que no es otro que "**el ejercicio excelente**" de la profesión. Y cuando se habla de "ejercicio excelente", se hace referencia al hecho de que sólo es fuente de desarrollo la práctica profesional que cumple rigurosamente dos condiciones: soluciona problemas de los clientes hace evidente la contribución profesional al bienestar social

El ejercicio excelente es la base para conseguir el cuarto elemento del desarrollo: el "**control del mercado**". Así, las profesiones se desarrollan eficazmente cuando: pueden influir en la oferta y la demanda del servicio que ofrecen tienen un elevado control sobre la organización de su trabajo, del entorno en el que este se desarrolla y sobre todo, de los términos de la relación con sus clientes.

Y finalmente, y si bien la capacidad de desarrollo de cualquier profesión proviene fundamentalmente, del hecho de que cada uno de los profesionales que la forman demuestre que soluciona problemas, existe un quinto elemento que también es indispensable para asegurar la continuidad de dicho desarrollo: la **capacidad de unión y representación**. Es decir, al hecho de que la profesión esté organizada y cuente con líderes y representantes.

Y a partir de aquí me parece pertinente plantear ¿quiénes somos? Y que he venido en subtitular como Un cambio de nombre que resume muchos cambios. Y todo esto, y siguiendo con la misma dinámica que hasta ahora, teniendo en cuenta que tal como planteó Harold Mac Millan "**Deberíamos utilizar el pasado como trampolín y no como sofá**".



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

DE LA PROCEDENCIA O DE UN CAMBIO DE NOMBRE QUE RESUME

MUCHOS CAMBIOS

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

Con la fusión de las tres carreras en la de **Ayudante Técnico Sanitario (ATS)**⁷, los practicantes se sintieron rebajados en su “*estatus*”, al ser equiparados con las enfermeras ya que éstas recibían una formación mucho menor y tenían también menos responsabilidades en la atención a los pacientes.

Las matronas no se identificaban con esa nueva carrera y no encontraban sentido al tiempo que debían invertir en los estudios previos que se les obligaba a realizar antes de especializarse.

Aun así, las enfermeras fueron las más perjudicadas ya que con la instauración de los estudios de ATS⁸, perdieron dos cosas fundamentales: el nombre y el objetivo profesional⁹.

La verdad es que casi siempre que se desea borrar parte de alguna Historia, sin querer, se emborriona toda la Historia.

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

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

Es necesario decir que si bien el análisis realizado hasta el momento, sólo afecta a aquella parte de los mismos que se formó antes de 1977, momento en que se pusieron en marcha los estudios de Diplomado en Enfermería¹⁰XXIX, ello no le quita ninguna validez ya que se trata de un parte fundamental del colectivo enfermero español.

En primer lugar, constituyen una parte muy importante de las enfermeras laboralmente activas y en segundo lugar, su importancia se deriva básicamente de que, por su edad y experiencia profesional, muchas de ellas son quienes dirigen y forman a la profesión.

Sin ánimo de presentar una visión excesivamente detallada del colectivo enfermero, puede decirse que, en este momento de su desarrollo socioprofesional, las características más destacadas de las enfermeras españolas se resumen en la existencia, por un lado, de diversas concepciones respecto al eje profesional, al punto en el que debe articularse la práctica; y, por otro, de contradicciones entre su aportación al cuidado de la salud de la comunidad y su incidencia real en la propia sociedad y en el sistema sanitario.

Siguiendo con el símil empleado en el sub-apartado dedicado al análisis de su procedencia académica, puede decirse que, en realidad, a muchos de las actuales enfermeras españolas, nacidas de la fusión de las

⁷ Unificación de las profesiones de enfermeras, matronas y practicantes según lo dispuesto en el decreto de 4 de diciembre de 1953

⁸ Aprobados por el Ministerio de Educación Nacional en 1953.

⁹ En septiembre de 1955 coincidiendo con la aparición de los programas de los estudios de ATS, desaparece la figura de la enfermera como profesión reglada.

¹⁰ Real Decreto 2128 de agosto de 1977



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

carreras de Practicante, Enfermera y Matrona, les pasa que unas han salido parecidas al padre y otras a la madre. O dicho de otro modo, unas se han identificado con el objetivo de la profesión de los practicantes (en "Medicina y Cirugía") y otros con el de la profesión de las enfermeras.

