

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**La Cultura Enfermera:  
Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de  
Atención Primaria en La Rioja  
(ATS/DUE EAP)**

**Jorge Mínguez Arias**

**Alicante2011**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

No estamos donde queremos llegar,  
no estamos donde vamos a llegar,  
pero ya estamos lejos de donde estuvimos  
M.L.King

## **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



### **UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

El que suscribe, D. José Ramón Martínez Riera, profesor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante.

#### **CERTIFICA**

Que la Memoria para optar al grado de Doctor realizada por Jorge Mínguez Arias, cuyo título es:

**“LA CULTURA ENFERMERA: ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RIOJA (ATS/DUE EAP)”**

ha sido realizada bajo su dirección y reúne los requisitos para su juicio y calificación.

El que suscribe en Alicante, OCTUBRE de 2011

**Fdo.: José Ramón Martínez Riera**

“Abriendo puertas para continuar caminos”



Monumento a la Enfermera desconocida de Valdedios  
Villaviciosa-Asturias  
(A. Camín)

## **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



### **Universidad de Alicante**

#### **Tesis Doctoral**

La Cultura Enfermera:  
Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en  
La Rioja  
(ATS/DUE EAP)

#### **Presentada por:**

Jorge Mínguez Arias

#### **Dirigida por:**

Dr. José Ramón Martínez Riera

### **ÁREA DE ENFERMERÍA**

**Alicante 2011**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	7
<b>1 Justificación general</b>	<b>13</b>
1.1 Planteamiento del tema	15
1.2 Formulación del problema	17
1.3 Limitaciones	19
<b>2 Estado de conocimientos sobre la materia:Marco de referencia</b>	<b>21</b>
2.1 Introducción a los orígenes de la enfermería: fundamentos teóricos	22
2.2 Debate conceptual enfermero: consideraciones previas	31
2.2.1 Contextualización general sobre enfermería	31
2.2.2 El ser humano en la génesis del trabajo enfermero	34
2.2.3 La legitimación del binomio salud enfermedad	37
2.2.4 Las acepciones del concepto de cuidado	44
2.2.5 La profesionalización del cuidado enfermero	50
2.2.6 Controversia en la orientación del cuidado de enfermería	57
2.2.6.1 El largo camino de los cuidados de salud a los cuidados de la enfermedad	57
2.2.6.2 El proceloso camino de los cuidados de la enfermedad a los cuidados de la salud	59
2.2.7 Enfermería comunitaria	61
2.2.7.1 Noción de comunidad	61
2.2.7.2 Semblanza de la Enfermería Comunitaria	65
<b>3 Antecedentes del tema: Estado de la cuestión</b>	<b>73</b>
<b>4 Objetivos del estudio</b>	<b>81</b>
4.1 Objetivo de investigación general	83
4.2 Objetivos y cuestiones de investigación específica	84
<b>5 Hipótesis de trabajo</b>	<b>85</b>
<b>6 Material y métodos</b>	<b>89</b>
6.1 Población y muestra de estudio	92
6.2 Técnicas de análisis	93
6.3 Estrategia de trabajo de campo	95
6.3.1 Desarrollo del análisis exploratorio cuantitativo: encuesta	95
6.3.1.1 Procedimiento y recogida de encuesta	97
6.3.2 Desarrollo del análisis exploratorio cualitativo: entrevista	98
6.3.2.1 Procedimiento y contenido de entrevista	100

6.4	Consideraciones éticas.	103
6.5	Criterios de exclusión	105
6.6	Desarrollo de la investigación	106
6.6.1	Cronograma del desarrollo de la investigación	107
6.7	Aporte original al campo científico enfermero	109
7	Análisis exploratorio cuantitativo del estudio	111
7.1	Aspectos formativos	113
7.2	Situación laboral	113
7.3	Proyección profesional	114
7.4	Credibilidad individual y social	114
7.5	Criterios de profesionalidad	115
7.6	Grado de inquietud o nerviosismo por las condiciones laborales	116
7.7	Análisis bivariante	116
8	El contexto de la Enfermería de Atención Primaria: Circunstancias para un nacimiento	119
8.1	Proceso de confluencia de la Asistencia de Salud Pública y el Seguro Obligatorio de Enfermedad: revisión del marco legal y desarrollo de los servicios enfermeros en La Rioja	124
8.1.1	La integración y unificación del servicio asistencial en La Rioja: visión desde la enfermería	126
8.1.2	Reorganización del Mapa Sanitario de La Rioja, leyes nacionales y normas regionales que regula la provisión de plazas incluida la de extinguir los ATS/DUE EAP.	141
8.1.3	Normativa posterior al año 2006: repercusión directa en los ATS/DUE EAP	148
8.2	Instituciones y perfil de los puestos de trabajo de las enfermeras de Atención Primaria anterior a la reforma sanitaria: Consejería de Salud (Personal Funcionario: Practicantes-ATS de Asistencia Pública Domiciliaria APD) e INSALUD (Personal Estatutario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social ATS de los Ambulatorios)	152
8.3	Organismos públicos y preceptos en la contratación de enfermeras antes y después de la reforma sanitaria: su evolución	155
8.3.1	Criterios en la provisión de plazas del personal de enfermería de los Equipos de Atención Primaria	162
8.3.2	Heterogeneidad y deficiencias sobre salud comunitaria en el perfil formativo del pregrado de las enfermeras de Atención Primaria y creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social	165
9	El comienzo de la Atención Primaria en La Rioja: nacimiento, creación, provisión, asignación de equipos y plazas en los centros de salud	197

9.1	De la atención en el ambulatorio, al comienzo de la Atención Primaria: Situación de la enfermería en el sistema de salud	206
9.1.1	Perfil y contenido de la actividad de las ATS de los ambulatorios de La Rioja	208
9.2	Arranque de la Reforma Sanitaria en La Rioja	235
9.2.1	Nacimiento de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en La Rioja, repercusiones en la atención primaria y en las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería	257
9.2.1.1	Prácticas clínicas fuera del hospital de los alumnos de enfermería	277
10	Instauración de la enfermera comunitaria en La Rioja	295
10.1	Primeros pasos de las enfermeras en los centros de salud de La Rioja	314
10.2	Expansión y asentamiento de los centros de salud en La Rioja	338
10.3	Perfil y contenido de la actividad de las enfermeras de los equipos de salud de La Rioja	378
11	Discusión y resultados	405
11.1	Proceso de adaptación	412
11.2	Asentamiento profesional	416
12	Conclusiones	421
13	Bibliografía	427
14	Tablas	471
15	Anexos	489
16	Documentos etnográficos de la Enfermería de Atención Primaria	503

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **Agradecimientos**

Tendría que tener unos brazos muy, muy largos para poder mostrar con un gran abrazo, mi sincero agradecimiento hacia todas aquellas personas que directa o indirectamente han tenido que ver para que este trabajo haya llegado a buen puerto. Esta tesis también es producto de lo que ya comienza a ser una larga vida profesional, que me ha permitido participar en múltiples avatares enfermeros junto a decenas de personas interesantes, de los cuales tanto he aprendido y que en algunos casos ya estaban aquí, pero en otros han aparecido a lo largo de este viaje para quedarse.

En primer lugar a mi director José Ramón Martínez Riera sin quien esta investigación no hubiera sido posible pues creyó en el proyecto desde el primer momento. Su disponibilidad, su discreto pero constante apoyo me ha proporcionado no solo conocimientos, sino también la seguridad necesaria para continuar adelante en los momentos de flaqueza, que unido a su sincera amistad, ha sido la pócima que convierte en realidad lo que no hace demasiado tiempo era un sueño.

A Blanca Marín por el tiempo dedicado durante el proceso de obtención de Suficiencia Investigadora y el Diploma de Estudios Avanzados.

A mis amigos y compañeros de viaje Iván Santolalla y Eva Jiménez por su sentido práctico.

A la todas las enfermeras y médicos del ámbito de este trabajo que tan generosamente me han dedicado su tiempo y documentación: Rosa Pérez, Maribel Robertson, Charo Castellanos, Julio Romera, Pedro Vidal, Gloria Llaría, Pedro Somovilla, Marisol Martínez, Concha Ausejo, Carmen Rubio, Jorge Olloqui, Félix Fernández, José Luis Hernández Dettoma, Paco Hernández, José Luis Torres, Javier Iruzubieta, Javier Soldevilla, Celia López Fuidio, Marta Sáenz-Torre, Marisa Ayala, Carmen Gonzalo, Carmen Castiella, Esther Lorente, Sole Pérez, Maite Chocarro, Yolanda Bravo, María Luisa Rodríguez Moroy, Ana Ruiz, Ana Puertas, Carmen Costilla, Marian Marca, Cristina Ancin, Isidro Fuertes, Maite Diez, Javier Crespo, José Domingo León, Esther Fernández y a todas las compañeras y compañeros del centro de salud de Labradores y especialmente a las de Arnedo que tanto me han facilitado y facilitan el trabajo diario.

A la Asociación de Enfermería Comunitaria, el Colegio de Enfermería de La Rioja, la EUE, al Sindicato SATSE de La Rioja, y el Sindicato de Enfermería de UGT.

A Roberto García Causo por sus orientaciones en la redacción del discurso.

A Marga, Puy, y Charo Vélaz por su imprescindible ayuda en labores mecanográficas.

Es este un momento que condensa muchísimos recuerdos de gran intensidad emocional que sería imposible si no fuera hijo de Argentina y Jorge practicante y maestro, hermano de dos ATS/DUE, Javier y Carmen, ahijado de una ATS/DUE, Pilar, tío de una enfermera, Macu, padrino de un enfermero José Luis, profesor de decenas de enfermeras, enfermero de miles de personas desde mi trabajo en el ambulatorio de Villaviciosa, Cabranes, Oviedo (Hospital Covadonga y Silicosis), Gijón (Hospital de Cabueñes y Centro de salud de Perchera-Pumarín) y en La Rioja en el centro de salud de Arnedo y Labradores.

Sobre todo a una ATS/DUE, Elvira, a la cual doy las gracias por ser imprescindible compañera de proyecto vital, principal asesora, cuidadora, confidente, implacable crítica y gracias a la cual me ha sido fácil realizar este trabajo además de darme el regalo más importante de mi vida, Guillermo, nuestro hijo que teniendo todos estos antecedentes para ello no se hizo enfermero “nos lo robó” la Ingeniería Agrícola y Agrónoma. A ellos, Elvira y Guillermo, les dedico especialmente este trabajo para tratar de compensar la atención y el tiempo que en algún momento les he hurtado. A todos GRACIAS.

## **1.-Justificación general**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

### 1.1.-Planteamiento del tema

Los servicios de salud son uno de los pilares donde se sustenta el Estado del Bienestar, por lo cual adquiere una categoría especial y es considerado como un tema socialmente relevante. Como consecuencia del valor social que ello genera, es necesario conocer la gestión del cuidado enfermero, sus aportaciones y sus transformaciones más recientes dentro de los espacios socio-profesionales, con especial incidencia en algunos colectivos como puede ser el caso de las Enfermeras.

La investigación sobre la gestión del cuidado Enfermero en la Atención Primaria se justifica porque al ser un recurso sanitario amplio, importante, próximo, con alta confianza por parte del ciudadano (Sarabia;2009) es pertinente mantenerlo y mejorarlo. De ahí que estudiando el proceso de configuración de las identidades socio-profesionales de la enfermera, se harán visibles oportunidades, problemas y determinantes profesionales que configuran la organización del trabajo y por tanto de la gestión del cuidado. Con ello, se posibilita un mayor conocimiento del recurso, y una mejor adaptación a las necesidades de salud de la población que es el modulador último y real del perfil profesional (Del Pino, Martínez Riera; 2007).

Además es pertinente debido a las transformaciones que vive nuestra sociedad, y por ella se permitirá a los profesionales conocer su posicionamiento y actitud respecto de la múltiple realidad social y adaptar su formación a las competencias culturales de las propias enfermeras. (Artigas, Bannasar;2009).

Igualmente es procedente realizar este trabajo porque es necesario profundizar en el conocimiento propio enfermero, que se encuentra íntimamente ligado a las necesidades de la población como ente cultural, con el cual pueden y deben redescubrirse profesionalmente, sin que llegue a reproducir esquemas de comportamiento biomédicos procedentes mayoritariamente del área biologicista.

Otro motivo por el que puede ser oportuna la investigación, es que las enfermeras, a pesar de ser *“el colectivo profesional más numeroso en los servicios de salud, apenas se identifican como protagonistas de tales servicios”* (López Morales;2008). Así mismo es necesario contribuir a la resolución de la aparente contradicción que algunos estudios muestran, como el realizado en el Sistema Andaluz de Salud, donde miden la satisfacción del paciente

considerada como instrumento de calidad del servicio sanitario y entre otros resultados concluye refiriéndose a la Atención Primaria: *“Los usuarios del sistema de salud están claramente satisfechos con las enfermeras con un porcentaje por encima del resto de los profesionales, sin embargo cuando conforman su satisfacción global con el servicio recibido, la importancia de estos profesionales disminuye notablemente centrándose principalmente en el papel de los médicos... Todo ello podría ser síntoma de un hecho muchas veces expuesto y poco sustentado empíricamente cual es la invisibilidad de los enfermeros en la valoración global del servicio sanitario, lo cual probablemente sea reflejo del papel secundario o subsidiario que este colectivo profesional ha tenido hasta muy recientes fechas”* (Serrano Del Rosal, Rancho Romero; 2010). Esto puede estar *“engendrado por un entramado simbólico que permanece en la base de prácticas profesionales, políticas sanitarias, imágenes sociales”* (Miró, Gastaldo, Gallego;2008) y dentro del colectivo puede ser la causa de cierto grado de frustración profesional (Oltra;2010). De ahí que se precise dar a conocer su trabajo a la sociedad, para ser conscientes de las propias contradicciones y dificultades, que pueden radicar en la insuficiente cantidad y disponibilidad de evidencia en la práctica enfermera (Cabrero;1999), además de las dificultades de cooperación que existen dentro del propio sistema sanitario (Gervás,Segura;2007). *“El positivismo junto con el modelo médico hegemónico, han sido las influencias predominantes y a veces opresoras en el desarrollo del conocimiento enfermero”* (Medina, Sandín;1995). Esto se convierte en pensamiento dominante, relegando lo humanístico a un segundo plano, produciendo efectos colaterales de importante calado, como la aparente despreocupación, por parte de los gestores de la sanidad Española, ante la próxima masiva jubilación entre 2010 - 2016 y la salida de profesionales a diversos países extranjeros (Arroyo;2008).

También se justifica la realización de dicho estudio, por ser este grupo de enfermeras el que reúne unas características singulares, como su reciente creación dentro del sistema de salud (24 años), que cuenta con una dotación de espacio y tiempo propio, donde desarrollar la gestión del cuidado, circunstancias inmejorables, que posibilita su visión soberana, dada la posibilidad que tiene de autonomía profesional. La inexistencia de estudios precedentes en la región añade importancia a la realización del mismo como parte definitoria del producto enfermero en La Rioja, piedra angular de la planificación sanitaria eficiente.

## 1.2.-Formulación del problema.

Por todo ello se investigará la cultura de gestión del cuidado enfermero, que como bien define Kerouac es *“un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”* (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major;1995). En este término no solo se engloban teorías administrativas, sino también las propias de la disciplina enfermera que abarcan la creación de instrumentos para la recolección de datos, sobre su experiencia en salud y su entorno. Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente de los objetivos de salud. *“La enfermera debe de realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia de salud y las causas de esa respuesta. La planificación de las intervenciones requieren de la ciencia y el arte de la enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado”* (Zarate;2004). Por tanto, se investiga toda una cultura laboral y profesional de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de La Rioja, a partir de los referentes legislativos, así como el sustento ideológico que rigen y estructura el proceso de trabajo de éste grupo de personas que interactúan entre ellas y que tratan de conseguir un objetivo común, a la par que diverso y con el cual configuran la identidad como grupo profesional, entendiendo por tal *“la actividad pública socialmente útil, cuya remuneración constituye el medio total o parcial de subsistencia de una persona. Procede del latín professio, que a su vez, deriva del profiteri, compuesto del prefijo pro, delante del verbo fateri, confesar, hablar, manifestar. Con arreglo a esta etimología quiere decir tanto como declaración pública manifestación externa de algo...Sin embargo la acepción que recogemos aquí es más estricta; equivale a empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente”* (Gran Enciclopedia Rialp; 1991).

Todas las manifestaciones públicas del citado colectivo profesional, conforman una forma de vida, que de acuerdo a *“los Principios de Sociología; todas las estructuras de la sociedad resultan de especializaciones de una masa relativamente homogénea* (Spencer;1992) y cuando las dimensiones de la estructura cultural y social actúan como patrones dinámicos, se interrelacionan y organizan dando lugar a una cultura particular (Leininger;1995).

Así mismo en este contexto, la acepción del término cultura se entiende como el proveniente del latín Colere que *“su última palabra es colere, que antaño tuvo un amplio rango de significados: honrar con adoración, que se convierte en culto;*

*habitar en un lugar que se convierte en colono; cultivar la tierra, que se convierte en cultivar; y lo que brota del ser humano, que se convierte en cultura” (Rico;2009).*

Por todo ello, si se desea comprender de forma más profunda el funcionamiento de una determinada organización o grupo social, como es el caso de las Enfermeras de Equipo de Atención Primaria de La Rioja (ATS/DUE EAP)<sup>1</sup> “*debemos centrarnos en las actitudes, valores y comportamientos que caracterizan un grupo de personas o una organización, y como se forman esos atributos*” (Key;2008). Este conjunto de premisas y circunstancias favorecen y condicionan que la mirada investigadora se realice desde la perspectiva cultural de la gestión del cuidado enfermero.