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

En este sentido, es posible hacer una esquemática clasificación de estos profesionales en razón de su concepción de la Enfermería, reuniéndolos en tres grupos que se han denominado "**enfermeras cuidadoras**", "**enfermeras tecnológicas**" y "**enfermeras ATS**".

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

Para las "enfermeras tecnológicas", **el eje del trabajo** es el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, para las "enfermeras cuidadoras" la base son las necesidades del paciente y para las "enfermeras ATS" el punto que articula su aportación es el trabajo del médico.

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

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

PRESENTE Y FUTURO QUE DEFINEN LA ACTUALIDAD ENFERMERA

Ortega y Gasset decía que *“Es el porvenir quien debe imperar sobre el pretérito, y de él recibimos la orden para nuestra conducta frente a cuanto fue”*. Y en base a ello es a lo que planteo el siguiente interrogante: ¿a dónde vamos? O afirmativamente el futuro que ya está aquí.

En este sentido y adoptando las palabras de Alicia, en el inmortal libro de Lewis Carroll, cuando le pregunta al gato *“Podría decirme, por favor, por qué camino debo seguir? A lo que el gato, tras una risa peculiar, le respondió: “Eso depende, en gran parte, del sitio a donde quieras ir”*.

Este breve diálogo nos permite situarnos en la actual encrucijada de caminos del futuro disciplinar y profesional enfermero actual.

Dado que se comparte plenamente la idea expresada por Schumacher (1990) respecto a que *“hablar del futuro sólo es útil cuando conduce a la acción ahora”*, todas las propuestas sobre las enfermeras y enfermeros del futuro que se incluyen, están pensadas para que sirvan de guías para las acciones de ahora mismo. Acciones para construir el porvenir que, en mi opinión, fundamentalmente se realizan a través de la enseñanza.

Y actualmente nos encontramos en un momento trascendental en el ámbito de la educación superior.

Como se ha dicho, el “bien intrínseco” es aquello que la profesión proporciona de forma única a la sociedad y que constituye un servicio indispensable para su mantenimiento.

Partiendo de esa concepción, la formación superior aporta a ese elemento básico del desarrollo de toda profesión que es el bien intrínseco, cuestiones clave:



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

1. Se dirige sólo a quien lo ha adoptado, excluyendo a aquellos y aquellas que se identifican con otros paradigmas. Por decirlo sencillamente: la formación superior en Enfermería **“excluye” a aquellos y aquellas que no se identifican con la prestación de cuidados como el eje que articula todo el trabajo enfermero.**
2. **Hace más clara la identificación del ámbito de competencia y del servicio enfermero ya que: Amplia la comprensión de la comunidad y de los clientes.**
3. **Capacita para demostrar que eso** (esa porción de las necesidades y problemas de la comunidad que identificamos con la perspectiva del cuidado) **es relevante** en relación a la salud y al bienestar de la población tanto como lo es la tecnología aplicada a la curación o al diagnóstico de la enfermedad.
4. El conocimiento profundo de las diversas perspectivas conceptuales, **asegura el pensamiento crítico y el diseño creativo del cuidado.**

Respecto a la capacidad para solucionar problemas, la aportación que hace la formación superior puede concretarse del siguiente modo:

1. **Amplia y define con mayor precisión el ámbito de responsabilidad enfermero..**
2. **Dota de un mayor abanico de prescripción** a los profesionales.

En relación a hacer visible la aportación enfermera, la formación superior **dota de orientación cuidadora** (promoción de la salud, fomento del autocuidado, prestación de cuidados, prevención de la enfermedad...) **a instrumentos que, como tales, son “inánimes”.**

No va a ser necesario extenderse mucho en este punto ya que como es fácilmente demostrable, aquí la formación superior facilita una cuestión esencial: *la capacidad legal para asumir la plena responsabilidad planificadora, gestora e investigadora dentro del sistema sanitario y educativo.*

La aportación que la formación superior realiza al desarrollo profesional, el relativo a la organización de la profesión y a la existencia de líderes y representantes, puede concretarse en dos puntos:

1. **Aumenta la trascendencia social de la profesión** ya que capacita para explicar con mayor claridad la aportación, haciéndolo a *través de los lenguajes que se entienden*: que pueden ser escuchados y que por eso, son eficaces.
2. **Capacita para asumir el reto de dotar al conjunto del sistema de la orientación adecuada** basada en las necesidades y problemas de los usuarios y usuarias y cuyos principales instrumentos son el diagnóstico y el tratamiento médico y la prestación de cuidados *pero también la promoción de la salud y el fomento del autocuidado y la responsabilización.*

A los líderes y representantes profesionales, la formación superior les facilita dos cuestiones:

1. **Una visión más amplia del sistema sanitario y educativo** y del papel que puede desempeñar en ellos el colectivo enfermero.
2. **Una mejor dotación de instrumentos personales y grupales**, que aumenta su capacidad de negociación y pacto.

Por último, sin duda, la formación superior permitirá que las enfermeras reivindiquen, de forma eficaz, **un sistema de promoción profesional basado** en la posibilidad de desempeñar correctamente mayores responsabilidades en la gestión y la planificación de los servicios sanitarios *pero también en la capacidad de resolver situaciones de cuidado cada vez más complejas que se presentan en la comunidad.*

Y todo esto se estructura en base a una nueva planificación de las enseñanzas universitarias que permiten poner en igualdad al resto de disciplinas a la Enfermería y que debe traducirse en un futuro inmediato en el ámbito profesional.

El Grado, el Master el Doctorado y las especialidades constituyen el futuro de la nueva realidad enfermera.



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

Sin embargo y a pesar de estos logros no parece que la realidad diste mucho de lo que hasta ahora he estado refiriendo.

Ser enfermera sigue pareciendo tan sencillo, o lo hacen parecer tan sencillo que queda oculta la enorme dificultad de ser y actuar como una buena enfermera.

Existen una serie de profesiones que, independientemente de la imagen distorsionada que sobre ellas se pueda tener, todos identifican y sitúan inmediatamente. Entre éstas, por supuesto, está la de enfermera.

De hecho la profesión enfermera es identificada desde los primeros años de vida. Los niños y niñas asumen en sus juegos el rol de enfermeras más allá de las connotaciones de género que puedan existir y que no son objeto de mi valoración, y la incorporan como perspectiva de futuro profesional. Esta circunstancia no coincide con otras profesiones que ni son reconocidas por los niños ni tan siquiera por los adultos, en muchas ocasiones.

La población, en general, niños y adultos raramente tiene clara la identidad profesional de antropólogos, sociólogos, matemáticos, físicos... y mucho menos los niños y niñas los incorporan como referencia de sus juegos y de su perspectiva de futuro.

Así pues las enfermeras son claramente identificadas como profesión por la población. Otra cuestión es que la identificación esté distorsionada, subjetivizada, manipulada o adulterada. La sociedad tiene una imagen que se ajusta a la representación de la enfermera a través de su hacer, aquí y en todo el mundo.

Y a pesar de todo ello o precisamente por ello las enfermeras continuamos pensando que nuestro trabajo, los cuidados de enfermería es poco reconocido más allá de los aspectos afectivos, que sin dejar de ser satisfacciones muy dignas, no pueden y no deben quedar relacionadas tan sólo a ellos. Al reivindicar exclusivamente como éxito las satisfacciones subjetivas estamos limitando al círculo de lo afectivo, doméstico y privado el espectro de posibilidades de realización con que cuenta todo ser humano y, por lo tanto, limitando las posibilidades de realización con que cuenta la Enfermería.

Y estos hechos históricamente olvidados, repetidamente ignorados y lamentablemente postergados por sindicatos, sociedades científicas, administraciones, responsables políticos... es un elemento más de los que continúan favoreciendo que las enfermeras se sigan preocupando más por «lo del horario», «el festivo», «el cambio de turno», «el convenio»... que por desarrollarse profesionalmente sobre la base de sus valores y sus activos intangibles que quedan ocultos, al convertirse en burócratas de la salud, que descargan en los usuarios su malestar, sus frustraciones, sin asumir una postura activa y participativa en la resolución de sus problemas y utilizando la falta de tiempo como excusa permanente para la inacción.

Es por ello que definir lo que entendemos por Enfermería, debería permitir delimitar con precisión el marco en el que las acciones enfermeras van a tener lugar, así como las relaciones teóricas entre los elementos implicados que pueden establecerse no sólo para explicarla, sino para entenderla, comprenderla y practicarla.

No hacerlo conduce a una distorsión entre lo que «dicen creer ser» y lo que «dicen saber ser», quedando un espacio de dudas e incertidumbres entre ambos planteamientos que impide el tener una clara identidad profesional. Y es que tal como apunta Argyle (1987) «*el principal origen de la autoimagen y la autoestima probablemente sean las reacciones de los demás, llegando a vernos a nosotros mismos como los otros nos categorizan*»

La Enfermería española ha avanzado mucho desde su incorporación a la universidad, pero como recordaba Collière (1991) «*si es deseada por conferir una imagen de marca a la profesión situándola a un nivel superior del orden social, no le dará, en sí, credibilidad: esta última reside de hecho en lo que de irremplazable aporten los cuidados enfermeros y en el campo de acción que produzcan y revelen*».