---

<sup>1</sup> Intencionadamente se utiliza esta terminología “(ATS/DUE EAP)” por la connotación que hasta ese momento tiene, como termino que definía a la Enfermería de Equipo de Atención Primaria de La Rioja, hasta que el 27 de julio de 2006 se firma el acuerdo que regula las condiciones de trabajo del personal del Servicio Riojano de Salud, suscrito entre la El Gobierno de La Rioja representado por el Consejero de Salud D. Jose Ignacio Nieto García, y por las centrales sindicales C.E.M.S.A.T.S.E. D<sup>a</sup> Celia López Fuidio, D.Jaime del Hoyo Mateo, CC.OO. D. Pedro Gómez del Río, D. José Miguel Baños Martínez C.S.I.-C.S.I.F. D<sup>a</sup> Alicia Santamaría de Diego D. Ángel Laspeñas Rodrigo F.S.P.-U.G.T. D. Jesús del Rincón Ruíz D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Gómez Sánchez S.T.A.R. D. Domiciano Jiménez Rodríguez D. José Antonio Prado García y donde consta textualmente en el anexo y sin ningún tipo de explicación al respecto que el personal sanitario **ATS/DUE EAP (A extinguir)** equiparándolo por referirse al grupo B y en los mismos términos a ATS/DUE (Antiguo Sistema ), Ayudante Técnico Sanitario a extinguir (A extinguir), *Matrona cupo (A extinguir)* y manteniendo términos o categorías como la de ATS/DUE, ATS/DUE Emergencias, ATS/DUE SUAP, Matrona, o Matrona de Área.

### **1.3.-Limitaciones**

La investigación se hace con las Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria de Comunidad autónoma de La Rioja desde 1984, fecha en la que se constituyen los primeros centros de salud. Las fuentes de información, tanto primarias como secundarias, se refieren a tres momentos históricos coincidentes con la situación de la gestión del cuidado que se ponen en marcha al constituir los equipos de salud; con el proceso de consolidación y asentamiento de la Atención Primaria en La Rioja; y la situación actual.

Las fuentes de información fundamentalmente son enfermeras, aunque también se recurrirá a médicos asistenciales de los centros de salud o que en algún momento han estado ligados a la gestión del sistema de salud de la región, y por ello, son o han sido protagonistas dentro de las situaciones mencionados anteriormente.

Así mismo se inicia la recogida de documentos de tipo etnográfico de gran valor para fundamentar y reflejar los instrumentos, registros etc., que cotidianamente se han utilizado a lo largo de estos años en la actividad laboral y que con el reciente proceso de informatización de los centros de salud están desapareciendo.

Hemos de considerar, que en el transcurso de la investigación existe un importante desarrollo del Sistema Nacional de Salud, lo cual produce un incremento de recursos humanos, por lo que en más de diez años las enfermeras contratadas no consolidan empleo estable como personal estatutario fijo (Ley 16/2001 de 21 de noviembre 2001). Esto conlleva a que se produzca una oferta pública de empleo extraordinaria a nivel estatal y algún concurso de traslados regional (Resolución de 5 de julio de 2006), (Resolución 29 de noviembre de 2006), permitiendo que un total de veinticuatro enfermeras procedentes mayoritariamente del hospital, consoliden plaza como propietarias en Atención Primaria sin ningún tipo de experiencia previa en el sector, lo cual las excluye en la selección como informantes clave.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **2.-Estado de conocimientos sobre la materia: Marco de referencia**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## 2.1.-Introducción a los orígenes de la enfermería: fundamentos teóricos

Para situar el desarrollo de cualquier grupo social, es necesario conocer los acontecimientos que se dan y que aparentemente son ajenos, pero que han podido y pueden condicionar el presente (Auge;2007). Pues bien, si se estudia la cultura occidental podremos comprobar que los avances científico-tecnológicos, tales como la electrificación, la mecanización, los cambios formativos y legales entre otros, han influido decisivamente en la transformación de roles en los miembros de la familia nuclear, donde tradicionalmente el padre, era el proveedor y la madre, la encargada de mantener el hogar y el cuidado de los hijos.

Con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo se abandonan paulatinamente los quehaceres “tradicionales” y comienzan a desempeñar un rol social y personal más activo. Esto induce a un cambio de responsabilidades en aspectos como el mantenimiento del hogar, el cuidado educativo de los hijos y de los enfermos dependientes, teniendo que delegar estas actividades a instituciones ajenas a ésta, situaciones que incrementan la demanda de trabajadores cualificados que dispensen y gestionen cuidados de enfermería (González;2008). De ahí que se constituya toda una red profesional de solidaridad social, que facilita y mejora las nuevas formas de vida.

El quién, el cómo somos y para qué, son cuestiones inseparables de un dónde estamos, de dónde venimos, a dónde vamos. Como bien indica Morin “*conocer lo humano no es separarlo del universo, sino situarlo en él*” (Morin;2004), de ahí que dando respuesta a estos simples interrogantes tratemos de analizar la gestión del cuidado enfermero.

Los rasgos culturales de la identidad socio-profesional de las enfermeras de los equipos de Atención Primaria de La Rioja, se van configurando desde 1984, momento en el que comienza la reforma de Atención Primaria (AP), hasta la actualidad.

La gestión del cuidado enfermero, en las últimas tres décadas, ha sufrido una importante metamorfosis, llegando a adquirir un elevado grado de complejidad en su conducta profesional, en la actualidad viene “*definido por la estandarización y sistematización de las actividades (planes de cuidados estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de*

*sistemas de información para la gestión de cuidados (clasificaciones de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados” (Del Pino, Martínez Riera; 2007).*

Si se quiere poner al descubierto los elementos subyacentes con los que define su quehacer socio-profesional cotidiano y determinar los condicionantes que dirigen su atención habitual en el cuidado de salud de las personas, familias o comunidades a las que atienden, es necesario conocer el cómo se ha ido configurando su identidad socio-profesional, de ahí la obligación de revisar su historia interna y externa. Si se desea comprender y entender la realidad de un grupo social, como indica Morin, hay que ver como se seleccionan los datos con mayor o menor significación, ver la lógica que se utiliza para organizar el pensamiento, de ahí que sea necesario “*observar los principios ocultos que gobiernan la visión de las cosas y del mundo, aunque no se tenga conciencia de ello*” (Morin; 1994).

Para la Enfermera Comunitaria ha sido la formación universitaria el precedente más importante que marca el punto de inflexión que trata de homogeneizar los criterios doctrinales y es el plan de estudios del año 1977, el que incorpora la Salud Pública como una parte importante del programa formativo. Posteriormente en 1984, el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, (Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero) crea la figura de la Enfermera de Equipo de Atención Primaria<sup>2</sup> (Alfonso, Álvarez-Darde;1992), integrando en ella las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales. Esto trajo un cambio en la organización del trabajo y por tanto de gestión del cuidado, lo cual le permite finalizar con la modalidad laboral por actividades o tareas. La

---

<sup>2</sup> Término éste como indica Anaya al definir la Enfermería Comunitaria “*hace referencia a un nivel de atención sanitario en el que la enfermera ejerce su trabajo. No siendo lo mismo que Enfermería Comunitaria, aunque éste, sea habitualmente utilizado como sinónimo de Enfermería de Salud Pública, Enfermería Comunitaria, Enfermería de Atención Primaria o Enfermería de Salud Comunitaria, existiendo características que los diferencian y que a la vez los relacionan, de acuerdo a la traducción que del inglés se realice*” (Anaya;2004).

En este trabajo se utilizará indistintamente, pues, además de aludir al nivel de actuación donde desempeña el trabajo la enfermera se pretende referir al contenido de “*la disciplina que desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su Autocuidado*”, según definición de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC

Ley General de Sanidad de 1986, consagra la competencia para trabajar como agentes de salud en la comunidad, y establece institucionalmente toda una red de servicios de enfermería comunitaria, que consagra la organización del quehacer hasta entonces cotidiano, por la modalidad de trabajo por programas, siendo “*la taxonomía NIC muy beneficiosa para agrupar tratamientos y homogeneizar cuidados*” (Nieto, Et alt.;2006). Posteriormente, con la intención de profundizar y mejorar la calidad asistencial, se posibilita la formación en este ámbito del conocimiento enfermero con el Real Decreto 992-1987 que establece entre otras especialidades la de Enfermería Comunitaria (Real Decreto 992/1987 de Julio) y posteriormente lo adaptan y reforman nominándola Enfermería Familiar y Comunitaria (Real Decreto 450/2005 de 22 de abril), y que hasta el año 2010 no ha sido desarrollada.

A pesar de este esfuerzo normativo, se siguen entremezclando diversas formas de práctica profesional, aunque muchas veces no responden a la implementación enfermera y cotidianamente todas ellas se incluyen dentro del ámbito de los cuidados enfermeros. Esta circunstancia produce un efecto de invisibilidad de la epistemología enfermera dentro del sistema sanitario.

Utilizando la mirada histórico-antropológica, “*más cercana a racionalizaciones concretas de sujetos particulares*” (Salazar;1996), “*ayudará a superar el etnocentrismo, tratando de comprender la otra cultura, la cultura propia y las relaciones entre ambas*” (Corrales, Fernández, Grijalvo; 2003), por tanto busca la reflexión inter-subjetiva sobre aspectos relacionados con la formación pregrado, postgrado y los paradigmas profesionales, la situación laboral y su vinculación con el empleo estable, la proyección profesional, ya sea como aplicadora de técnicas o agente social de cambio en materia de salud, la credibilidad individual y social de los sectores más inmediatos, los criterios de profesionalidad, la posibilidad de conciliación de la vida familiar y laboral, son los elementos que nos dan las claves del ser y estar profesional.

La identidad social se conforma sobre múltiples factores, entre otros hemos de destacar el género y la forma de producción. De ahí la necesidad de hacer un análisis de género en las enfermeras, porque el hecho de ser mujer influye en la falta de reconocimiento, observado este en diversas situaciones tales como: las laborales, escasez de personal, el freno en el desarrollo académico, salarios, incomprensión etc.. “*Tanto el género como la enfermería tienen diversas formas de concebirse y ejercitarse en una sociedad plural y con diversidad cultural. Sin embargo cuando hoy hablamos de género y enfermería tratamos de ver la relación de mutua influencia entre ambos*” (Germán;2004). El componente género y

subordinación puede tener sus raíces en los Ambulatorios del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad, en los cuales, los médicos mayoritariamente son hombres y las enfermeras mayoritariamente mujeres, a pesar de considerar las referencias que Amezcua hace al referirse a Foucault, donde indica, que se debe de huir de posiciones dicotómicas (médico dominante, enfermera dominada), y sugiere que la visión de poder es algo más complejo relacionado con la forma de producción del Modelo Médico Hegemónico Occidental (Amezcua; 2009).

Pues bien, la identidad social se estructura y construye sobre un proceso de producción, en este caso la gestión del cuidado, que modela conductas en los individuos y les proporciona determinadas características que les hace diferentes a los demás, denominándose identidad socio-profesional (Moreno;1977).

Por rasgos culturales de la identidad socio-profesional se entiende al *“conjunto de conocimientos sobre las técnicas de trabajo que desarrollan los trabajadores y también un conjunto de ideas, valoraciones y percepciones, que los sujetos comparten, adquieren y elaboran por su participación en un proceso de trabajo, y como destinatarios que son a su vez de la ideología dominante. Todo esto orientará su forma de entender el mundo modelando su identidad social y determinando así sus prácticas sociales”* (Téllez;2002). Así mismo Canovas refiriéndose a la enfermería nos indica que la identidad socio-profesional se entiende como *“la función del trabajo como generador de un código cultural concreto, construido a partir de un saber científico-técnico, como es el caso de la Enfermería, que dota a sus individuos de unos saberes, destrezas y unas prácticas productivas que modelan, a nivel cognitivo, comportamientos, actitudes y valores que se extienden más allá de la actividad laboral misma”* (Canovas;2004).

Si nos atenemos al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el término etimología, es el origen de la palabra, razón de su existencia, de su significación y de su forma. Si esto se refiere a los cuidados se puede asegurar que *“la Historia de la Enfermería es la historia de los cuidados, todo un entramado de hechos históricos, relaciones sociales e interpersonales, al que no se le ha prestado atención por parte de los historiadores hasta muy recientemente...La enfermería no como profesión, sino como ejercicio de las prácticas cuidadoras ha sido una actividad necesaria para la conservación de la especie humana”* (Matesanz;2009).

Dentro del ámbito del cuidado de la salud, se acepta mayoritariamente que uno de los primeros intentos con mayor rigor en la profesionalización del cuidado enfermero en España, tiene sus orígenes en la década de 1860-1870, cuando

Federico Rubio Dalí vuelve después de su cese como Embajador en el Reino Unido, momento que coincide con la creación de la primera escuela de enfermeras en Inglaterra. Este hecho no pasa desapercibido para él y a su regreso, impregnado del espíritu con el que nace ésta institución, impulsa en nuestro país la idea de formar enfermeras diplomadas en el arte de cuidar de modo artístico y científico, que durante un periodo de dos años en régimen de internado, puedan adquirir los conocimientos necesarios para ganarse la vida asistiendo enfermos, siendo acreditadas por un certificado de aptitud. Estos son los principios con los que nace la primera Escuela de Enfermeras en España, que permanece abierta hasta la Guerra Civil Española (Hernández, Delgado, Pinar, Villahoz;1994).

La ley de Instrucción Pública del año 1857, y los reales decretos posteriores hasta su modificación en 1904, son los instrumentos que regulan y reconocen las diferentes profesiones sanitarias, tales como medicina y cirugía, farmacia, veterinaria, arte de los partos, dentista, practicante (**Anexo fotos 50**) y las complementarias que con título oficial pudieran crearse. El 7 de mayo de 1915 por petición de la Congregación de las Siervas de María, se creó la ocupación sanitaria de Enfermera, separándola claramente de la ocupación de Practicante, reconocida legalmente en 1857 como se menciona con anterioridad (Hernández-Conesa; 1995).

*“La Enfermería es un fenómeno social que ha estado influido por los hechos y valores sociales que acontecen a su alrededor en cada momento y que la han ido configurando a lo largo de la historia”* (Matesanz;2009), por esto, es necesario tomar en consideración que formal o informalmente los cuidados enfermeros están fuertemente influenciados por creencias populares y religiosas (Prieto, Galindo;2001) vinculada al ámbito católico. Debiendo recordar normas de hondo calado que miméticamente se repiten como son, las “Reglas de las Hermanas de San Vicente Paúl”, donde el voto de castidad, pobreza obediencia y de asistencia a enfermos son unos de los motivos fundamentales de su existencia. La Superiora es la encargada de designar a las Hermanas Maestras y Enfermeras, además de dictar normas sobre higiene y prevención sanitaria (Gallego, Bosch, Miró, Martín, Sánchez-Cuenca, Zaforteza;2007).

En este largo y tortuoso camino de la profesionalización del cuidado, se observan distintas y diferentes apreciaciones sobre actuaciones en ámbitos semejantes, según Pinar y Hernández *“la enfermera deriva de la figura histórica de los cuidadores; mientras que el practicante procede de la de los cirujanos ministrantes, con orígenes distintos, funciones diferentes, formación académica*

*independiente, distinción y prestigio social, y diversa remuneración económica”* (Pinar, Hernández;1994). A pesar de esto la Ley de Bases de la Sanidad Nacional del año 1944 establece, que en cada provincia se debe de constituir un Colegio de Auxiliares Sanitarios, que acoja, practicantes, matronas y enfermeras tituladas (Hernández-Conesa;1995). Así se engloba bajo un mismo nivel profesional la actividad cuidadora en España, y se constata, haciendo una lectura benévola, que a pesar de encontrarse dividida en tres cuerpos su programa de estudios es muy semejante (Orden 10 de Julio 1940) (Orden 21 de Mayo 1941), reconociendo y asumiendo los sesgos propios de la época relativos al genero, algunas normas que emanan del (Estatuto de las Profesiones Sanitarias, los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios BOE 1945) y algunos autores como Siles, indican que desarrollan actividades incluidas dentro del ámbito de lo que hoy denominamos cuidados enfermeros (Siles; 1999).

Si a esto añadimos que en las décadas de los cincuenta y siguientes, existe una gran eclosión tecnológica del sector sanitario, se dan condiciones suficientes para que se cree y desarrolle la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (Decreto de 4 de Diciembre de 1953). Esto supone la integración de los tres cuerpos anteriormente mencionados en uno, cuyo cometido profesional está empapado del paradigma clásico de ciencia, derivado del quehacer médico y de la tecnología al uso del sistema reparador de la enfermedad.

Sus funciones, extraídas de la legislación de la época *“eran ejercidas tanto en centros oficiales, instituciones sanitarias, sanatorios y clínicas públicas o privadas, como en el trabajo profesional libre, siempre que su actuación se realice bajo la dirección o indicación de un médico y que se hayan inscritos en los respectivos Colegios Profesionales”* (Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre). Acciones profesionales, que como bien indica la norma, deben de estar vinculadas de forma subordinada a la figura del médico.

Con el Real Decreto 2128 de julio de 1977 las Escuelas de ATS se integran en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería (Real Decreto 2128/1977 de 23 julio de 1977) y se crea la titulación de Diplomado Universitario de Enfermería reorientando la formación hacia la actitud original del profesional cuidador (Editorial de la revista Rol;1998:8-32) (Bernabeu, Gascón;1999) (Real Decreto 305/1990 de 23 de Febrero). Durante un periodo transitorio de cinco años se estructura el Curso de Nivelación de conocimientos para los ATS (Real Decreto 111/1980 de 11 de enero), (**Anexo fotos 46**) con el que se equiparan académicamente a los Diplomados de Enfermería (Real

Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre). En fechas más recientes se establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los Estudios Oficiales de Grado (Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero), la formación de Especialidades de Enfermería (Real Decreto 450/2005 de 22 de abril ) que modifica reemplaza la anterior del año 1987 (Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio), y la expedición de títulos universitarios oficiales de Master y Doctor (Orden ECI/2514/2007, de 13 de agosto).

Este conjunto de circunstancias que acontecen a lo largo de la historia profesional implican que dentro del colectivo enfermero se entremezclen diversas formas de pensar y de actuar que son consecuencia, entre otros, los cambios en los contenidos formativos, condición que dificulta la confección del cuerpo doctrinal propio y su imagen social.