La identidad enfermera no se adquiere de manera espontánea como un valor añadido a otros conceptos, teorías o fundamentos. No puede quedar como una idea difusa basada en la intuición. Sobre la base de lo que vemos como parte fundamental de lo que sabemos se debe basar la enseñanza-aprendizaje visual de nuestra identidad profesional que permita ayudarnos a ver lo que vemos y a saber lo que sabemos.

El nuevo Espacio Europeo de Educación Superior en el que estamos ubicados puede y debe ser aprovechado para corregir errores, facilitar estrategias, desarrollar programas, armonizar contenidos... que permitan el equilibrio necesario entre lo que se quiere y lo que se debe ser.

Sin compromiso con las necesidades, deseos y prioridades de cada uno/a de nosotros/as, no puede haber compromiso con nada externo, con nada.



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

Así pues y en base a lo dicho hasta ahora planteo la situación actual y de futuro de la profesión enfermera en base a los siguientes puntos:

- Desarrollo disciplinar no coincidente con el desarrollo profesional.
- Desarrollo profesional no coincidente con las demandas comunitarias.
- Desarrollo especializado incierto.
- Adaptación a las demandas de las organizaciones sanitarias.

El primer punto viene a incidir en el sempiterno dilema teoría-práctica que conduce a situaciones de difícil resolución sino se modifican los planteamientos de profesionalización anteriormente mencionados.

Con relación a las demandas comunitarias y las respuestas de las enfermeras, se puede concretar en base a cuatro premisas básicas de nuestra sociedad actual:

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

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

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

La cuarta característica que debe destacarse es la de que vivimos en una sociedad profundamente medicalizada en la que no sólo aumenta incesantemente el número de enfermedades que se conocen sino que se han convertido en tales, muchas cosas que antes no lo eran. Nos referimos a las disminuciones psíquicas, la menopausia, la puericultura, etc. Igualmente, por primera vez en la historia de la humanidad que también es la historia de la salud y de la enfermedad, surge y se consolida la idea del "mal latente", el concepto de que todos podemos estar enfermos aunque nos creamos en buena salud. Ya no es suficiente sentirse sano para estarlo, la certificación de la salud debe venir desde fuera, desde lo objetivo, desde lo científico, desde la "experteza" o lo que es casi lo mismo, desde la tecnología. Y esta "medicalización de la sociedad" es resultado tanto del poder de la medicina como del deseo de la sociedad porque la medicina utilice dicho poder. Se ha establecido una creencia en la omnipresencia de desórdenes médicos que se refuerza en cualquier medio de comunicación y que puede llevar a pensar que finalmente "vivir es perjudicial para la salud", dado que todos los aspectos de nuestra vida diaria conllevan elementos de riesgo para la salud (Zola 1972).

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

En cuanto al desarrollo especializado también resulta incierto derivado, por una parte, del desarrollo, a mi entender, desacertado de las especialidades. El Real Decreto de 2005 que las regulaba salió publicado bajo presiones, de manera precipitada y con claras deficiencias en cuanto a su planteamiento inicial y posterior implantación. En cualquier caso una vez vigente la normativa y desarrolladas la práctica totalidad de las



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

especialidades – a excepción de la de médico quirúrgica- se plantean nuevas interrogantes ante las nuevas especialistas que se formarán durante los próximos dos años y que se pueden concretar en:

- Falta de planificación previa a la puesta en marcha de las unidades multiprofesionales.
- Falta de un debate que permita identificar la convivencia entre enfermeras generalistas y especialistas.
- Falta de un perfil de especialista en las organizaciones sanitarias que permita dar respuestas adecuadas a las necesidades planteadas por la Comunidad.
- Falta de un debate serio y riguroso que permita generar nuevas figuras como la enfermera de práctica avanzada, de amplio desarrollo en algunos países de nuestro entorno.

Y llegados a este punto cabe preguntarse de quién depende el futuro de la Enfermería.

Y ante tan trascendente interrogante siempre cabe el tratar de tirar balones fuera, mirar hacia otro lado, adoptar el papel de víctimas y culpar a otros o por el contrario asumir la responsabilidad de nuestro propio futuro. En este mismo sentido, también se plantea si la responsabilidad del futuro profesional es de Enfermería o de las Enfermeras. Y aunque la duda parezca irrelevante o incluso se vislumbre como fuera de lugar, es de gran importancia. Trataré de explicarme.

Somos muy dados a situar a la Enfermería como responsable de las acciones y/u omisiones de las enfermeras. *Enfermería realizará..., enfermería debe..., enfermería no acude...* Y debemos tener presente, muy presente, que Enfermería es una disciplina y una profesión y como tales no hace ni deja de hacer nada. Quienes actúan a dejan de hacerlo son las enfermeras y por tanto son ellas y tan solo ellas las responsables de lo que a la Enfermería le suceda y no a la inversa.

Por eso es tan importante hablar del futuro; porque ya está aquí y toca diseñarlo y desarrollar las estrategias que conducirán al mismo.

Y dichas estrategias pasan en primer lugar porque cada enfermera, se haga consciente de que:

Tan importante es el trabajo de quien construye y pule la teoría enfermera, como de quien aplica sus avances en la práctica, como el de quien se encarga de transmitirla, haciéndola entendible y “adoptable”.

El discurso solamente progresa si existe trabajo conjunto e interlocución activa entre las enfermeras de todos los ámbitos funcionales.

Todas las enfermeras, sea cual sea su espacio laboral, tienen parte de responsabilidad en la construcción del ejercicio profesional excelente. Para lograrlo ha llegado el momento en que es necesario hacer las revoluciones en el espacio específico de cada uno. Lo que Goleman (1996), identifica como autoeficacia y que define como: **“La creencia de que uno tiene el control de los acontecimientos y la capacidad para hacer frente a los problemas que surgen”**

Y dicha autoeficacia, se debe lograr desde lo que Ortún (1991), denomina **“radicalismo selectivo”**. Es decir, deben hacerse cambios específicos, mínimos si hace falta, en el entorno laboral, pero radicales. Y deben hacerse solamente si se puede asumir la total responsabilidad de los mismos. Bien porque se sea el único protagonista o porque se posea la certeza de poder contar con el compromiso de todos los implicados.

En cuanto al análisis del poder profesional – la capacidad de control del mercado y de la práctica autónoma -, podemos dividirlo en dos partes.

En cuanto al control de la oferta y la demanda de los servicios, el panorama puede resumirse diciendo que actualmente coexisten un alto nivel de paro, falta de capacidad para limitar la producción de nuevos profesionales, baja oferta de servicios que las enfermeras realizan fuera de los organismos públicos, y una gran resistencia del colectivo a utilizar la fuerza derivada del conflicto, lo que tiene como consecuencia que **la profesión enfermera posea una capacidad muy baja de inducir la demanda y, por tanto, un escaso poder negociador.**



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

Pero si esto es así, no es menos cierto que las enfermeras van asumiendo poco a poco que en el futuro mercado sanitario – en el cual nunca más se darán las condiciones de estabilidad laboral y escaso o nulo control de la calidad que han existido hasta ahora mismo -, las profesiones que prevalecerán serán las que demuestren un más alto nivel de competencia, es decir, la mejor relación servicio/coste.

En cuanto al control sobre la organización del propio trabajo y del entorno donde este se desarrolla, una ojeada rápida indica que, en muchas ocasiones, lo que determina las condiciones del trabajo enfermero no es el cumplimiento de los objetivos profesionales, sino variables derivadas de la atención médica o del funcionamiento de la estructura sanitaria.

Así pues para que el poder profesional (el control sobre la organización del trabajo y el entorno donde se desarrolla), se pueda concretar nos deberemos plantear, en primer lugar, dos preguntas indispensables (¿ayuda a solucionar problemas? y ¿contribuye a que se haga evidente la aportación enfermera?) aplicándolas frente a cada protocolo, orden, sugerencia e incluso, planteándolas ante cada costumbre. Y en segundo lugar, se trata de actuar en consecuencia con la respuesta.

Por último la influencia social de la profesión, tiene dos aspectos: la organización en corporaciones y la existencia de líderes y representantes profesionales.

En relación con los mismos, el panorama actual puede resumirse en tres puntos:

Existen corporaciones, articuladas en función de variables “formales” (colegiación, interés científico y sindicación) que, en general, no disponen de un proyecto profesional global que promueva la adhesión de los profesionales y permita evaluar la coherencia de las actuaciones concretas y sus resultados, a medio y largo plazo, en función de horizontes de desarrollo profesional.