El profesor Siles tiene en cuenta la evolución mostrada por la profesión, desde la visión tanto filosófica, como epistemológica e ideológica en su relación con el sujeto/objeto (Zaidier, Olivia;2005), y al basarse en el concepto de paradigma, como modelo que rige la ciencia en un periodo determinado (Kunh;1975), llega a concluir en tres que configuran el perfil profesional de la enfermera (Siles; 2000):

1º.-El paradigma racional tecnológico, es el más veterano, heredero del neopositivismo. Consagra la objetividad y la neutralidad de la ciencia. La enfermera es una aplicadora de técnicas que ejerce su profesión de forma totalmente subordinada a la figura del médico con categoría de auxiliar del mismo. El papel de la enfermera se reduce al control del proceso, como manipuladora externa respecto a las necesidades de salud de la comunidad. El paciente se transforma en un simple receptor procedimientos, tratamientos y consejos lanzados desde las instituciones. *“El concepto de salud es vacío y negativo, dado que se concibe como la ausencia de manifestaciones clínicas y su elaboración corresponde exclusivamente a las autoridades sanitarias. La forma de entender la ciencia es totalmente neopositivista y se construye mediante investigación experimental y pruebas estandarizadas. La enfermería no puede desarrollar su conocimiento más que como una subdisciplina o apéndice auxiliar de otras ciencias de las que depende para renovar sus conocimientos y técnicas. Este período de la enfermería se corresponde históricamente con el comprendido entre la Ley Moyano de 1857 y la inclusión de la enfermería en la Universidad en 1977”.*

2ª.-El paradigma hermenéutico *“se origina en un entramado de influencias entre las que destaca el existencialismo, el interaccionismo simbólico y la fenomenología, que supone el comienzo de un proceso de cambio cualitativo*

*en el que la enfermera puede actuar como agente de comunicación comprensiva con el individuo, la familia y la comunidad. El papel de la enfermera no se reduce a la mera aplicación de procedimientos, sino que toma en consideración la situación del paciente, el cual le transmite sus percepciones, inquietudes y expectativas”.*

El rol del paciente adquiere categoría de sujeto comunicador de su situación y el concepto de salud participan individuo, familia, comunidad y enfermera. El conocimiento de enfermería se construye mediante la sociología interaccionista, la fenomenología, antropología, etc... Este período corresponde al espacio histórico comprendido entre el proceso de integración de la enfermería en la Universidad y la Ley General de Sanidad de 1986.

3°.-El paradigma socio-crítico, *“la enfermera se considera un agente de cambio socio-sanitario en cuyo proceso implica al individuo/ la comunidad, mientras que el paciente es un sujeto implicado en su propio proceso de cambio socio-sanitario. El concepto de salud es positivo y se reelabora interactivamente (sujeto-enfermera) de forma dinámica conforme evoluciona la situación”.* El tipo de conocimiento es el propio de una enfermería social dentro de un proceso dialéctico cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias. Este conocimiento se construye mediante la investigación crítica, la antropología de la educación y pedagogía activa y participativa. Este período tiene su inicio en la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986.

En síntesis, estos tres perfiles confluyen en la práctica hacia dos diferentes modos del proceder profesional, uno de ellos producto del primer paradigma y el otro resultado del segundo y tercero. Todos ellos se entremezclan con frecuencia en la práctica cotidiana, pudiendo afirmarse que actualmente en el mismo sistema sanitario coexisten diferentes Subsistemas Enfermeros (Alberdi;1998) (Dasí;1996). Este hecho causa problemas de identificación, no solo a los profesionales sanitarios sino también a la población, pudiendo ser ésta una de las circunstancias que dificultan el desarrollo profesional, y que restan posibilidades de eficiencia social del colectivo. De ahí la necesidad de estudiar a este grupo concreto profesional de Enfermeras de Atención Primaria de La Rioja durante el periodo que transcurre en las dos últimas décadas después del inicio de la reforma sanitaria de 1984 (Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero) (Ley 14/1986 de 25 de abril).

## **2.2.- Debate conceptual enfermero: consideraciones previas**

Llegados a este punto y antes de profundizar en el análisis de la Enfermería Comunitaria hemos de examinar términos meta-paradigmáticos que son omnicomprensivos y por ello llenos de significación mítica, que actúan como auténticos arcanos que hacen difícil su comprensión por la falta de concreción. De ahí que sea necesario explorar previamente como indican los expertos *“la relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno, que constituyen el núcleo de la disciplina enfermera”*(Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major;1995). Añadiéndoles el concepto de enfermedad, son acepciones ligadas al concepto de profesionalización de Enfermería Comunitaria. Esto nos ayudará a reconocer el contexto cultural en el que se desarrolla, el tipo de constructo humano, sus propias connotaciones de universalidad y de diversidad particular, que a continuación se describe y analiza:

### **2.2.1.- Contextualización general sobre enfermería**

La descripción del contexto, ayuda a poner de manifiesto los referentes culturales y por tanto las influencias de éste sobre las formas de comportarse los individuos o en su caso los grupos profesionales, que como bien indican algunos autores refiriéndose a problemas sanitarios *“el contexto en que se ejecutan los roles tienen más influencia sobre la salud mental de las personas, que los verdaderos roles que ésta ejecuta”* (Dennerstin;1994). Como bien indica López y Peña, la trama de las ideas donde se sustenta la enfermería comunitaria, es *“la plataforma conceptual y práctica denominada salud colectiva, que reconoce los procesos de salud-enfermedad-representaciones-respuestas sociales, donde es necesario explicar hechos histórico-sociales que determinan los procesos más allá de la causalidad biológica”* (López, Peña;2006). Así mismo, Eseverri afirma que *“la enfermería de hoy, aunque permanece enfocada hacia el futuro, paradójicamente se apoya en el pasado. Porque la enfermería siempre es de ayer, de hoy y de mañana. La enfermería de siempre y para siempre se cimienta en la historia”* (Eseverri;2006). Por todo ello, es obligado no olvidar el texto y el contexto donde ésta se desarrolla, que no es otro que el camino abierto junto con otras profesiones del ámbito de la salud, y que de acuerdo con lo que el propio Comelles indica refiriéndose a la consolidación corporativa de las profesiones sanitarias *“ya en el siglo XVIII (la medicina entre otras), intenta buscar y asegurarse el monopolio de la gestión de la salud mediante un pacto con la burocracia estatal para excluir administrativa y jurídicamente cualquier alternativa, para recuperar para sí, campos propios de los auto-cuidados, y medicalizar la sociedad basándose en*

*la idea de universalidad que sustenta al modelo médico hegemónico” (Comelles, Doura Arnau, Martín;1991). Esto debe de ser tenido en cuenta junto con el concepto de profesionalización que más adelante abordaremos, ya que hasta entonces el pensamiento prevalente era la negación de lo infinito, y a partir de ese momento se adquieren los poderes de lo positivo, pues la estructura antropológica que surge, es la de mostrar el rol crítico del límite, el del origen, siendo ello la esencia de la medicina positiva (Foucault. M;1996). La estrategia seguida después del siglo XVIII, según el citado Comelles “se centra en dividir la atención a la salud en un sector gestionado por los médicos con criterios técnico científicos y un cajón de sastre de prácticas tradicionales o folk que deberían ser aculturadas por asistemáticas, irracionales y supersticiosas. Así la hegemonía médica se construye por parte del Estado, desde el concepto de beneficencia del Renacimiento de Luis Vives y posteriormente con el concepto de bienestar social” (Comelles. JM;1994). A esto, también hemos de añadirle algo que en el subconsciente colectivo de nuestra cultura pervive y es la representación judeo-cristiana de la idea de enfermar como castigo divino, que va unida a la tekhené griega, con la cual se ve legitimada por parte del poder político, como bien confirma Iruzubieta en su investigación sobre La Casa de Socorro de Logroño; “la higiene pública tradicional había defendido la trascendencia profiláctica de las instituciones benéficas en la medida en que partían de la concepción cristiana o caritativa” (Iruzubieta.FJ;2006), mostrando así el arraigo histórico social en el que se sustentan.*

Todo ello llega a construir una red de codificaciones simbólicas, que actúan de columna vertebral que sustenta a la medicina hegemónica como algo aparentemente homogéneo, como Fdez-Rufete sostiene, “conceptos tales como biológico, natural, empírico, racional, científico, objetivo o verdadero, sustentan todo un edificio ideológico y limitativo que confiere a la medicina y a la práctica médica un estatuto ontológico que le permite reservar el monopolio de un tipo particular de violencia simbólica y legítima” (Fernández-Rufete; 2000). A pesar de referirse explícitamente a la medicina, dentro de éste amplio manto conceptual, también se incluye por motivos de reflexión y análisis a la enfermería, como consecuencia del proceso de enculturación al que ha estado sometida durante años, dada su adscripción fundamentalmente al paradigma racional tecnológico. De esta forma, donde se limita a aplicar técnicas, como auxiliar subordinada a la figura del médico, siendo mera manipuladora externa de las necesidades y problemas de salud de los pacientes. Por todo esto desarrolla su labor como sub-disciplina auxiliar de otra ciencia, de la cual depende para renovar sus conocimientos técnicos, y paralelamente reproducir y ser copartícipe, por puro mimetismo de los principios que sustentan al modelo

médico hegemónico occidental. Este argumento está arraigado en la sociedad, como bien mantienen De Pedro y Morales “*se ha concebido tradicionalmente a la enfermera como una profesional que desempeña tareas de eminente corte práctico, para las cuales una buena formación empírica era más que suficiente. De hecho su formación siempre ha estado muy condicionada por este fenómeno, generando múltiples instituciones docentes vinculadas a hospitales que, realmente, eran centros de formación y provisión de masa laboral adiestrada a imagen y semejanza de la institución. Por tanto, el rol del conocimiento ha estado ajeno durante mucho tiempo a las enfermeras, permaneciendo incrustado en las organizaciones y en los agentes que las componen*” (De Pedro; Morales; 2004). Cotidianamente se subordina la profesión enfermera frente a la profesión médica. El médico, es el referente de acción y el modelo biomédico es el camino a seguir, influidos por el imaginario colectivo en el que la entrega y dedicación es prioritaria frente a la práctica fundamentada en la científicidad propia, donde se pueda implantar un espacio profesional con identidad enfermera (Cano;2004).

En la España de los años sesenta, el modelo médico hegemónico, se convierte por su creciente tecnificación, en el instrumento fundamental que proporciona vida y salud en el sistema sanitario. No es coincidencia que en ese momento comiencen a surgir los primeros análisis críticos con el citado modelo, aunque si es cierto, que no con demasiada repercusión en el colectivo sanitario, a pesar de ser tan cotidianos en la actualidad, como lo muestra Ivan Illich en su obra *Némesis Médica* (Illich;1974) donde acuña el término de *Iatrogenesis Social*, asumiendo con el citado concepto los múltiples daños que la medicalización produce (Gervás, Segura;2007) y por tanto, como remarca Gálvez, ya se puede “*escribir sobre la expropiación de la salud en la propia historia contemporánea*”(Gálvez;2002). Domingo Palacios sintetiza perfectamente estas ideas y su repercusión en la profesión, cuando afirma que “*la modernidad junto con el pensamiento positivista marcaron y determinaron la manera de construir y entender el mundo entre el siglo XVII y principios del XIX. Siendo sus principales instrumentos la tecnología, la razón y la ciencia convirtieron la eficacia lo objetivo, lo pragmático, y lo tangible en elementos imprescindibles y necesarios en nuestra forma de vivir y percibir nuestro entorno y nuestras relaciones* (Palacios;2007). La enfermería como disciplina y los cuidados como objeto de estudio, estuvieron marcados por esta influencia, impregnados de este pensamiento moderno y positivista.

### **2.2.2.-El ser humano en la génesis del trabajo enfermero**

El ser humano es un ser histórico, desde que nace hasta se muere. Amparo Nogales sostiene que su historia, está encadenada a la historia de la enfermería (Nogales;2006). López mantiene que el objeto que sostiene la esencia de la actividad enfermera es el cuidado de la salud del individuo familia o comunidad. Este planteamiento tiene un amplio consenso, casi unánime entre los profesionales cualquiera que sea el cuadro paradigmático que éstos adopten *“Cada corriente filosófica aborda al hombre desde una perspectiva conceptual, y fija su interés en alguna de las múltiples facetas que lo constituyen (ontología, fenomenología, cósmica..)* Cada profesión, por otra parte, se acerca al hombre con una visión específica que responde al servicio que le presta y a las demandas particulares que la sociedad requiere de ella” (López;1992).

Este concepto de cuidado del ser humano es amplio y complejo, se diversifica tanto como los modelos de sistema socioculturales divergentes existen, siendo éstos, el escenario de referencia que condiciona su forma de ser y estar, y por tanto su comportamiento. De ahí que, para comprender el tipo de cuidado que se aplica, sea necesario analizar el concepto de ser humano desde el cual se parte.

En la historia contextual de lo humano, aparentemente existen algunos rasgos que son comunes en los distintos sistemas socioculturales, como su constitución biológica. También existen otras características comunes que van más allá de lo puramente material, siendo este planteamiento reconocido y aceptado universalmente en todas las culturas.

Para describir el concepto de ser humano, en principio se hará a través de esa aparente primera característica común que es su estructura morfo-biológica. Por ello, se puede afirmar que es un animal y forma parte del conjunto de los seres orgánicos vivientes, perteneciente a alguno de los linajes de los grupos biológicos, incluido en el de los grandes monos antropoides. Eso significa, que pertenece al grupo de los grandes mamíferos, dado que la hembra de la especie mantiene una relación especial con su descendencia, que es darles de mamar.

Desde este punto de vista de la realidad zoológica tiene mucha importancia ser mamífero, pues éstos, son los animales que han desarrollado comportamientos complejos de organización y de conducta, que implican una dependencia de la prole de forma prolongada en el tiempo. Este hecho tan cotidiano, la

dependencia prolongada de la prole, significa que el carácter orgánico y las capacidades psicológicas con las que nace son similares a las de los seres que nacen prematuros. Todos los partos de los grandes mamíferos de acuerdo a este concepto son prematuros, esto condiciona que tenga un largo proceso de aprendizaje, cuanto más aprendizaje, más compleja es la conducta que puede desarrollar y más complejos son los sistemas de organización en los que ajustan la vida en común de esos individuos y en el vértice de dicha complejidad está la especie humana. Esto genera un hecho que hace singular al ser humano, común en todas las culturas y que les hace diferentes al resto de las especies, y resulta que es un ser que se dice, que se cuenta, eso si, de acuerdo al escenario donde se desarrolla. Esta propiedad tan característica, nos distingue drásticamente del resto de mamíferos, pues ellos no se dicen.

El ser humano, es el animal que tiene el Don de la Palabra, con la cual se cuenta, se dice, es el animal que habla que cuenta historias. Éste reside en otro orden además del puramente biológico y es el orden narrativo, con el cual sobrevive y trasciende a la propia realidad biológica, con la que traspasa el mismo momento. Con ese otro orden permanece aunque no esté físicamente y por tanto la realidad no la vive si no la cuenta, porque así la hace comprensible, y si la comprende la posee. De ahí se puede decir que el ser humano es aquel ente biológico que habita, que está en el orden narrativo.

Esto es el hecho diferencial típicamente humano, que lo distingue de los grandes mamíferos, los monos antropoides. Constantemente se cuentan para saberse. Por eso podemos decir que el ser humano es un ente biológico psicológico y social, un todo tridimensional unificado sometido a la fuerza de la naturaleza. Capaz de reflexionar sobre los hechos colaterales y su propia experiencia, con capacidad de simbolizar y de decirse. Es un animal que sabe que tiene historia y que la dice. Se dice a través de símbolos que son elementos fundamentales para poderse comunicar (Marín;1997).

Este orden plantea determinantes tales como la múltiple y compleja situación que es la comunicación, donde intervienen, dada su complejidad, la actitud del que trasmite, el medio utilizado para transmitir, así como el que recibe el mensaje, todos ellos dentro de un texto y un contexto que condiciona y determina la propia realidad. Todo ello presidido por la implícita capacidad de simbolizar que asiste al ser humano elemento esencial para guiarse en el vasto proceso interpretativo que realiza mediante la definición de objetos, situaciones e interpretaciones que interrelaciona lo físico con lo intelectual (Ibarra, Siles;2006).

De ahí la importancia que tiene el considerar y conocer la complejidad que entraña el concepto de ser humano, que va más allá de lo puramente biológico, que por su morfo-biología necesita relacionarse con los demás generando como consecuencia de esto toda una red muy compleja, que no habita en el orden biológico sino en el psicológico y en el social. Por eso debemos considerar, como indica Medina que *“la persona es un ser bio-psico-social como un todo irreductible, en congruencia con valores y epistemologías propiamente enfermeras”* (Medina;1994), aunque la medicina hegemónica fundamente su *“perspectiva analítica, empírica y experimental muy adecuada para el estudio de los procesos biológicos y biopatológicos que como fenómenos naturales que son, presentan una cierta estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia del contexto, pero han reducido lo humano a lo biológico”* (Medina;2006), de ahí la necesidad de la reflexión sobre la génesis del concepto de ser humano en el trabajo enfermero, dada la capacidad de influencia por la proximidad a nuestro contexto profesional en determinadas épocas de nuestra historia.

### 2.2.3.-La legitimación del binomio salud enfermedad

Llegados a este punto, es necesario realizar una reflexión sobre la percepción del binomio salud-enfermedad. Para comenzar este juicio haremos una pequeña digresión y aludiremos a algo muy actual y aparentemente ajeno a este contenido, pero que guarda un inmenso paralelismo como es la “Gestión, consumo y planificación del agua”, temática abordada dentro del Congreso de la Cultura del Agua organizado por la UCAM en ciudad de Murcia en junio de 2003, donde disertaban D. Antonio Aledo Tur sobre “¿Quién decide cuánta agua necesito?, Agua, poder y post-capitalismo”, D. Luis Balbiano Amilibia, "Agua, transparencia y participación", y D. Andrés Pedreño Cánovas "Del jornalero agrícola al obrero de la factoría vegetal".

A través de sus exposiciones muestran una serie de elementos como son: la concentración de poder, la mutabilidad de la resistencia, el espíritu acrítico, la creación de los mitos fugaces, la acumulación de riqueza de forma rápida, sustentado en los medios técnicos avanzados. Son estos términos los que rigen, marcan y controlan, la ley de la oferta y la demanda, olvidándose del papel de la salud en la cultura humana.