Los líderes y representantes existentes se caracterizan porque son reconocidos en espacios muy concretos y solamente ante actuaciones muy específicas y porque adolecen, en general, de la misma insuficiencia que las corporaciones; o sea, les falta un proyecto profesional global que respalde cada actuación y de coherencia al conjunto de las mismas.

En tercer lugar, y si bien es cierto que existen líderes y representantes que se desmarcan de las características descritas y llevan a cabo su función de manera eficaz, no lo es menos el hecho de que hay aún muy pocas enfermeras con prestigio a consecuencia del reconocimiento de su competencia en cualquier ámbito profesional por parte del colectivo.

Si las enfermeras, si aquellas que tienen niveles de responsabilidad especialmente pero también cada una de las que trabajan en la atención básica, son capaces de construir las estructuras del pacto adecuadas en cada disyuntiva profesional, advertirán que con ellas no sólo se logra cumplir el objetivo específico propuesto, sino que, a través suyo, se consigue promocionar el conjunto del proyecto enfermero.

Por su parte los líderes profesionales debe exigírseles que actúen de acuerdo con un proyecto profesional y que sus acciones estén siempre encaminadas a consolidarlo y difundirlo y que lideren, o sea que conduzcan al grupo hacia una posición de avance, **como si fuesen directores de orquesta.**

Parece especialmente oportuno utilizar la analogía de la dirección de orquesta para tratar sobre la forma más eficaz de llevar a cabo la función de liderazgo dentro de la profesión enfermera, ya que los directores de orquesta conocen muy bien la partitura y el modo en que debe ser interpretada (el proyecto profesional y las estrategias para conseguirlo), reconocen la importancia de cada músico en el trabajo del conjunto, tienen identificados a los “solistas” y cuando hace falta, saben poner a su disposición toda la fuerza orquestal y también, cuando es preciso, saben integrarlos en la armonía común. Y finalmente, cuando los directores de orquesta son excelentes, trabajan de tal manera que a los profanos les parece que la orquesta es tan buena que no necesita director. Lo que dista mucho de lo que en múltiples ocasiones se identifica como que las cosas funcionan a pesar de los supuestos líderes.

Pero no me gustaría concluir sin dejar patente, por una parte, mi total confianza en la fuerza de las enfermeras para lograr una situación profesional cada vez mejor para la Sociedad y para ellas mismas como colectivo. Y por otra para identificar, tal y como hace el documento publicado por el CIE con motivo del día que hoy celebramos “Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad”, las nuevas funciones que deben



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

asumir las enfermeras, pues tal y como se describe en dicho documento, se ha demostrado que ampliar la función y el despliegue de la enfermera clínica especializada y de las enfermeras profesionales mejora la calidad de los cuidados y reduce los costos de organización.

En este sentido cabe destacar, por ejemplo, el estudio de Chapman et al. En el que hicieron un examen de las estrategias empleadas para mejorar el acceso a la atención primaria en el Reino Unido y constataron que la atención primaria dirigida por enfermeras se ha utilizado para “combatir el acceso deficiente a los servicios, y que la selección y las consultas telefónicas dirigidas por enfermeras pueden ahorrar tiempo y mejorar el acceso sin afectar a la calidad de los Cuidados. (Chapman et al., 2004).

En el mismo documento además se resalta la importancia de las asociaciones de enfermería, al constituirse como un medio por el que pueden articularse los intereses de las enfermeras y proporcionar un primer punto de contacto con los principales interesados de la administración y de la sociedad civil, y son esenciales para una contribución eficaz a los debates de política general sobre la manera en que el sistema de salud está orientado, estructurado y gestionado, pero también sobre cuestiones de política más amplias que abordan los factores sociales determinantes de la salud. Las enfermeras, además, según el CIE deben favorecer el desarrollo de los recursos humanos y el mejoramiento de la salud, y participando en los debates nacionales y locales sobre la financiación y la aportación de fondos a los sistemas de salud. (CIE y OMS, 2009, pág. 34).

Por último y no por ello menos importante es el ejercicio de influencia, defensa y desarrollo de la política general en el que las enfermeras cada vez deben incorporarse con mayor decisión y fuerza. Tal y como apunta la profesora Alberdi *“son las enfermeras las que pueden adoptar a la acción política la perspectiva del cuidado y por tanto, son ellas quienes a partir de su percepción –indispensable y única- de las necesidades de cuidados, las que pueden asegurar que efectivamente, el derecho se cumple”* (Alberdi, RM. 2009).