Estos son los elementos que en esencia gravitan sobre el binomio salud-enfermedad y que por tanto están condicionando parte del proceder cotidiano del ser humano y por tanto la actividad cuidadora. La salud y la enfermedad ha sido y debiera de seguir siendo, un medio a través del cual la persona cumple su ciclo biológico preparado para ella. Spector dice que “*existen innumerables espejos en los que mirar para ponderar los conceptos de salud y enfermedad*”(Spector;2002), por tanto y siguiendo la estela del pensamiento de Menéndez (Menéndez;1978), podemos decir que este binomio son conceptos contruidos, que tienen esa proyección subjetiva en el propio sujeto, donde él es capaz de identificarse a partir de esa situación, a pesar de las variaciones que a lo largo del tiempo se van produciendo, hasta llegar al que actualmente acepta la OMS, donde la salud no es solo la ausencia de enfermedad si no el completo bienestar biológico, psicológico y social (OMS;1978).

El análisis de este binomio lleva implícito múltiples dificultades para su delimitación, por ello, debemos considerar que la mera ausencia de enfermedad no garantiza la salud, ya que ésta es una construcción social multicausal, objeto y principal obstáculo a la hora de definirla y de acotarla, pues cada pueblo y cultura tiene su propio concepto al cual da respuestas variadas. Por tanto, se

puede afirmar que es un criterio polisémico y multidimensional (Mariano, Encinas; 2003).

La salud y la enfermedad es algo totalmente subjetivo y por tanto debemos de entroncarlo con la propia esencia del ser humano, dado que reposa en lo más íntimo de éste. Su capacidad de simbolizar, es el elemento principal de abstracción en consonancia con cada cultura, entendida según Perdiguero como “*el conjunto de reglas o guías de comportamiento, aprendidas, compartidas y simbólicamente transmitidas*” (Perdiguero;1996) o como bien nos indica Ruiz “*los valores percibidos dentro de una organización*” (Ruiz;1999). Éste hecho hace que sea algo arbitrario y que puedan expresar valores con un significante y un significado diferente y personal, convirtiéndolos en auténticos códigos normativos a través de los cuales la persona o el grupo profesional se identifica.

Según lo anteriormente mencionado, la salud y la enfermedad, no son conceptos neutros, están relacionados con la propia vivencia como sujeto histórico y cultural, continuamente modificado y construido en función de los distintos espacios de legitimidad que socialmente deciden que es estar sano y que no. “*El método consiste básicamente en nombrar y moldear la experiencia de la gente. Se trata de dar (con) las palabras adecuadas para definir un conglomerado de sensaciones, síntomas, preocupaciones y problemas hasta entonces indefinidos e incluso desapercibidos como condición clínica. Por lo común, se lleva a cabo conforme a un proceso de identificación y diagnóstico*” (González Pardo, Pérez Álvarez;2007). Esto a la vez resta legitimidad al sujeto dado que le definen, le conceptualizan lo que es la salud desde el ámbito de lo social. Esto sin duda alguna, hace que se delegue una importante capacidad de decisión personal en otros sectores ajenos al individual, que en el caso de la salud, suelen ser en los profesionales sanitarios, produciendo una alta concentración de poder y dominio del individuo en el modelo médico que se convierte en hegemónico.

Según Harris en la concepción que tienen los grupos sociales sobre la realidad, tienen “*dos perspectivas diferentes, la de los propios participantes y desde la de los observadores. En ambos casos, son posibles descripciones científicas y objetivas de los campos mental y conductual. En el primero, los observadores emplean conceptos y distinciones que son significativos y apropiados para los participantes; y en el segundo, conceptos y distinciones significativos y apropiados para los observadores. Estos dos modos de estudiar la cultura se llama emic y etic...derivan de términos fonemics y fonetics...El primero estudia la cultura emic visión del mundo de los participantes nativo, aceptada como real significativa o apropiadas... la descripción etic es sencillamente su capacidad de generar teorías fructíferas desde el punto de*

*vista científico sobre las causas de las diferencias y semejanzas socioculturales”* (Harris. M; 2004). Veamos a continuación como construyen y se entremezclan estos dos conceptos.

Arrizabalaga mantiene que la *“perspectiva constructivista, que subraya la naturaleza dual, biológica y cultural de la enfermedad, abrió la puerta a un sinfín de encarnizadas discusiones en torno al papel que corresponde a cada término del binomio biología –cultura en la génesis y desarrollo de las enfermedades humanas en diferentes contextos sociales pasados o presentes”*(Arrizabalaga;2000).

La idea de salud en la actualidad va sufriendo una autentica metamorfosis dado que en el modelo biomédico (Dasí;1996) el padecimiento podía ser claramente definido, por el contrario en la actualidad penetra en mundos interpretativos muy distintos, tales como la moda, la belleza, el descanso, el desempeño social, el desempeño de estereotipos confundiendo la salud con lo saludable, asociándose a cánones que proceden de otros campos de la experiencia humana. La salud ha pasado de ser un medio a partir del cual el sujeto cumplía el ciclo biológico vital programado, a convertirse en un fin en si mismo.

Socialmente hay cierta necesidad de enfermedad, consecuencia de la medicalización brutal a la que en los últimos años hemos asistido. La medicina institucionalmente ha ganado el territorio a la salud con la medicalización de la vida, como se muestra en los estudios del sesgo de género y la práctica médica (Ruiz-Cantero, Verdú;2004).

En la salud impactan otros aspectos conceptuales y de oportunidad que la condiciona y determinan (Rueda;2005), la salud ha entrado a formar parte y es un elemento más del mercado y el consumo (Feo;2003). La salud era algo difícilmente objetivable, que remite en teoría a lo más íntimo del sujeto, lo saludable era lo que yo construía, lo que el yo consideraba un bien para sí en términos de equilibrio. En la actualidad cada día son más las referencias que me dicen lo que es saludable o lo que no lo es, hasta el punto que infieren y lo relacionan con cuestiones estéticas sobredimensionando así la propia realidad. Por eso, se ve constantemente en la publicidad de los medios, que la persona saludable es aquella que responde a un canon estético determinado.

En la conceptualización de la salud-enfermedad también viene condicionada por una serie de procesos relacionados con experiencias personales anteriores, el tipo de relación con el entorno y profesional, donde se perciben valores y

síntomas que hacen de auténticos filtros a la hora de actuar respecto de la enfermedad y la salud.

Cuando la persona se ve inmersa en el proceso de auto-atención (Menéndez; 2003), el individuo sopesa y toma remedios sobre lo que debe de hacer o no, y si no se obtiene solución adecuada acude posteriormente al sistema médico. Con posterioridad valora lo indicado y actúa de acuerdo a ello, o modifica o se olvida. Así es como el enfermo se mueve y moviliza su entorno, donde se le suplente, cuida, se le evita sufrimiento. Ese tipo de actuación paulatina respecto de lo que se hace frente a la enfermedad, viene definida culturalmente, pues existe una preconcepción y cada persona concurre con su imagen ideal al acto médico que no suele coincidir con lo científicamente previsto sobre la patología.

Existen una serie de condicionantes en el proceso evolutivo de la enfermedad como pueden ser la duración de la visita, las pautas de comunicación, la naturaleza e incidencia de los cuidados en la vida cotidiana, la expectativa sobre la cantidad y el precio del medicamento. Como bien indica el Dr. José Luis García, el médico ejerce en un sistema sociocultural, donde asume roles que van más allá del diagnóstico y del tratamiento, donde para ejercer debe de mandar, prohibir, prescribir y recomendar, siempre en escenas y escenarios culturalmente tipificados (García García;1985). Según esto y siguiendo la estela de la antropología inglesa podemos decir que existen tres grupos o formas distintas de ver la enfermedad:

- 1°.-Visión disease, que es la que tiene la medicina académica.
- 2°.-La visión illness es la concepción que tiene o experimenta el propio individuo, denominada etnomedicina.
- 3°.-La visión sickness que es el significado social de los desordenes conductuales o biológicos de origen patológico, que se convierten en hechos sociales significativos.

Por eso se dice que la respuesta a la enfermedad, no es un acontecimiento dual, médico-enfermo. Enfermar es un hecho social, de ahí que el cuidado enfermero debe de ser algo más que ilustrar a la población sobre precauciones y medidas que la biomedicina aconseja, por eso a éste se debe de incorporar todo el proceso humano de la enfermedad.

La biomedicina fundamenta los éxitos en la objetividad de los distintos logros, donde el organismo funciona y reacciona a través de determinados mecanismos biológicos. Si se conocen se pueden superar sus carencias con posibles principios naturales, por ello el abordaje es sobre los indicadores patológicos,

olvidando la dimensión social de la enfermedad y su carácter simbólico, de ahí que convivan con sanadores curanderos o especialistas populares.

La enfermedad se introduce en el ser humano casi exclusivamente como una alteración del funcionamiento de lo biológico o conductual, pues el concepto de alteración no es interpretado ni aceptado de forma homogénea, ya que cada cultura o cada grupo social reinterpreta de distinta manera los hechos biológicos. El enfermo influye sobre la conducta social, pero la conducta social también influye y determina a la persona a la hora de comportarse e interpretar.

Siguiendo la estela del Dr. Menéndez se puede decir que el modelo médico hegemónico occidental (MMH) está centrado y basado en la enfermedad por eso se denomina biologicista. No tiene una visión histórica de los procesos de enfermar y de cómo se ha ido construyendo y creando la enfermedad por eso es ahistórico. No es una ciencia social que busca solucionar los males sociales que la determinan y condiciona. Se basa en la práctica médica, su sustento es el pragmatismo. Está centrada en el individuo y su proceso patológico más que en el proceso comunitario donde se engarza, de ahí la individualidad. Este modelo médico subordina al individuo a la práctica médica, pues la participación comunitaria se plantea como algo pasivo: la población no decide en qué grado y qué temas aborda, llegando a no intervenir nunca en los niveles de participación ni decisión, la población solo ejecuta lo que se le indica. Es una práctica reparativa, tanto la causalidad como la solución de los padecimientos se relacionan con los procesos biológicos y en ocasiones con la dimensión psicológica. Elimina toda la red de relaciones sociales productivas e ideológicas, que afectan a la construcción de la salud en el sentido más integral (Menéndez;2003).

Se identifica fundamentalmente con la racionalidad científica positivista. Tanto la salud como la enfermedad son tratadas como un elemento más de consumo y por tanto su trato tiene una estrecha relación con los elementos del mercado, convirtiéndola en una mercancía más. Se convierte en un modelo sanador único, con monopolio social y por tanto se transforma en un potente instrumento social de poder, con apariencia de uniformidad.

A pesar de estas referencia del modelo médico hegemónico, el binomio salud enfermedad tiene toda una proyección subjetiva donde el individuo se identifica a partir de esa situación, dado que es algo que se vive individualmente. Por todo ello se puede decir que la salud no es un concepto neutro, pues está conformado en un contexto cultural que es el referente a la

vivencia como sujeto histórico individual y que constantemente se está construyendo y modificando en función de los distintos espacios de legitimidad que van decidiendo que es estar enfermo y que es estar sano.

Se puede decir que constantemente se está restando legitimidad al individuo para decidir que es estar enfermo o sano, dado que le definen la salud, se la conceptualizan y por tanto le restan libertad para experimentar su subjetividad al respecto. En la idea de salud penetran campos cada vez más diferentes aparte del biomédico, produciendo un importante fenómeno de medicalización de la vida misma.

Existe una visión sociocultural del binomio salud enfermedad, principio importante a considerar, cuando se analizan las profesiones y profesionales sanitarios, porque impera un factor común: el de la enfermedad que irrumpe en todos los grupos humanos como alteración del funcionamiento biológico. La cultura reinterpreta los hechos biológicos y por tanto no es igual en todas partes y realiza su propia construcción social de la enfermedad (Lejarraga;2004). En el enfermo se produce un proceso biunívoco, éste influye sobre la conducta social, pero la conducta social influye sobre el enfermo.

El resultado de todo este entramado es una práctica médica reparativa, recuperadora de la enfermedad que reduce el nivel de análisis del propio individuo, evitando los determinantes de la enfermedad, dado que eso implicaría intervenir en factores socio-económicos e incluso ideológicos que inciden directamente en y a la enfermedad y por tanto a la propia estructura social. Este hecho hace que se lleguen a eliminar las propias redes de relación social que afectan a la salud integral del propio individuo que ha confeccionado a lo largo de su vida de acuerdo a su entorno cultural. Por tanto, el modelo médico hegemónico se centra en la asistencia sanitaria del sistema curativo, que a su vez gira entorno a la patología, en la cual el patólogo (el médico) es el centro, y todo el sistema de salud incluido el resto de profesionales circulan a su alrededor.

Afirma M. Jara *“la enfermedad se apodera de nuestro organismo. Acudimos entonces, de manera casi robótica, al consumo de algún medicamento. Queremos curarnos, alcanzar la salud. Lo último que esperamos es fallecer en el intento. Morir de salud. El número de personas que pierde la vida al ingerir fármacos crece. En estados Unidos ya es la cuarta causa de muerte y en ocasiones se han equiparado las cifras con el número de fallecidos en accidente de tráfico”* (Jara M;2007). Esto hace que exista una deslegitimación de la respuesta humana ante el padecimiento de

los procesos patológicos, consecuencia de la tecnologización de los sistemas de salud (Hueso;2006).

Como se mencionaba al comienzo del apartado en el concepto de salud-enfermedad al igual que en el tema del agua existe un problema de gestión, consumo y planificación del binomio salud-enfermedad debido a múltiples elementos que son inexistentes a simple vista. Hay una alta concentración de poder del modelo médico hegemónico, causado por el dogmatismo de la medicina occidental consecuencia del espíritu acrítico imperante, a pesar de los nuevos caminos que se están trazando como puede ser el proyecto VPM-IRYSS (Gálvez;2005). Constantemente, en la búsqueda de la verdad histórica (Chamizo;2006) se están construyendo y creando mitos, que en la actualidad son fugaces, y basados en los medios técnicos avanzados de la bio-tecnología, que a su vez produce una importante acumulación de riquezas, que son cimiento, motor y base de la sociedad actual. Donde rigen los auténticos Totems, la producción, el crecimiento, lo moderno, lo último, es lo que rige, marca y controla una conducta social, todo ello presidido por la ley de la oferta y la demanda, sin recordar que la naturaleza de la salud-enfermedad, es parte del proceso y no un fin en sí mismo.

#### 2.2.4.-Las acepciones del concepto de cuidado

Para poder analizar el colectivo social objeto de estudio, previamente observamos la evolución etimológica del término cuidar que proviene del latín *cogitare*, cuyo significado es pensar, girando posteriormente hacia acepciones como prestar atención o asistir a alguien. Como vemos, sus orígenes están íntimamente relacionados con los del ser humano, dado que la actividad de la enfermera, es la de mantener los cuidados más elementales relacionados con la supervivencia.

Camas y Argemir indican *“el cuidado es una tarea invisible socialmente, más invisible aun que las faenas rutinarias, aunque posee una gran importancia social, un valor económico considerable y relevantes implicaciones políticas”* (Comas, Argemir;2000).

Del mismo modo Páez Moreno afirma *“el cuidado supone una serie de virtudes: dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad y conocimiento del otro; respeto al proceso del otro, esperanza y valentía. El conocimiento implica la capacidad de sentir desde “los zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita para crecer; la dedicación, que da firmeza y carácter particular, implica estar ahí para el otro con valentía y consistencia. Y así las demás virtudes. Acorde a la sensibilidad del momento”* (Páez;2000).

Para la enfermera profesional su actividad se sustenta sobre los conceptos contrapuestos salud-enfermedad, esto complica y hace que se encuentre ante el complejo fenómeno de los cuidados, en relación con el ser humano como centro de nuestra atención, que se representa en diferentes costumbres, religiones, hábitos, costumbres, creencias, entre otras (Ibarra, Siles;2006).

Los primeros vestigios de práctica de cuidados se dan en el Homo erectus/ergaster, y más abundantemente entre los Neardental. Existe constancia de la existencia de individuos con lesiones físicas limitantes cuya supervivencia solo es posible si se prestan cuidados por parte de otros miembros del grupo, normalmente mujeres que son las que hacen posible la subsistencia de la especie según se constata por los restos fósiles descubiertos (Ibáñez; 2007).

Los primeros rituales animistas, la magia, la religión o la ciencia es una manera de mantener el orden social establecido (Radcliffe-Brawn;1986), elemento

esencial a la hora de satisfacer las necesidades de subsistencia. En este mismo sentido también Malinowski incide en que la cultura de un pueblo es la que determina los mecanismos de satisfacción de sus necesidades (Malinowski; 1986).

El protagonismo del cuidado es sustentado por la mujer en todas las sociedades, y se interpreta como algo importante que satisface necesidades de supervivencia en general y de alimentación en particular. Como bien determina el profesor Siles, cuando analiza el origen y procedencia del término cuidado, lo referencia al término anglosajón Nurse, resaltando la doble acepción semiótica y semántica que su raíz latina encierra, por una parte, nutrire, que significa alimentar, y por otra nutrix, cuyo significado es mujer que cría (Siles, Gabaldón, Toledo, Gallardo, García, Calao;1998). Hecho éste que como anteriormente se indica viene determinado por el carácter orgánico y las capacidades con las que nace el ser humano que no son otras que las de un ser prematuro y por tanto dependiente, que necesita ser cuidado y alimentado, condición fundamental que lo convierten en un ser de una singularidad extrema. Posteriormente y de forma más reciente aparece el término enfermera, infirmitas, con la que define la actividad del cuidador, restringiéndola a los cuidados de los enfermos. De ahí que surja el término enfermera como cuidadora de enfermos, olvidando con esa interpretación estrechas, las tareas ancestrales de los cuidados en salud, relacionados con la alimentación o crianza, destete, etc., que van más allá, del mero cuidado de enfermos (Siles;1999).

Esto será un claro condicionante en el estatus del cuidado en la sociedad, pues el rol de la mujer en casi todas las culturas sigue relegado a un papel secundario, *“el estereotipo femenino se caracterizaba por la sumisión, pasividad, dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad”* (Alberdi;1999).