En estos momentos, la profesión está siendo llamada a comprometerse con el trabajo político. Dar la espalda a esta posibilidad es renunciar a colaborar en la consecución de una sociedad más equitativa, más sana y más culta.

A modo de conclusión, el futuro de la Enfermería, depende de lo que las enfermeras quieran que sea. Si dejamos que el mismo dependa de la decisión, voluntad o capricho de otros deberemos conformarnos con lo que ellos quieran. Que no necesariamente será lo que necesite la Sociedad ni lo que, por supuesto, precise la profesión.

Como bien decía el filósofo alemán Abbie Hoffman “El futuro es ahora. Nosotros somos el futuro”

MUCHAS GRACIAS.

BIBLIOGRAFÍA

- 📖 ABDELLAH, F.G. LEVINE, E. (1994). Preparing nursing research for the 21st century. Evolution, methodologies, challenges. New York: Springer.
- 📖 ABEL-SMITH, B. (1960). A history of the nursing profession, Londres, Heinemann.
- 📖 ADAM E. (1982). Hacia dónde va la enfermería. México: Interamericana.
- 📖 ALBERDI CASTELL RM. (1983). La enfermería ¿profesión femenina?. Rev. Rol de Enf; 6(57):21-6.
- 📖 ALBERDI CASTELL RM. (1992). La identidad profesional de la enfermera. Rev. Rol de Enf; 170:39-44
- 📖 ALBERDI CASTELL RM. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. Metas Enferm; II(11):20-6.
- 📖 ALBERDI CASTELL RM. (2002). La Memoria que construye. Rev. Rol de Enf.; 25(12): 67-8.
- 📖 ALVÁREZ L. (1986). Discriminación y olvido del ATS-DE. Trib. Sanitaria; 33:8.
- 📖 ANDRADE N. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Importancia para a Profissao e Responsabilidade no preparo do Enfermeiro. Brasil: En ACTA Paulista de Enfermagem; 3(3): 79-84.
- 📖 ARCAS P Y ALBERDI RM. (1988). La estructura de un sueño. Revista del Ilustre Colegio de ATS de Madrid; septiembre: 13-15.
- 📖 BERNABEU J, COTANDA S. (1991). Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Enferm Científ; 111:28-36.
- 📖 BERNABEU, J. COTANZA, C. (1991). Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Desarrollo normativo. Enfermería Científica, 28-35.
- 📖 BURGUETE RAMOS, MD. MARTÍNEZ RIERA, JR. CEBRIÁN DOMÉNECH, J. (2009). Autovaloración de la práctica profesional de las enfermeras. Rev. Investigación&Cuidados.; 7(14): 21-34.
- 📖 BURGUETE RAMOS, MD; MARTÍNEZ RIERA, JR; MARTÍN GONZÁLEZ, G. (2011). Actitudes de género y estereotipos en Enfermería. Cultura de los Cuidados; XIV(28):39-48.
- 📖 CANALS, J. (1992). La imagen femenina de la enfermería: condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. Rev. Rol de Enf; 172:29-33.
- 📖 COLLIÈRE, M F. (1993). Promover la vida. Madrid: Interamericana. Mcgraw-Hill.
- 📖 CORTINA, A. (1997). “El compromiso profesional en el cuidado de la comunidad”. Valencia: Conferencia inaugural de las “I Jornadas del Grupo de Enfermería Comunitaria de la Asociación Española de Enfermería Docente”, sin publicar.
- 📖 DEVEREUX, B. WEINER, F.R. (1950). The ocupacional status of nurses. The American Sociological Review, 15: 628-34.
- 📖 DUCHARME, F. (1997). La recherche en sciences infirmiers, des défis à relever. Canadian Journal of Nursing Research, 29(4): 123-40.
- 📖 EHRENREICH B Y ENGLISH D. (1981). Brujas, comadronas y enfermeras. Barcelona: LaSal;
- 📖 FREIDSON, E. (1970), Profesión of medicine, a study of de sociology of applied knowledge, Nueva York, Harper and Row.
- 📖 GÁLVEZ TORO, A. (2004). La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos. Granada. Index.
- 📖 GÁLVEZ TORO, A. SALIDO MORENO, M.P. (1999). El conocimiento enfermero: una ciencia aplicada. Metas, II(12): 25- 33.
- 📖 GAMARNIKOW, E. (1978). Sexual division of labour: The case of nursing, en: A. Huhn, y A. Wolpe, ed., Feminism and materialism, womwn and modes of production, Londres, Roulledge and Kegan Paul, pp. 96-123.
- 📖 RODRÍGUEZ TORRES, M.C. (2001). Evolución de la enfermería profesional en España del siglo XX al XXI. Index Enferm. X (32- 33):23-27
- 📖 HENDERSON V, NITE G. (1987). Enfermería Teoría y Práctica. México: Prensa Médica Mexicana.
- 📖 HENDERSON V. (1994). Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España.
- 📖 HENDERSON V. (1971). Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- 📖 HOLTON, S. (1984), Feminine athority in social order: Florence Nightingale’s conception of nursing and health care. Social Analysis (15): 59-72.
- 📖 JULIANO, D. (1989). Ámbito doméstico y autorreproducción social. Barcelona: Centre d’Investigació Histórica de la Dona de la Universidad de Barcelona (publicación interna).



“Situación actual de nuestra profesión”

José Ramón Martínez Riera

Logroño 12 de abril de 2011

- ☞ KÉROUAC, S. PEPIN, J. DUCHARNE, F. DUQUETTE, A. MAJOR, F. (1996). El Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson S.A.
- ☞ LEININGER MM. (1.988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. Nursing Science Quarterly; 1(4): 152-160.
- ☞ LEON, A. (2005). La dama de la lámpara. Florence Nightingale (1829-1910). En <http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html> Visitada el 13/04/11.
- ☞ MARTÍNEZ RIERA JR. (1996). Enfermería: opina la sociedad. Rev. Enf Científica; 170-171: 4-8.
- ☞ MARTÍNEZ RIERA, JR. (2004). Salir del armario. La difícil decisión de asumir una nueva identidad. De ATS a Enfermera. Rev. Rol Enf; 27(10):698-704.
- ☞ MARTÍNEZ RIERA, JR. (2005). Enfermería Basada en la evidencia: Cuidando la evidencia vs Evidenciando el cuidado. Enfermería Comunitaria. 1(1): 52-6.
- ☞ MARTÍNEZ RIERA, JR. (2006). Llega el título de grado. Espacio de crecimiento. Rev. Rol Enf. 29(11): 5
- ☞ MARTÍNEZ RIERA, JR. (2007). Pensamiento enfermero. ¿Quo vadis? Rev. Rol Enf.. 30(4): 295-6
- ☞ MARTÍNEZ RIERA, JR. (2008). Grado de Enfermería. Grado de madurez. Rev. Rol de Enfermería.; 31(7-8): 5.
- ☞ McFARLANE J. (1988). Importancia de los modelos para el cuidado. En: Kershaw B, Salvage J. Modelos de enfermería. Barcelona: Doyma.
- ☞ MOMPART GARCÍA MP (1983). La situación profesional en España: un conflicto permanente. Libro de Comunicaciones y Ponencias de las III Sesiones de trabajo de la AEED. Barcelona: 93-109.
- ☞ MOMPART MP. ALBERDI RM. (1981). Proyecto de Licenciatura en Enfermería. Revista ROL de Enfermería; 37:32-40.
- ☞ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1988). Función de las mujeres en la asistencia sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ☞ ORTEGA MATE MC. (2002). De ATS a diplomada de enfermería. Rev. ROL Enferm. 25(9):16-21.
- ☞ ROSALDO, M.A. Y L. LAMPHERE, ED. (1974). Women, culture and society, Stanford, California, Stanford University Press.
- ☞ SCHULMAN, S., (1958). Basic functional roles in nursing: mother surrogate and healer, en: E.G. Jaco, ed., Patients, physicians and illness, Glencoe, Illinois, Free Press, pp. 528-37.
- ☞ SILES, J. (1999). Historia de la Enfermería. Alicante: Ed. Aguaclara
- ☞ TURNER, B.S. (1981), For Weber. Essays on the sociology of fate, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- ☞ URIBE JARAMILLO, TM; JARAMILLO VÉLEZ, DE. (2002). La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. Rev. Invest. Educ. Enferm. ; XX(2):132-9
- ☞ WATSON, J. (1985). Nursing: Human science and health care. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.
- ☞ ZAPICO, F; ADRIÁN, J. (2003). ¿ Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. Rev ROL Enf.; 26(2):20-30.