Según esto históricamente existe un protagonismo social importante de la mujer, dado que los cuidados para la supervivencia en general y en la alimentación en particular son impartidos fundamentalmente por ella. Otras autoras, sin embargo, indican que el hecho de que los varones se dediquen al cuidado demuestra, que esto no es natural, sino algo aprendido culturalmente (Roca,Carpará;1996). Así recordemos las actividades que realiza la Diaconisa Phoebe, el Hermano Bernardino Obregón (García, García, Hdez, Pérez, Pinar; 1983), F.Nightingale o Concepción Arenal, etc...

Los cuidados históricamente son una práctica normal, y unos conocimientos ligados a las formas de vida, considerándose estos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos (Domínguez;1986). Las actividades que se realizan para cubrir necesidades de salud de la vida cotidiana de las personas sanas o enfermas, las llamamos cuidados ya sean auto-cuidados, cuidados cotidianos, cuidados enfermeros o simplemente cuidados. Así Florence Nightingale afirma que “*la verdadera enfermería ignora la infección si no es para prevenirla*” (Nightingale;1990).

Comelles entiende por auto-cuidado “*las partes del proceso asistencial de cualquier enfermedad que no implica la presencia o la hegemonía del médico: Incluye procedimientos de auto diagnóstico, de clasificación social de los enfermos y prácticas terapéuticas no dirigidas por curadores diferenciados*” (Comelles;1994).

El cuidado según Alberdi debe tener una serie de características propias de las enfermeras, pues la acción de cuidar establece una serie de objetivos comunes con la persona objeto de cuidados, en los cuales encuentra una compensación necesaria, donde sustituye al otro sin dejar que el otro sea y es él quien debe de cumplir los objetivos, dado que se le capacita para proporcionarse auto-cuidados (Alberdi; 1996).

Concha Germán considera como cuidados las actividades que se realizan para cubrir las necesidades de salud de la vida cotidiana de las personas sanas o enfermas, y pueden ser: auto-cuidados cotidianos, cuidados enfermeros o simplemente cuidados. “*En el auto-cuidado cotidiano, la enfermería se entiende como una profesión de servicio que tiene como objeto ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano a lo largo del ciclo vital y a través de un proceso de relación significativo y terapéutico. La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de acción las necesidades básicas, y las metas, la autonomía y el bienestar, considerando a un individuo autónomo cuando está capacitado para su auto-cuidado*” (Germán, Romero, Niet, Bujaldón;1996).

Cuidar en el sentido genérico, se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, de conservación, que faciliten a individuos o grupos con necesidades, el poder mejorar sus condiciones de vida o anticiparse a esas necesidades. Todo ello en una relación de participación” (Domínguez;1989). Domínguez nos dice que los cuidados son una práctica normal y unos conocimientos ligados a las formas de vida considerándose estos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos (Domínguez;1986).

José Siles argumenta que los cuidados de salud, *“antropológicamente desde sus orígenes más remotos, se organizan para cubrir la necesidad de alimentación, lactancia y crianza, que determina el desarrollo cultural de los grupos humanos”* (Siles, Gabaldón, Toledo, Gallardo, García, Calao;1998), de ahí que el mismo autor considere que antropología y enfermería son *“disciplinas complementarias que comparten rasgos epistemológicos, metodológicos y prácticos”* (Siles;2003) .

Browe en el año 93 dice que *“cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente sino dejarla ser”* (Medina;1999). Así mismo Collière indica que Cuidar es dar vida (Collière;1993).

Llegados a este punto hemos de analizar algún elemento interpretativo que subyace en el propio término “cuidar”, pues no se usa con el mismo significado cuando se indica como algo genérico (cuidado de salud a las personas sanas), que cuando se usa en intervenciones más selectivas de cuidados de atención médica o de enfermería. *“El cuidado se debe de entender como un fin cuya meta es la protección, el incremento, y la preservación de la salud y la dignidad humana. Envuelve valores, dedicación para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias...Para intervenir en los actos de cuidado se requiere conocimientos de salud enfermedad, intervenciones personales y ambientales, conocimiento del proceso de enfermería cuidadoso, auto-conocimiento, y conocimiento del poder que generan las acciones”* (Duran;1999).

Este elemento interpretativo y distorsionador queda reflejado en la declaración de Alma-ata de 1978. En *“la versión original en inglés se usó el término cuidado (care), y no atención. El cuidado tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos”* (Tejada de Ribero;2003).

Leininger en 1978 citada por Medina nos dice que *“el constructo del cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental, en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos”* (Medina;1999). Como se puede observar en esta serie de consideraciones, el cuidado desde una perspectiva antropológica siempre está presente. Desde los orígenes de la humanidad como anteriormente se apuntaba, los cuidados están relacionados con la protección de la salud. Probablemente el cuidado sea el factor esencial que más asistió al

hombre en su evolución cultural, aunque sea uno de los elementos de menor consideración social.

M. Leininger nos habla de los siguientes niveles de cuidados:

*a.-“Cuidados genéricos, son aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.*

*b.-Cuidados profesionales, son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas culturalmente, que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de la vida.*

*c.-Cuidados profesionales enfermeros, son aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte” (Medina;1999).*

De igual modo se puede afirmar que al proporcionar cuidados profesionales se están ejecutando acciones con un sustento de saberes que sirven para asistir a las personas impartidos por trabajadores sociales o educadores en general. Es por ello, que el cuidado profesional enfermero se diferencia del resto de cuidados profesionales en el mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas con acciones intencionadas y fundadas en un cuerpo de saberes que se suponen pueden ser enseñadas y aprendidas, añadiendo cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos. A la noción de cuidado de Leininger se asocian ideas como empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección contacto físico, pero no es una manifestación universal del cuidado (Medina;1999).

Medina también nos indica sobre los estudios trans-culturales que realiza Leininger en los años ochenta que existen once premisas inherentes a la naturaleza de la práctica del cuidado:

*a.-El cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con las que se desarrolla varían culturalmente.*

*b.-Cada situación de cuidado enfermero presenta acciones de cuidado transculturales, necesidades e implicaciones.*

*c.-Los procesos y actos de cuidados son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo humanos.*

- d.-El cuidado pueden considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la Enfermería profesional.*
- e.-El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas, así como prácticas para prestar cuidados holísticos a las personas.*
- f.-Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidados transculturales. Cuando ese cuerpo de saberes esté suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales prácticas de Enfermería.*
- g.-Para poder proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.*
- h.-La características y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas.*
- i.-La distinción de la práctica del cuidado universales de las que no lo son , y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la Enfermería.*
- j.-Los procesos de curar y de cuidar prestan diferencias en su esencia y en sus características principales.*
- k.-No puede existir curación sin cuidados, pero puede existir cuidados sin curación”(Medina;1999).*

Esto nos da pie para introducir el hecho diferencial identitario enfermero dentro del ámbito de la salud, de ahí que puedan deducirse diferencias ontológicas entre las intervenciones para curar desde la concepción biologicista de la salud (la médica) y las intervenciones para cuidar de la enfermera, dado que están sustentadas en una visión epistemológica diferente (Medina;1999).

### 2.2.5.-La profesionalización del cuidado enfermero

En este apartado, se analiza el proceso de construcción social de la profesión enfermera, donde los miembros del colectivo que lo conforman son los principales responsables de esto, sin olvidar los distintos mecanismos e instrumentos de división y distribución social del trabajo que hacen que los trabajadores adquieran diferentes categorías, consecuencia de la diferente forma de producir (Dubar;2001), puesto que *“el cuidado de enfermería no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relación que le confieren significado”* (Arredondo, Siles;2009). *“El cuidado de enfermería es una acción humana que comporta en sí una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado...La libertad para escoger la acción impone al enfermero el deber de actuar según los principios y deberes que rigen la profesión; su poder para actuar se transforma en un poder del deber de cuidar”* (Gándara 2008).

Para realizar dicho análisis haremos dos apartados, un primero más general donde se relacionan los mecanismos determinantes de la división social del trabajo típico del estado de bienestar en el que se asienta, y un segundo en el que se muestran los caminos de la enfermería de ocupación a profesión.

Cuando se habla de estado de bienestar inevitablemente se ha de mencionar los distintos factores cualitativos que lo cohesionan y lo unen a la forma de vida de las personas que lo conforman, siendo necesario determinar los modos de vida de los distintos grupos que componen. Esto plantea una aparente primera contradicción, y es la no existencia de una total uniformidad de comportamientos dentro de las culturas. A pesar de ello, se asume que la cultura y las formas de vida guardan un alto grado de homogeneidad, aun así en la toma de decisiones cotidianas no se consideren suficientemente a las diferentes subculturas (Herkovits;1952).

Toda forma de vida, presupone unas formas ideológicas y de práctica diferenciadas, que implican organizaciones e instituciones diferentes, de ahí que se deba de analizar a cualquier comunidad, como ese grupo poblacional concreto pero con modos de vida inherentemente diferenciado. Esto hace que se tengan modos de producción y reproducción diversos, que a su vez condiciona la forma de vida, que son el eje de los cambios sociales.

Consecuencia de lo anterior, se hace necesario trazar unas líneas sobre el sistema económico europeo, en el cual reposa el Estado del Bienestar, y por tanto el sistema de salud donde se desarrolla el grupo social que se desea estudiar. Este sistema económico se fundamenta en una forma de consumo y producción basado en el libre mercado, con diferentes formas de dominación del capital financiero, donde el concepto trabajo, modo de vida y producción, adquiere contenidos culturales totalmente diferentes.

Dentro de este sistema coexisten distintos modos de producción que configuran las relaciones económico-sociales. De forma genérica se puede decir que existen tres modos de producción relacionados con el trabajo que conforman el modo de vida dentro de este sistema:

1º.-El modo de vida del trabajador autónomo, dueño de los medios de producción, donde la principal preocupación es mantener la producción, no se hace distinción entre tiempo libre y de trabajo, se asumen riesgos colaterales, personales y familiares, el medio y el fin son coincidentes.

2º.-El modo de vida del empleado, que no es dueño de los medios, ni controla el proceso de producción en su totalidad, el trabajo suele ser rutinario y limitado. Lo que hace el empleado es vender su fuerza de trabajo a cambio de un salario para poder consumir bienes y servicios en su tiempo libre.

3º.-Existen alguna variantes que exigen mayor cualificación como consecuencia del nivel de complejidad y sofisticación en el proceso de producción donde se requiere el manejo de equipos más avanzados, para ello, se requiere de un tiempo mayor de formación para poder tener ese trabajo de mayor cualificación y con más tiempo libre, que es donde está la clave de una mejor forma de vida. Ya existe una mayor implicación del asalariado en el proceso de producción y de investigación para producir nuevas formas y objetos de consumo. Esto determina, que el salario ya no es exclusivamente por permanecer en el puesto de trabajo, sino por desarrollar funciones creativas y de gestión, que son necesarias para la mejora de la empresa, aunque no sea propietario de ella. Así surge el modo de vida del profesional de carrera, que va adquiriendo una categoría social, donde no existe diferencia entre el tiempo libre y de trabajo, pues el tiempo libre se necesita para mejorar su cualificación y sus relaciones personales para mejorar laboralmente, dando lugar a una jerarquía profesional. Una conclusión de esto es la carrera profesional, donde el individuo es el responsable de su éxito o fracaso laboral, que como indica J. Romero refiriéndose a la puesta en marcha de ésta para la enfermería “*es el*

*reconocimiento del valor añadido a cada uno de los profesionales que libre, y voluntariamente opten a ella” (Romero;2007).*

Hasta llegar a este punto tan actual en la profesionalización de la enfermera, se ha realizado un largo, tormentoso y nada fácil camino, que no puede interpretarse como una serie de hechos encadenados fortuitamente como si fuera algo natural (Mompert;2004). Al respecto de la profesionalización enfermera el profesor Diego Gracia nos dice que enfermería *“era considerada un oficio, una ocupación, pero no una profesión, proceso que aun no esta concluido del todo, una ocupación no se transforma en profesión sin más. Una profesión no es una actividad técnica sin más, sino algo más, una actitud social, humana no fácil de definir. Los sociólogos nos acostumbran a definir las profesiones como ocupaciones privilegiadas, desempeñando un rol social de privilegio. Un profesional es alguien con formación específica en un ámbito determinado del saber, que le concede autoridad dentro de ese ámbito, no en otros, que se les atribuye una serie de valores éticos. Por eso, la historia de las profesiones debe de transmitir el modo de estar en la realidad propio de esa actividad profesional” (Gracia;1994).*

La consideración inicial de la enfermería sería la de ocupación, dada la necesidad de cuidados que el individuo tiene para poder subsistir. Desde una visión humanística Virginia Henderson cree que las personas, por el hecho de serlo, nacen y se dotan de un conjunto de posibilidades para realizar autocuidados que les permiten una vida independiente con los cuales pueden satisfacer y mantener un estado óptimo de salud (Fernández, Novél;1993). Si este proceso se ve alterado, aparece la enfermedad y por tanto, surge la necesidad de alguien en el cual poder confiar para ser cuidado por él, ya sea en la alimentación, en hacer bajar la fiebre etc.. El cuidado históricamente se realizo en el domicilio, quizás por eso se tiene poco conocimiento de la actividad y función de la enfermera. Los hospitales fueron creados en principio para los muy pobres, con ayuda de la caridad religiosa. Normalmente este tipo de trabajos, eran realizados por los sectores más desfavorecidos de la sociedad. El hecho de que las clases burguesas se introduzcan en estas actividades, unido a ese componente religioso altruista, comienza a prestigiar y dignificar dicha ocupación. Los hospitales nacen presididos por el concepto de caridad y su componente religioso cristiano. El cuidado se realiza buscando más la propia salvación que la del enfermo. La mayor parte de los hospitales estuvieron históricamente regentados por monjas, eso determina un problema: éstas, no reconocen otra autoridad que no sea la del superior eclesiástico (Freidson;1978), hecho, que condiciona la dependencia jerárquica al cabo de los años.

Poco a poco comienza a desligarse y secularizarse la actividad de los cuidados, en esa larga y dificultosa andadura, bien conocida de la historia de la creación de la escuela de enfermeras de Florence Nightingale que glosa, a través de diversas publicaciones cuál y cómo debe de ser la intervención enfermera (Nightingale;1993). Élla considera que las damas por el hecho de serlo eran enfermeras y las enfermeras eran damas. En España casi en la misma época también se dan algunos pasos paralelos de la mano de Concepción Arenal, que en 1860 crea la figura del “Visitador de los pobres” (Bernabeu, Gascón;1999).

El devenir profesional histórico de la enfermería, ha estado marcado por múltiples cuestiones, debiendo resaltar la de género y estatus social. Estos son unos de los problemas o determinantes que van a condicionar nuestra profesionalización. Henderson alerta de la importancia del contexto y los recursos disponibles como hecho diferencial a la hora de proporcionar cuidados, acción que dificulta la universalización de la definición de enfermería como profesión (Henderson;1994). ¿Pero qué entendemos por profesión?. El concepto profesión ha evolucionado vinculado a los cambios y desarrollo de las distintas sociedades. Es difícil tener una definición única de profesión, ya que existe un límite difuso entre lo que es una ocupación y lo que es una profesión, sin embargo, es posible identificar algunos elementos que ejercen una posición preponderante en la división del trabajo, como pueden ser la autonomía e independencia, la estructura organizativa, la formación educativa de alto nivel, la actualización continua, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, el sentimiento de pertenencia, los valores compartidos que dan o pueden dar lugar al reconocimiento social, a través de las distintas corporaciones legalmente reconocidas, siendo estos los factores que inciden y perfilan una actividad como profesión, más allá de lo que determina ser una ocupación. Castrillón citando a Poletti dice que “*una profesión se distingue de un oficio en que aquella se basa en conocimientos teóricos que le son propios y tiene una base científico técnica de donde procede el servicio que ofrece a la sociedad*” (Castrillón;1992). En la actualidad podemos definir una profesión, como el conjunto de personas que han obtenido un título, una formación académica, que les permite ejercer una determinada actividad.

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, “*el concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se da en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesionales...Solo se reconoce como profesión aquella que esta normada desde el*

*estado. Los criterios a utilizar para determinar cuales son las profesiones sanitarias se deben de basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos” (Ley 44/2003).*

Freidson al referirse al concepto de profesión lo hace diciendo que es la ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo, que logra el control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, ésta, es autónoma e independiente. Una profesión, no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclaman como tales, si no una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y regular su práctica profesional, esto es, para monopolizar determinado campo de actividad, sin interferencias exteriores. Una profesión obtiene y mantiene su posición gracias a la protección y patrocinio de algunos de los sectores privilegiados, que han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial.

Se define profesión a la actividad que se realiza después de una formación académica con la que se puede ejercer una actividad, en la que hay un sentimiento de pertenencia a un grupo y de compartir unos valores por parte de los profesionales y por último hay un reconocimiento social del derecho de los profesionales a actuar monopolísticamente en un determinado campo, con su consiguiente dotación de instrumentos legales para luchar por ejemplo contra el intrusismo.

Alberdi afirma “*en la actualidad y en lo relativo a nuestro ámbito cultural, en España, parece claro que la profesión enfermera ha alcanzado estas primeras características mencionadas, pero, si empleamos un enfoque más estricto, nos encontraremos que una profesión para poder ser definida como tal, tiene también que cumplir unas premisas, y estas son:*

*a.-Tiene que tener un cuerpo de conocimiento propio, o sea, una disciplina sobre la que se sustenta. Tiene que desarrollar su práctica de acuerdo a dicho cuerpo teórico.*

*b.-Tiene que haber definido y ajustarse a un código de ética profesional, cuya difusión sirva a los usuarios de carta de presentación de sus servicios, a los propios profesionales, y a la sociedad en general.*

*c.-Tiene que tener como objetivo de su actuación aquellas cuestiones que significan necesidades o problemas de la comunidad en que se desarrollan.*

*d.-Tienen que disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación, y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación” (Alberdi;2000).*

La Organización Colegial de Enfermería, órgano aglutinador de la estructura social enfermera, define a la enfermera, *“como el profesional que va a proporcionar cuidados de enfermería al individuo familia y comunidad, de manera directa, continua, integral e individualizada, coordinada dentro de un equipo de salud, o en forma individual a través de acciones que contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como a la asistencia rehabilitación y reinserción social, y/o ayuda a una muerte digna. Asimismo, define a la enfermería como una profesión que constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente”* (Código Deontológico;1989).

Por tanto, la disciplina enfermera tiene un conocimiento específico adquirido a partir de la investigación que va produciendo desde Nightingale hasta la actualidad pasando por un sin fin de distintos y variados autores (Jonson, Maas, Morread;2000) (NANDA;2001) (McCloskey, BulececheeK;1991) (Gordon;1996). También tiene la sabiduría de la practica de intervenir y cuidar unido a la vocación Torralba considera que éste es *“el elemento primitivo que emerge del interior del individuo y que le llama a ser pintor, arquitecto o enfermero”* (Torralba;1998). Todo ello va construyendo el cuerpo propio de conocimientos, aunque ya en nuestro estudio constatamos que no todas las enfermeras actúan de acuerdo al cuerpo propio de conocimientos (Alligood,Chong;1999), y la transmisión oral y la intuición es la otra fuente principal de conocimientos para intervenir. De ahí la importancia que consideramos debe de tener la práctica basada en la prueba (Gálvez;2001)

La Organización Mundial de la Salud en la segunda mitad de los años noventa en su informe técnico sobre enfermería afirma *“la enfermería es un arte y una ciencia. Requiere el entendimiento y la aplicación de determinados conocimientos teóricos y prácticos y se vale del conocimiento y las técnicas derivadas de las humanidades y las ciencias física, sociales y biomédicas”* (OMS;1996).

Con este tipo de descripción, estamos diciendo quién es la enfermera y qué hace, identificando el cuidado como la esencia de la profesión, el cuidado de enfermería, es un acto que implica la consideración integral de la persona. Tratar de establecer límites entre sus dimensiones impide apreciar la riqueza del acto mismo de cuidar. Si se reanalizan las diferentes teorías veremos que

distintos autores han contemplado la interacción y el afecto como elementos básicos en el cuidado de enfermería (Danza, Torres, Prieto;2005).

La regulación de las profesiones sanitarias y su ejercicio profesional, comienza a mediados del siglo XIX y la ley determina que la Medicina, Farmacia y Veterinaria, Dentista, Practicante... estaba comprendido dentro de la rama de la sanidad. En la actualidad, el título preliminar de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (L.O.P.S) determina que son profesiones sanitarias aquellas cuya formación pregraduada, o especializada de postgrado, se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos y de las técnicas y prácticas propias de la atención de salud, y que están organizadas en Colegios Profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos. Según la L.O.P.S se estipulan como profesiones sanitarias la medicina, farmacia, odontología, veterinaria, enfermería, podología, óptica, optometría, y logopedia (Ley 44/2003).

La ley indica y respalda la actuación del enfermero como el profesional que tiene un título con el que *“ha adquirido los conocimientos y actitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos de sus funciones bio-psico-sociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo, evaluar los hechos científicamente probados, así como análisis de resultados...en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna”* (Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre). Esta misma norma indica que *“los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas enfermas o sanas y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”*. Es por ello que Siles e Ibarra indican que *“la gestión del cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud”* (Ibarra,Siles;2006). Algunos estudios concluyen, que es necesario reflexionar, sobre la educación de los enfermeros en formación y sobre los que están en la práctica clínica, pues muestran discrepancias respecto del concepto de cuidado de enfermería (Pavan, Ferreira, Ferreira;2007).

## **2.2.6.-Controversia en la orientación del cuidado de enfermería:**

### **2.2.6.1.-El largo camino de los cuidados de salud, a los cuidados de la enfermedad**

El ser humano para poder subsistir necesita de cuidados de enfermería *“independientemente de la cultura o la raza en la que se practique, está ligada al ciclo vital del ser humano, ya que éste comienza a demandar cuidados desde el mismo momento de su nacimiento y persiste necesitado de cuidados hasta el día de la muerte”*. (García, Pancorbo, Rodríguez;2001)

Como se menciona anteriormente, cada cultura, cada comunidad, en cada momento, da una respuesta diferente a la salud y a las situaciones relacionadas con ella, por eso, el debate conceptual sobre salud sigue su curso normal de acuerdo al tiempo y a la complejidad social. Ya en la década de los sesenta del siglo pasado, coincidiendo con la evolución tecnológica, el desarrollo del estado del bienestar, la creación de los seguros de enfermedad etc., se produce una emergente adaptación y concentración de la estructura sanitaria focalizada hacia la enfermedad, donde la acción central del sistema está en la recuperación de ésta, de ahí, “el boom del hospitalocentrismo”.

Es curiosa la contradicción que aparentemente se produce con la acepción social de salud, tiene una concepción positiva y sin embargo el esfuerzo institucional del servicio sanitario se dirige hacia lo contrario, la enfermedad, convirtiéndose ésta, en el eje central del sistema. Por ello, se observa la necesidad de un nuevo profesional enfermero con distinto perfil, adaptado a esta estructura sanitaria, cuyo eje central es la enfermedad, de ahí, que las respuestas tengan que ser encabezadas por el profesional que más conoce y mejor preparado está para ello, y no es otro, que el patólogo (el médico). Esto unido a lo analizado en capítulos anteriores, da lugar al gran desarrollo de la biotecnología que como motor de desarrollo económico, produce “la gran explosión tecnológica en el Sistema Sanitario” y el despegue de los hospitales como centros fundamentales del sistema, convirtiendo a la medicina, en una ciencia más biologicista que humanística.

La consecuencia inmediata que esto produce es la necesidad de un personal técnico capacitado, que ayude y colabore con esa figura central del sistema que es el médico, que actúa como catalizador del proceso de cambio ideológico que se produce *“tras la guerra civil, la situación de la enfermería se caracterizó*

*fundamentalmente por la vuelta a las actividades y los valores tradicionales, y retornó a la situación de actividad directamente relacionada con la división sexual del trabajo, recuperando su estatuto (discriminatorio) de profesión femenina por imperativo ideológico y social”* (Chamizo;2009) lo que lleva, entre otras cosas a la unificación de los tres cuerpos (matrona, practicante y enfermera) consolidándolos en una sola titulación: la de Ayudante Técnico Sanitario (Decreto 4 de diciembre de 1953). Este título de ATS, nos da idea de cuales eran las principales funciones adscritas al paradigma racional tecnológico con actividades y tareas puramente técnicas derivadas de actos médicos previos.

A lo largo del tiempo, en las décadas de los setenta-ochenta existe un movimiento enfermero muy generalizado y activo en toda España (Tey, Blasco;1986), gracias al cual se produce un impulso trascendental para la Enfermería Española, transformando las escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería, culminando con la integración en la Universidad, con la consiguiente reforma del plan de estudios. Además supone un refuerzo importante, con el cual la enfermería crece como ciencia y recupera y profundiza nuevamente en el perfil de cuidador de la enfermera (García, Calvo;1992), con la titulación de Diplomados Universitarios en Enfermería (Real Decreto 2128/77).

La Enfermería avanza y evoluciona, filosófica e intelectualmente, como consecuencia de la necesidad de dar una respuesta adecuada adaptándose a los cambios del concepto y necesidades en salud (Dever;1976) que surgen en la población donde presta sus cuidados, dado que el estado de salud de una persona o de una comunidad, es la consecuencia de la acción de distintos factores en momentos diferentes (Pineaul,Davelyc;1978). Esto se refleja en diferentes cambios laborales que poco a poco se van introduciendo en la práctica cotidiana, puesto que la enfermera es el profesional cualificado no médico más numeroso, y que más responsabilidades sanitarias comparte en nuestro sistema de salud (Turabián;1998)

### **2.2.6.2.-El proceloso camino de los cuidados de la enfermedad, a los cuidados de la salud**

Rafael Bengoa estima de acuerdo a diversos estudios, que el patrón epidemiológico ha variado en los últimos años. Este hecho, obliga a tomar decisiones que reorienten los servicios de salud, como consecuencia de las cambiantes necesidades de la persona enferma. El gasto sanitario de las enfermedades crónicas, en la mayor parte de los países industrializados representa un 70% del total, siendo la mayoría personas de más de 65 años con una co-morbilidad próxima al 25%. Son enfermedades que no se curan, pero si se gestionan eficazmente su vida es prácticamente normal (Bengoa, Nuño;2008). Todo esto conlleva cambios tecnológicos, estilo de vida, entorno, servicios sanitarios, y concepción personal de la salud diferente (Alfonso,Alvarez-Dardet;1992) (San Martín;1982) (Carrobbles;1987). También dice De Pedro y Morales “*el envejecimiento poblacional, cronicidad de procesos, incremento de la discapacidad, disminución de la red de apoyo informal, aumento de la tecnología sanitaria disponible, generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales*” (De Pedro, Morales;2004). Desde hace unos años se tiene la certeza, que enfermar o morir no depende solamente de la pericia profesional, de los fármacos que se administren, o de los avances técnicos, circunstancias que en desarrollado se da por supuesto y con lo cual se deduce que existen otros factores que lo determinan (Redacción Evidentia;2005).

Castaño, Cossent y Martínez manifiestan que “*las estancias hospitalarias cada vez son mas cortas y la consecuencia de esto hacen que la necesidad de cuidados aumenten a un ritmo no previsto sobrecargando la atención especializada y la domiciliaria, a lo que se añade una respuesta descoordinada de los servicios Sociales y de Salud, lo que se traduce en mayor dependencia*” (Castaño,Cossent;1994). Este conjunto de circunstancias hace que los ciudadanos demanden prestaciones y respuestas diferentes a los Sistema de Salud (Soldevilla;2007). No se debe de olvidar que el esfuerzo terapéutico de casi todos los países no llega a dar cobertura al 60% de los casos de enfermedad. Si no existe prevención, cambio de hábitos de vida, y una cultura de salud, es probable que el déficit de cobertura siga creciendo en un futuro (González;1990).

La conferencia de la OMS en Alma-Ata (OMS;1978), marca un punto de inflexión a nivel internacional hacia los nuevos conceptos de salud y la forma de abordarlos. España no es ajena a las directrices de la OMS que entiende por

salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino, el completo bienestar biológico psicológico y social. Para llegar hasta esa acepción, hay una larga andadura de dicho concepto. Se consideran unos comportamientos saludables o no, según y de acuerdo a las concepciones que paulatinamente la comunidad asume como tales. Los pueblos, culturalmente van definiendo lo que entienden por salud, o por enfermedad, de ahí, que todas las civilizaciones a los largo de su historia van organizándose y protegiéndose tanto de forma individual como colectiva, buscando la forma de satisfacer las distintas necesidades que a la población producen problemas. Si se asume esta concepción “holística” del individuo, la prestación de cuidados de salud no puede ser unidireccional, por eso la respuesta ha de ser integral y más compleja dada la multicausalidad, además incorporando la visión de evitar (la prevención) y mejorar las condiciones existentes (la promoción) de la salud. La asunción de esta visión de la salud entraña diversas dificultades: en la definición, en la propia subjetividad del concepto, en la propia mutabilidad pues depende del nivel de conocimiento, no es un concepto en si mismo, suele definirse por su negación, y como colofón decir que no se cuenta con los parámetros objetivos suficientes con lo que poder medir la salud (Frías;2000).

Este tipo de razonamiento lleva implícita cierto grado de contradicción, pues hay que seguir tratando el binomio salud-enfermedad, pero además es necesario introducir un nuevo concepto: mantener al individuo sano a través de la prevención-promoción de la salud. La consecuencia inmediata del cambio de patrón epidemiológico y por tanto la mutación de necesidades de salud de la población, es la reorientación de la formación de los profesionales tanto médicos (Rodríguez;2004) como enfermeros. De ahí, los nuevos planes de estudios de 1977 y 1990 (Orden1977/28232 de 31 de octubre) (Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre) (Ley Orgánica 6/2001) (Consejo de Coordinación Universitaria;2005), con la consiguiente y previa regulación, del reconocimiento y armonización de los títulos de los estados miembros de la entonces denominada Comunidad Económica Europea para el ejercicio efectivo de la profesión de enfermero responsable de cuidados generales (Real Decreto 305/1990 de 23 de febrero) con el reconocimiento de las correspondientes garantías y las nuevas competencias profesionales (Ley 29/2006, de 26 de julio), (Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre).

## **2.2.7.-Enfermería comunitaria:**

### **2.2.7.1.-Noción de comunidad**

Una vez analizado el término enfermería debemos tratar de examinar el concepto de comunidad que tan ligado va al objeto del estudio. Así se pueden extraer algunos de los condicionantes a los que se ve sometida la actividad cotidiana de la enfermería comunitaria.

El ser humano tiene una inclinación natural a relacionarse con otras personas, a generar plataformas que interaccionan y hacen cosas, con las cuales conforma una estructura, una organización social. Las personas tienden a relacionarse y crean movimientos sociales, que generan ideas y creencias, que como se mencionaba anteriormente, están cargadas de significación mítica, mágica, hasta el punto de dificultar el criterio de ente social único. De ahí que el origen del concepto comunidad, como dice Canals *“se puede extraer del imaginario colectivo de los grupos de cazadores-recolectores, horticultores con los diversos cambios posteriores generados por estados de supervivencia, hasta que se llega a constituir sociedades más complejas como son los estados nacionales, donde el concepto comunidad vendría a ser un Yo colectivo, enraizado en un pasado-idea que es necesario conservar para que el grupo persista...y es percibida por parte del profesional sanitario como una entidad territorial delimitada que contiene una población, e imaginada como un conjunto más bien homogéneo”* (Canals;1994).

Según lo mencionado, esta uniformidad de las comunidades humanas, está continuamente amenazada, está en constante reconquista, pues el mundo es como se piensa y se cree que es. Dice Ortega y Gasset, somos lo que somos y además lo que nos pasa, eso se va mostrando a través de los dichos y de los hechos, que somos lo que decimos que somos y lo que hacemos, pero además tenemos que contarlo, debemos contarnos para tener nuestro espacio social, para poder tener nuestra memoria, para poder ser (Ortega y Gasset;2007).

Dentro de este mismo discurso se ha de considerar la visión de Wittgenstein el cual resalta la no neutralidad de la construcción de la realidad, consecuencia de los valores, cargados de subjetividad, dentro de unos entornos y referencias en espacios de carácter territorial y temporal. De ahí que éste haga una similitud entre ideas y creencias, y entre el cauce y el río. No hay río si no hay cauce, pero tampoco hay río si no hay agua, comparando el agua a las ideas y el cauce a las creencias. Muchas veces se olvida la importancia de las creencias

con las que describimos nuestra realidad, centrándonos más en las ideas, por ello debemos considerar que éstas surgen de nuestro interior de lo más íntimo, de lo más subjetivo, por lo cual, debemos conocer y controlar desde donde somos contados (Wittgenstein ;1988).

Llegados a este punto, se ha de hacer nuevamente una pequeña digresión para tratar de recordar someramente los cambios en la construcción de la realidad del ser humano, que paulatinamente se sucede y conforma cronológicamente desde un primer estadio, donde el conocimiento de la realidad es a través del “animismo” Más adelante Comte, en 1826, al inaugurar unos cursos que llama de filosofía positiva, establece el planteamiento sobre la historia del pensamiento científico y su proceso, basado en tres estadios o niveles, el teológico, el metafísico y el de la ciencia positiva:

1°.-En el estadio denominado “teológico”, la realidad se explica a través de la visión religiosa, de los mitos, de las fábulas. En este apartado no hay ciencia, hay visión religiosa o mitológica.

2°.-El nivel “metafísico” muestra el paso del mitos al logos, donde la explicación de la realidad es a través de la razón. Sería lo que Descartes resumió con su celebre frase “*cogito, ergo sum*” (pienso luego existo).

3°.-La “ciencia positiva”, muestra la realidad a través de lo observable, de lo visible de lo objetivable. La realidad es todo aquello que se puede pesar, medir o contar, pasando la física a ser la ciencia de primer orden, reduciendo a las que hasta el momento habían ocupado ese lugar, como eran las matemáticas, la geometría, a ciencias de segundo orden; convirtiendo así el objeto en norma positiva (Diccionario de Filosofía;1976).

Desde entonces las entidades sociales se estudian como si fueran entidades físicas, observables, cuantificables. Estudiosos de las teorías de ciencia, se percatan de la necesidad imperiosa de liberar al científico de sus creencias, de su subjetividad para valorar y observar con total neutralidad la realidad, para poder ver y comprender así la *verdad*. Esta circunstancia nos lleva a buscar caminos nuevos, pues parten de un observador subjetivo que tamiza con sus valores, con su subjetividad, la realidad que observa, de ahí que se replanteen cual es el objeto de su acción y los conceptos de su realidad.

Nuevamente conviene detenerse en otro concepto como es el de la epistemología y su importancia, pues su objeto de estudio son los problemas filosóficos derivados de la ciencia del conocimiento, de la definición del saber, de los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de

conocimiento posible y de su grado de certeza; así como de la relación exacta, entre el que conoce y el objeto conocido. Procede del griego “*epísteme*” que significa conocimiento y de “*logos*” que es teoría, razón. De ahí que las enfermeras de un tiempo a esta parte, hayan descubierto el sagrado deber e importancia de contarse para existir, para saber quienes son, para ser útiles como instrumento al servicio de la comunidad, para mostrar al ciudadano lo que les pueden pedir, de ahí que sea preciso determinar desde dónde, cómo, quiénes, porqué, etc., se cuentan (Siles;1997).

Una vez hechas estas consideraciones sobre la construcción social de la realidad, se puede afirmar que las personas en el proceso natural de relación, van generando plataformas de acción denominadas organización social, las cuales interaccionan, hacen cosas que conforma una estructura, y una organización. Las personas se relacionan y crean movimientos sociales, que a su vez generan ideas y creencias, produciendo mecanismos de enculturación y endoculturación. Las diferentes acciones que el conjunto social considera más importantes, y por ello, son repetidas asiduamente a lo largo de los años, hacen que se configure una identidad. Estos hechos, producen una ritualización del comportamiento, que es la forma de manifestar el espíritu común, que forja la identidad, y actúa como motor de comportamiento, denominándose cultura.

La cultura no es algo estático, a lo largo de tiempo se va transformando con identidad propia, convirtiéndose en el medio por el que se expresa la voluntad y el quehacer de la propia colectividad.

En éste proceso, se producen dos tipos de comportamientos antagónicos, unos conservatistas y otros dinámicos, hay cosas, que permanecen pero que a la vez cambian, manifestándolo en los actos de conformidad o disconformidad, que estructuran y desestructuran la propia organización social. Ésta historia de aparente contradicción, donde se conserva lo que se es, y a la vez lo que se innova, (hecho que caracteriza al ser humano y a sus organizaciones sociales), no hay que considerarlo como algo anómalo, sino como algo implícito a su propia condición (Herckovits;1952).

Como se puede observar en este estudio, el término comunidad, se utiliza en una doble acepción, una más general referida al concepto de colectividad que puede ser cuidada, donde se suplanta indistintamente población y comunidad y otra al darle la acepción de cercanía más particular, con la cual tratamos de identificar al colectivo profesional (Flores;2002).

Refiriéndonos al segundo apartado, se puede afirmar que, las enfermeras para identificarse y “poder ser”, deben tomar conciencia de su dinamismo como ente social, por el cual no permanecen estáticas a lo largo de tiempo, nunca son iguales, están en constante transformación, con ello muestran su quehacer cotidiano, expresan sus ideas y sus creencias. Como colectivo social, que es y se dice, están sometidas a ese proceso evolutivo que lleva implícito el aparente comportamiento antagónico de permanencia y de cambio, mostrándose a través de los actos de conformidad o disconformidad, que estructuran y desestructuran su organización social. No por ello, dejan de ser lo que son (diferentes a ayer, distintos a mañana) y sin embargo, no dejan de tener su propia identidad enfermera.

Estos cambios, en la Enfermería de los últimos veinte años han sido una constante, y se han producido a una velocidad realmente vertiginosa. Se han enfrentado distintos modelos enfermeros, dado lugar a lo que son ahora, distinto a lo que será mañana. En este proceso histórico, hay elementos que se incorporan, desechan o revitalizan, gracias a los cuales, se posibilitan los cambios que a su vez están influidos por las ideas y creencias de nuestra cultura, siendo las instituciones y organizaciones los elementos principales que impulsan y dan significado a las cosas.

### **2.2.7.2.-Semblanza de la enfermería comunitaria**

La historia de los cuidados de la salud tanto individual como colectiva, han estado en una constante evolución, teniendo constancia de ello desde épocas pre-cristianas (Flores;2002). Para conocer más profundamente el tema, haremos un breve recorrido por lo que Anaya considera son los cimientos de lo que es un nuevo modo de cuidar a los ciudadanos, familia y población general (Anaya;2003), dividiéndolo en cinco fases:

1ª.-Antigüedad. Algunos autores documentan en el año 60 de nuestra era la aparición de la primera enfermera visitadora, de nombre Phoebe. Ejercía labores docentes y asistenciales en las primitivas comunidades cristianas y se desplazaba a la casa de los enfermos y pobres para ayudarles con los cuidados y medicamentos.

2ª.-La Edad Media. En el siglo XI aparece en la Abadía de Cluny la figura del “limosnero”, que visitaba semanalmente en la aldea a los enfermos encamados (por supuesto sólo hombres). En 1184, en Bélgica, Lambert de Begue reúne un grupo de mujeres que tomen el nombre de “Beguinás”, que cuidan en sus hogares a enfermos y pobres. El italiano Francisco de Asís en el siglo XIII es quien toma la iniciativa de atender al enfermo en la propia casa del asistido.

3ª.-El Renacimiento. Se comienzan a realizar unos cuidados a domicilio similares a los de la sociedad actual. Son cuidados ejecutados por una persona con conocimientos concretos, que se desplaza al domicilio del enfermo y permanece allí hasta su recuperación o hasta que se prescinde de sus servicios, recibiendo un salario.

4ª.-Edad Moderna. En Francia, Francisco de Sales funda en 1610 la “Orden de Visitadoras de María”, grupo de damas dedicadas a las visitas de enfermos que no estaban obligadas a ningún tipo de votos. Posteriormente Vicente de Paul fundará las “Hermanas de la Caridad”, cuyo cometido era la asistencia domiciliaria a pobres y enfermos, educaban en sus escuelas y estaban presentes en obras de carácter social. Los principios en que se basaban siguen vigentes en la actualidad: la familia es la unidad de servicio y su situación debe ser revisada periódicamente (Siles;1999). En el siglo XVIII, situamos los orígenes de la concepción moderna de salud comunitaria, con la llamada medicina social. Pero es en el siglo XIX cuando se generalizan las prácticas asistenciales a domicilio (Sánchez, Aparicio, Germán, Mazarrasa, Merelles, Sanchez; 2000). En Gran Bretaña se crea, en

Liverpool en 1859, la primera Escuela de Enfermería de Salud Pública.

5ª.- Siglo XX: En Estados Unidos, es clave la figura de Lilian Wald, que transformó a la enfermera visitadora en “enfermera de salud pública”. Wald definió claramente el concepto de enfermera para el ciudadano. Su sistema se basaba en la independencia del servicio de enfermería. Lideró hasta su muerte en 1940, causas totalmente vanguardistas, que aún hoy están vigentes. Fue fundadora de instituciones como New York City Visiting Nurse Service, primera presidenta de la Organización Nacional de Enfermeras de Salud Pública, e impulsora de la figura de la enfermera comunitaria escolar (Anaya;1,2003) (Anaya;2,2003).

Tras esta división en periodos históricos, veamos ahora la situación española. Si nos fijamos en la situación de los cuidados enfermeros en la España de los años treinta, comprobaremos que son momentos cruciales para la enfermería comunitaria, dado el alto grado de institucionalización que alcanza. Se crea un cuerpo de Enfermeras Visitadoras Sanitarias. Este cuerpo tendría como objetivos: mejorar las condiciones higiénicas, hacer educación sanitaria sobre principios de higiene, así como lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. Las Enfermeras Visitadoras Sanitarias, se vinculan a la comunidad, actuando de enlace entre la población y los demás profesionales de la sanidad. En Mayo de 1934 se creaba la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, y en los primeros meses de 1936 estaba prevista la inauguración de la Escuela de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública. La Guerra Civil arruinaría todo este proceso (Bernabeu;1994).

Durante la dictadura Franquista, existe un cambio radical de concepción del abordaje de los cuidados enfermeros, la Escuela de Enfermeras Visitadoras se transforma en Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias. Se imponen los nuevos valores tradicionales de la enfermería como vocación claramente femenina. Además, en los contenidos de sus cursos, son relegados los aspectos de promoción y protección de la salud, potenciando el concepto de control de la persona enferma (Sanchez, Mazarrasa,Merelles;1996). En la década de los 60, tiene lugar la eclosión tecnológica del sector sanitario, lo que trae consigo un hecho fundamental: se crea la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (Decreto de 4 diciembre 1953). El Decreto 2319/1960 sobre el ejercicio profesional de ATS, matronas y enfermeras, establece que su trabajo profesional “*se realice bajo la dirección e indicación de un médico, y que se hallen*

*inscritos en los respectivos Colegios Profesionales”* (Decreto 2919/1960 de 17 de noviembre). Se establece así la vinculación subordinada a la figura del médico.

Con la reinstauración de la democracia en España, llega un importante cambio en Julio de 1977, el Real Decreto 2128, concede rango Universitario a las Escuelas de ATS, a partir de entonces denominadas Escuelas Universitarias de Enfermería. Se crea así la figura del Diplomados Universitarios de Enfermería (Decreto 2128/1997 de 23 de julio). Al mes siguiente, se dictan normas para la elaboración de Planes de estudios de las escuelas Universitarias de Enfermería (Orden 1977/ 28232 de 31 octubre 1977).

Veamos ahora el caso particular de La Rioja. En octubre de 1978 se aprueba el Plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Residencia Sanitaria Claudio Coello de Logroño (Orden 7 septiembre 1978), que nace como titulación adscrita a la Universidad de Zaragoza, hasta que se crea a principios de la década de los noventa la Universidad de La Rioja a la cual sigue adscrita (Ley 17/1992), reorientando teóricamente la formación hacia la actitud del profesional cuidador. Durante un periodo transitorio de 5 años hay un curso de nivelación (Real Decreto 111/1980 de 11 de enero) para que los ATS puedan equipararse académicamente a los Diplomados de Enfermería (Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre). En fechas más recientes, como se verá mas adelante, se establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los Estudios Oficiales de Grado (Real Decreto 55/2005), y se establece con posterioridad la nueva ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales en el Espacio Europeo de Educación Superior (Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre) que entre otras cosas, garantiza la compatibilidad con las normas reguladores de la carrera profesional de los empleados públicos, hecho importante, dado el alto porcentaje de enfermeras que ejercen en el sector.

Como bien se constata por los hechos relatados, en nuestro país, existe un importante retraso histórico en la puesta en práctica de la salud pública, a diferencia de lo que ocurre en Inglaterra y los países de cultura y tradición protestantes de ámbito anglosajón, que ya cuentan desde el siglo XVIII con la figura de la enfermera de salud pública, creada dentro de un amplio movimiento sanitarista, con importante desarrollo industrial, y una buena situación económica. Por el contrario en España, dado que no se dan mismas circunstancias sociales, el florecimiento de la enfermería se produce más en el área hospitalaria, hecho este que condiciona en parte su desarrollo en el ámbito extra-hospitalario, y hasta las primeras décadas del siglo XX, con la excepción

del periodo comprendido entre el golpe de estado franquista y la instauración de la democracia, no alcanzará un desarrollo importante (Gascón, Galiana, Bernabeu;2003).

Es en los años ochenta, en febrero de 1984 cuando se constituyen las Estructuras Básicas de Salud y los Equipos de Atención Primaria (Real Decreto 137/1984 de 11 de enero), momento donde se crea un espacio enfermero que posibilita una mayor autonomía enfermera de acuerdo al nivel de capacitación formativa que se inicia a finales de los años setenta con el ingreso en la Universidad y la reforma de planes de estudio mencionados anteriormente. Este espacio propio, con rol diferenciado repercute en la autonomía enfermera dentro del equipo multidisciplinar. Así ejerce sus actividades (De la Cuesta;1987) en un espacio físico, consulta de enfermería, atención domiciliaria, educación sanitaria a grupos, e intervención comunitaria, donde tiene la potestad de convertirse en profesional gestor de casos (Lee DTF Et alt., 1998), (Challis D Et alt.; 1998). Allí al amparo de la ley general de sanidad (Ley 14/1986), debe de desarrollar su actividad en el fomento promoción prevención y recuperación de la salud, de acuerdo al nivel de titulación (Personal Estatutario; 1989).

Sobre todas estas circunstancias descritas, hay que considerar que operan toda una genealogía de errores simples, que repercuten e inciden en el quehacer cotidiano y que son consecuencia de la tradición sustentados en un espacio histórico, en el cual, la costumbre se construye en base a las experiencias anteriores, que han dirigido y operado constantemente según lo que se hace día tras día. Por eso se puede decir que existe un sujeto genealógico de enfermería, dado que los orígenes gremiales se constituyen en formas fabriles de identidad genealógica cuyo predominio viene de la tradición y está palpitando constantemente como si fuera el fantasma de los antecesores. Así vemos como en el espacio inmediatamente anterior y según estudios de Rubio y Mendieta, la enfermera de los ambulatorios de los años sesenta, no hace intermediación entre el médico y el paciente, se limitaba a ser la amanuense que cumplimenta recetas y estadísticas, desvirtuando completamente su papel e identidad profesional (Rubio,Mendieta;1984).

Estos espacios tanto físicos como profesionales de reciente creación, muestran al colectivo social y profesional una imagen de autonomía que lleva implícito un cambio de paradigma profesional. Aún con las sospechas de distorsión, producidas por los elemento subyacentes anteriormente mencionadas, de la propia historia y la tradición profesional, determinan y condicionan el

desarrollo de las cuatro funciones básicas: la asistencial, la docente, la gestora y la investigadora. Es cierto que no se debe de olvidar, que en cada una de las comunidades autónomas existen diferentes sensibilidades políticas, que conforman un contexto natural donde crece y se desarrolla la vida actuando como elemento moldeador. Como indica Siles, los entornos, los espacios, se construyen con referencias de carácter territorial, de ahí que cuando estudiamos la enfermería comunitaria debamos de conocer los espacios físicos e intelectuales donde se referencia por ser los condicionantes que determinen su forma de ser y de estar. Es el caso de lo ocurrido con el desarrollo de la atención primaria en España, que coincide en el tiempo con los acuerdos de Alma Ata y la transición democrática en nuestro país, hechos estos que suponen impulso determinante en dicho proceso (Siles;1999). Como síntesis podemos decir que en esta evolución histórica, es la guerra civil la que condiciona y diferencia a la enfermería española, con respecto al desarrollo seguido en otros países de nuestro entorno.

El papel de la enfermera comunitaria ha evolucionado según las distintas corrientes de pensamiento, adoptándose distintas políticas de salud. Este modelo centrado en la comunidad ha tenido enfoques distintos según el país o el contexto (Cuba, Finlandia, Gran Bretaña). Las ideas básicas son, aprender de las gentes en lugar de enseñarles, comprender la visión del mundo de cada persona en lugar de imponerles la del profesional, apoyarse en sus conocimientos para ayudarles a complementarlos, basándose en la naturaleza del problema y en los medios disponibles para solucionarlo (Anaya;2001).

La Organización Mundial de la Salud en 1974 organiza el primer Seminario internacional “Community Nursing” para intentar una renovación de los enfoques de los problemas de salud a nivel mundial. En él se analizaban las experiencias de enfermeras-os en diferentes países del mundo para plantear un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. En palabras del Dr. W.H. Chang se define a la Enfermera de Salud Pública como:

*“la enfermera general capaz de comunicarse con la población y motivarla, y de colaborar eficazmente, con el personal docente, de asistencia social, y de otra clase en el seno de la comunidad”*(OMS informe 558;1974).

Por otra parte la Organización Panamericana de Salud (OPS) que es la oficina regional de la OMS indica que la enfermera de salud comunitaria:

*“Tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la Salud Pública con los de la enfermería para promover proteger,*

*prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad con el fin de contribuir en la identificación de las necesidades de la salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica por medio del diagnóstico grupos y conjunto de individuos expuestos a los mismos factores y comparten las mismas necesidades de salud. Determinan las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios y evalúa su eficacia. Así mismo planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a que esta alcance los mejores niveles de salud. Busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población. Por último determina el impacto de sus acciones sobre el sujeto de atención” (OPS-OMS 332;1976).*

Todo esto tendrá su culminación y refrendo en la declaración internacional de la Conferencia Internacional de Salud, en Septiembre de 1978, donde específicamente se indica:

*“La atención primaria de la salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria” (OMS;1978).*

Victoria Antón en 1989, define la enfermería comunitaria como:

*“Aquella que conoce las necesidades de cuidado de la salud de la población,, posee los conocimientos científicos y las habilidades técnicas y la actitud apropiada para preveerlos a individuos aislados, en familia, o en otros colectivos allá donde vive, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso desde una concepción enfermera como miembro de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria” (Antón;1989).*

La Asociación de Enfermería Comunitaria define a la Enfermería Comunitaria como:

*“La disciplina que desarrollan los enfermeras/os generalistas, basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. Pretendiendo contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su auto-cuidado” (AEC;1994).*

Desde una perspectiva integral también se define la Enfermera Comunitaria como:

*“La que con sus conocimientos científicos habilidades y actitudes es capaz de detectar necesidades de la población, ofreciendo cuidados en promoción, prevención, y rehabilitación directa sobre la comunidad, en instituciones, asociaciones y domicilios, de forma programada desde la participación comunitaria y el trabajo en equipo con una estrategia común, utilizando todos los recursos institucionales y de la comunidad” (Martínez Riera;2006).*

En la evolución de la enfermería en España, vemos cómo antes de la integración en la Universidad en 1977, la enfermera de atención primaria realiza un conjunto heterogéneo de actividades. Esto comienza a cambiar con la integración de los estudios en la Universidad, pues el nuevo plan de estudios incluye materias y aspectos sobre Salud Pública. En 1984, el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud (Real Decreto 137/1984 de 11 de enero), crea la “Enfermera de Atención Primaria”, integrando las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales. Esto trajo un cambio en la organización del trabajo, tratando de terminar con la modalidad de trabajo por actividades o tareas. La Ley General de Sanidad de 1986 consagra la competencia de los enfermeros para trabajar como agentes de salud en la comunidad, y se establece una red de servicios de enfermería comunitaria, que consagra la organización del quehacer cotidiano por la modalidad de trabajo por programas (Nieto Et alt;2006). Posteriormente, el Real Decreto 992-1987 señala entre las especialidades a desarrollar la de Enfermería Familiar y Comunitaria (Real Decreto 992/1987) posteriormente adaptado y reformado (Real Decreto 450/2005), y cuyo programa formativo se publica en el año 2010 (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio).

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

### **3.-Antecedentes del tema: Estado de la cuestión**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **Estado de la cuestión**

Hecha esta primera aproximación conceptual sobre el desarrollo de la profesión, pasamos a analizar el contexto de la reforma de la Atención Primaria de Salud en España desde el punto de vista de nuestra región, con la promulgación en 1984 del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud (Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero) y la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril).

Estas normas permiten que en Comunidad autónoma de La Rioja se comience con la constitución del primer Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño, y su paulatina implantación durante la primera mitad de los años noventa en la totalidad del territorio regional. Concluye con un total de 19 Zonas Básicas de Salud, que proporcionan cobertura sanitaria a la totalidad de la población de la región como bien queda constatado en la última reforma del Mapa Sanitario de La Rioja (Decreto 121/2007 de 5 de octubre). Con una propuesta antropológica de análisis, indica Magdalena Santo Tomás, podría mostrar una visión más enriquecedora de la enfermería (Santo Tomás Pérez, M.;2006) que ponga al descubierto los elementos subyacentes que en la actualidad configuran la identidad socio-profesional, con los que la enfermera comunitaria gestiona los cuidados de salud cotidianamente, hecho que legitima el propio pensamiento enfermero (Retsas; 2000).

En La Rioja, El Grupo Seis inicia el estudio del perfil de las enfermeras de La Rioja durante los comienzos de los años noventa (Grupo Seis;1996). Después y basado en éste trabajo, existe un primer acercamiento al tema con motivo del comienzo de éste programa de doctorado, donde se constata la carencia absoluta de estudios específicos sobre la Enfermería de Atención Primaria. Es de resaltar que a nivel estatal, aun no coincidiendo con exactitud en la temática, existen diversos trabajos que profundizan sobre la práctica enfermera y los determinantes a los que esta sometida, como son cuestiones epistemológicas, influencia de género, reconocimiento social, problemas de identidad enfermera, cambio del rol profesional, etc..

Estos trabajos son obra de autores como: Rosa María Alberdi que ya en los primeros años ochenta reflexiona sobre el perfil de la atención primaria de salud que emana de la declaración de Alma Ata de 1978 y la capacidad de adaptarse de las enfermeras a las necesidades de salud de la comunidad (Alberdi;1984). Posteriormente en los años noventa en diferentes artículos de

la citada autora junto con Maria de la O Jiménez, analizan el trabajo enfermero de atención primaria de salud, donde revisa la evolución del rol enfermero dentro de la reforma sanitaria desde 1984 el qué y el cómo se hizo en la comunidad andaluza y los resultados tras seis años de puesta en funcionamiento. Como consecuencia de ello, definen los campos de acción y responsabilidad de la enfermera en el cuidado de salud comunitaria, así como las estrategias para llevarlas a cabo. (Alberdi, Jiménez;1991); A finales de los años noventa Alberdi investiga sobre los aspectos nucleares del trabajo enfermero, su identidad específica en atención primaria, el compromiso profesional y las premisas que deben de cumplirse para llevarlo a cabo (Alberdi;1996). Más adelante trabaja sobre los distintos modelos o paradigmas con los que la enfermera se desenvuelve en el sistema de salud de acuerdo a la formación y al referente contextual del sistema sanitario (Alberdi;1998); Victoria Antón ya a comienzos de los años ochenta, hace un análisis de la enfermería a partir del contexto social que le sirve de marco referencial, donde se refleja una enfermería que está en una autentica encrucijada, dadas las modalidades de ejercicio profesional que desarrolla y las necesidades que la población tiene (Antón;1984). Más adelante la misma autora trabaja y se interroga sobre el futuro del colectivo, la imagen social, lo adecuado de la formación y su postura ante la aparente crisis del estado de bienestar y el cómo afecta esto a la profesión (Antón;1989;2000); Carmen Domínguez analiza y publica desde la perspectiva de la sociología la concepción de cuidar, entendida como la base conceptual de la profesión enfermera, tomando como premisa la dificultad en su definición y valoración, pues en España según la autora, gran parte de las actividades enfermeras, son delegadas por otros profesionales y no derivadas de la propia epistemología enfermera (Domínguez;1986; 1989); Joseph Bernabeu Mestre y Encarna Gascón estudian la historia de la enfermería de la Salud Pública en España desde 1860 hasta 1977 (Bernabeu, Gascón;1999) y que pueden considerarse los hechos precursores de donde se deriva la reforma sanitaria de los años ochenta; Julio Cabrero de forma individual, así como con Miguel Richart, analizan la práctica enfermera y su realidad respecto de la investigación, que aunque es un tema tangencial al que nos ocupa, nos orienta sobre el estado de la cuestión, y la observa como la piedra angular en la que se asienta la práctica enfermera (Cabrero;1999), (Cabrero, Richard;1991); Maria José Dasí analiza sobre la relación directa de los planes de estudios y el tipo de paradigma que se aplica en la práctica (Dasí;1996); Marta Duran reflexiona sobre la íntima relación de los cuidados de salud y la esencia de la enfermería (Duran;1999); Carmen de la Cuesta, revisa y sugiere a modo de manual, los diferentes procedimientos y actuaciones que las enfermeras deben realizar dentro la consulta de enfermería

de los equipos de atención primaria (De la Cuesta;1987), años después, muestra lo que es la teoría fundamentada como herramienta de análisis con lo que desvela el tipo de construcción de la realidad en relación a su referente cultural (De la Cuesta;2006); José Ramón Martínez Riera y Rafael del Pino Casado, en dos publicaciones, la primera un auténtico tratado sobre enfermería comunitaria hacen un paralelismo entre el nacimiento de la enfermería comunitaria en España y la Declaración de Alma Ata, donde tratan: la participación comunitaria, la educación para la salud, la atención domiciliaria, etc., elementos esenciales del Nuevo Modelo de Atención Primaria de Salud. Así mismo, plantean toda una estrategia para hacer visible la actividad enfermera en atención primaria (Martínez Riera, Del Pino;2006) (Del Pino, Martínez Riera;2007); Concha Germán, en diversas publicaciones profundiza en el modelo teórico de la Enfermería Comunitaria, los condicionantes generales de acuerdo a las necesidades de salud prevalentes de la población (Germán;1996; 2004); Francisco Javier Iruzubieta estudia en La Rioja durante varios años la historia de la enfermería en la Casa de Socorro de Logroño (Iruzubieta 2006); También existen estudios sobre la relación del entorno persona, familiar y social y su relación con los cuidados enfermeros en consulta de enfermería (López, Rodero, García, Gervás;1989); Martínez Indas analiza y muestra el desarrollo organizativo, la metodología y la estrategia de la puesta en marcha de la Consulta de Enfermería en la comunidad autónoma de Navarra como consecuencia de la necesidad de ampliar recursos sanitarios para el seguimiento y cuidado de individuos adultos, ancianos, mujeres o niños, en su condición de sanos o enfermos (Martínez Indas; 2000); Juana M<sup>a</sup> Reyes, Gonzalo Duarte y Maria Dolores Izquierdo, desde los servicios centrales del Servicio Canario de Salud, realizan un análisis concienzudo sobre la manera de contribuir y mejorar la salud de la población Canaria por parte de la enfermería comunitaria, para ello revisan el perfil de la enfermera de atención primaria y sientan la bases de líneas de trabajo para el futuro, potenciando la enfermera gestora de cuidados y la ofertan a la población desde dichos servicio de salud (Reyes, Duarte, Izquierdo;2000); José Siles estudia concienzudamente la historia de la Enfermería abordando los cuidados de la salud desde la visión histórico social desde la prehistoria hasta la actualidad, profundizando tanto en las estructuras mentales, sociales, religiosas, políticas como factores que han ido perfilando la enfermería a lo largo del tiempo. Así mismo, reflexiona y profundiza sobre la propia epistemología enfermera a lo largo de los años hasta la actualizada través de múltiples artículos y publicaciones (Siles1997;1999; 2000; 2003; 2005).

Es de destacar algún estudio que se ajusta más a nuestro espacio de investigación, como el mencionado anteriormente, que analiza la situación general de la atención primaria a los seis años del comienzo, donde se muestra como se hizo, lo que se hizo, con lo cual definen los campos de actuación enfermera y las estrategias para desarrollar su rol enfermero dentro de la atención primaria (Alberdi, Jiménez;1991). Interesa resaltar el trabajo de José María Uribe Oyarbide, en el que muestra el análisis antropológico de la Atención Primaria a finales de los años ochenta en los comienzos de la reforma sanitaria, aportando conocimientos que ayudan a comprender los mecanismos de funcionamiento interior del equipo de atención primaria, pero excesivamente focalizado en el médico de familia, no considerando en igual medida el posicionamiento del resto de los miembros del equipo. El tratamiento que da a la enfermera, es mínimo y la considera casi exclusivamente como personal auxiliar dependiente de la disciplina médica (Uribe;1996). Así mismo en Mallorca hacen un análisis de la enfermería de atención primaria, a través de grupos focales (Sancho, Vidal, Cañellas, Pinilla, Corcoll, Ramos;2002) en el que se resalta entre otros, la invisibilidad profesional, consecuencia de la indefinición de cartera de servicios, que es uno de los problemas a resolver por parte de los gestores enfermeros de la región. Así mismo en el año 2005, Anna Ramió Jofre en su tesis doctoral sobre “Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya” aunque no se ciñe específicamente a la atención primaria, si da respuesta al tema de la invisibilidad de los cuidados relacionándolo con el género y la problemática laboral entre otros, y por ello también, es tomado como referencia en esta investigación.

Más recientemente en el año 2008 es Margalinda Miró Bonet, miembro del grupo de investigación “Determinantes Sociales de la Salud” de la Universitat de Illes Balears e Historia de la Salud, Institut Universitari d’Investigació en Ciències de la Salut, la que en su Tesis Doctoral “¿Por qué somos como somos?” esclarece como se han ido conformando y transformando las identidades de los enfermeros en España en el periodo comprendido entre 1956 y 1976, pone de manifiesto, los discursos dominantes y las diferentes relaciones de poder que se dan a lo largo de estos últimos años dentro de los servicios de salud.

También la doctora Chamizo en el año 2009 da a la luz su tesis “El proceso de profesionalización de la enfermería en el Principado de Asturias”, investigación de corte socio-histórica, que abarca desde la última década del siglo XIX hasta el último tercio del siglo XX. Describe las características de

las enfermeras de su comunidad muestra el proceso de profesionalización, los significados y saberes de la práctica cotidiana, y observa las diferentes rupturas y continuidades estructurales que se van dando a lo largo del tiempo, y que van conformando la historia de la enfermería como disciplina y profesión en el sentido moderno del término.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **4.-Objetivos del estudio**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

#### **4.1.-Objetivo de investigación general**

Estudiar cómo se ha ido conformando la identidad socio-profesional de las Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja, centrándonos en los cambios que han experimentados los profesionales tanto en sus referentes teóricos como en su práctica diaria desde el comienzo de la reforma sanitaria en España de 1984, hasta que en el año 2006 entra en vigor el acuerdo para el personal del servicio Riojano de Salud, donde se clasifica al personal estatutario atendiendo a la función y título, que en su anexo I, y sin ninguna otra explicación consta literalmente: ATS/DUE, E.A.P. (A extinguir). (Acuerdo para el personal del servicio Riojano de Salud; 2006)

## **4.2.-Objetivos y cuestiones de investigación específica**

4.2.1.-Describir la evolución del ámbito laboral de Atención Primaria de Salud (APS) de La Rioja, como contexto inmediato, donde se referencia y construye la identidad profesional de la enfermera comunitaria en La Rioja desde 1984.

4.2.2.-Investigar la transformación del referente teórico y su experiencia en la praxis de la gestión del cuidado enfermero, como elementos esenciales de la constitución de la identidad socio-profesional de Enfermería en el Equipo de Atención Primaria, desde los años en los que se inicia la reforma sanitaria de La Rioja en 1984 hasta la actualidad en la que comienza el proceso de extinción de los ATS/DUE EAP en esta comunidad autónoma.

4.2.3.-Exponer la percepción que tiene la Enfermera de los Equipos de Atención Primaria de La Rioja, respecto a los cambios que se producen por una práctica profesional centrada en los cuidados de la enfermedad, o en la salud y sustentada en los principios de la reforma sanitaria de 1984.

4.2.4.-Analizar la percepción valorativa que tiene la Enfermera de los Equipos de Atención Primaria respecto de su proyección social de acuerdo a los distintos grupos sociales implicados del ámbito laboral sanitario de La Rioja, como son las propias enfermeras comunitarias, los médicos, la administración sanitaria, y los usuarios a la par que se reconoce, orienta y modela la identidad socio-profesional.

## **5.-Hipótesis de trabajo**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **5.-Hipótesis de trabajo**

La cultura profesional enfermera es un modo de actuación sistematizado de la gestión del cuidado enfermero, visible públicamente, mantenido en el tiempo (ritualizado) e identificable dentro de la diversidad social existente. La enfermera comunitaria de La Rioja, es un espacio micro enfermero que mantiene su identidad socio profesional dentro del universo cultural enfermero.

Esta investigación de corte histórico antropológica permite, además de recoger acontecimientos históricos, interpretarlos antropológicamente, desde la reflexión subjetiva e inter-subjetiva, analizando las reglas, procedimientos y estructuras que dan información de los niveles de abstracción del colectivo de las Enfermeras de los Centros de Salud de Atención Primaria de La Rioja. El propio desarrollo de la investigación no parte de una hipótesis cerrada, de ahí que a medida que avanza el estudio surgen otras que son útiles para completar y orientar los objetivos de esta y dar una respuesta a la hipótesis de partida del estudio, sobre sí el ámbito laboral, el nuevo referente teórico y su repercusión en la gestión en el cuidado enfermero, como toda una red de relaciones, representaciones, ideas, acerca de esta forma de trabajo (Gintis. H; 1983) han generado una cultura propia al grupo socio-profesional de las Enfermeras de Atención Primaria de Salud de La Rioja, respecto de sus antecesoras del primer nivel de atención.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **6.-Métodos y material**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **6.-Métodos y material**

Se trata de hacer una aproximación al conocimiento enfermero, y redescubrir las estructuras conceptuales que determinan, definen e identifica el quehacer profesional. Para ello se profundiza en la subjetividad y significación de éstos para comprenderlos mejor dentro de un contexto determinado (Amezcuca,Carricondo Guirao;2000).

De acuerdo a este planteamiento y dadas las características del estudio deberá de ser una investigación cualitativa, que se inicia con un análisis exploratorio de corte cuantitativo sobre el modelo profesional, con el cual, se sientan las bases de las acciones posteriores de tipo cualitativo. Con esta acción combinada se posibilita la corrección de los errores inducidos por el propio método empleado (Cabrero, Richar;1995).

### **6.1.-Población y muestra de estudio**

El estudio se inicia en el mes de Noviembre de 2005, sobre todo el universo de los profesionales de enfermería de los Centros de Salud. A lo largo de la investigación, surge alguna modificación consecuencia de la adaptación a los cambios organizativos que las autoridades sanitarias introducen en el Servicio Riojano de Salud. En esta población se incluyen las enfermeras Titulares e Interinos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y Titulares e Interinos de Equipos de Atención Primaria (EAP), de las 19 Zonas Básicas de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja, según la última ordenación del mapa sanitario regional, en tres Áreas de salud:

- a.-Área de salud I – La Rioja Alta, que comprende los Centros de Santo Domingo, Nájera y Haro.
- b.-Área de Salud II – La Rioja Media, con los Centros de Salud de Labradores Siete Infantes de Lara, General Espartero, Joaquín Elizalde, Gonzalo de Berceo, Rodríguez Paterna, Cascajos, Murillo del Río Leza, Alberite, Navarrete, y las dos zonas catalogadas de alta montaña de Camero Nuevo y Camero Viejo.
- c.-Área de Salud III - La Rioja Baja, estando incluidos, Cervera, Alfaro, Calahorra y Arnedo (Decreto 30/2005 de 22 de abril)

La población de estudio en principio la constituyen 195 enfermeras, de las cuales el 87,7% son mujeres y el 12,3% varones, (Tabla 1) cuya edad media es de 45 años en las Áreas uno y tres y de 47 en el Área dos. Suponen el 11,43% del total de enfermeras colegiadas de la comunidad autónoma, (Tabla 2). En Octubre de 2007 tiene lugar una nueva reforma organizativa de la población en estudio, además de aprobarse la nueva Relación de Puestos de Trabajo correspondiente al personal del Servicio Riojano de Salud, donde se computan 201 enfermeras de los Equipos de Atención Primaria (EAP) más 19 responsables de enfermería de EAP computando un total de 220 de profesionales (Decreto 123/2007, de 5 de octubre).

La distribución de personal de enfermería por cada Centro de Salud y la media de población adscrita según Área y Zona de Salud varía notablemente, entre las cinco enfermeras de Murillo y las dieciocho de Calahorra, Joaquín Elizalde, o Nájera, excluyendo las zonas especiales de alta montaña; así como en la adscripción media de personas por enfermera, que es de 826 en el Centro de Salud de Cervera del Río Alhama y las 2525 del Centro de Salud de Espartero (Tabla 3).

## 6.2.-Técnicas de análisis.

En la primera fase, se utiliza como base la encuesta del trabajo realizado en 1992 por el Grupo Seis (Grupo Seis Docentes de Enfermería DER;1996). En ella se hace un trazo aproximativo sobre aspectos formativos, la situación laboral, proyección profesional, credibilidad individual-social, y criterios de profesionalidad (Freidson;1978) y el grado de inquietud o nerviosismo al que se ven sometidas por las condiciones laborales (Dristensen;1991).

Se realiza triangulación intermétodos secuencial, con más de dos fuentes de datos y utiliza métodos cuantitativos y cualitativos en el estudio de un hecho singular (Rodríguez Ruiz;2005), la cual viene determinada, por la necesidad de incorporar la mirada histórico-antropológica a la investigación. Recordemos que la antropología cultural según Boas en 1898 es el descubrimiento de las leyes que gobiernan las actividades del intelecto humano, así como la reconstrucción de la historia de la cultura y la civilización humana (Rossi y O'Higgins;1981). Más recientemente Marvin Harris, la define como la disciplina que se encarga del estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos, los modernos y sus estilos de vida, ocupándose de las tradiciones aprendidas del pensamiento, la conducta humana, la forma en que evolucionaron, se diversificaron las culturas antiguas, cómo y porqué cambian o permanecen inmutables las culturas modernas (Harris;2004). Así mismo, Marc Augé entrevistado por Aguilar, indica que el objetivo de estudio de la Antropología es la relación entre seres humanos en un grupo dado tomando en cuenta el contexto (Aguilar;2007). Así mismo Aguilar indica que la Antropología Social y Cultural facilita el estudio de las culturas de trabajo (Aguilar;1993).

Por todo este conjunto de consideraciones, se aplica el método teórico que la antropología ha desarrollado con su estructura, procedimientos y reglas, nos permite recoger información desde los diversos niveles de abstracción del colectivo profesional. Así podemos mostrar una forma de vida particular, un tanto marginal, consecuencia de la no visibilidad social de las acciones con entidad propia derivadas del cuerpo epistemológico enfermero.

En esta investigación social, se utilizan técnicas cualitativas (Salamanca;2006) parciales tales como: entrevistas en profundidad, historia de vida, fotografía, con las cuales se intenta captar a través de las fuentes orales lo mas importante que es *“la visión que dan los sujetos de si mismo expresándola mediante la palabra,*

*pero también mediante gestos, sentimientos, creencias y cualquier tipo de reacción provocada por el evento de estudio” (Siles;2006).* Toda la investigación esta filtrada por la autoetnografía como una forma de autonarrativa, en la que se sitúa el sí mismo al interior de un determinado contexto social (Lewin, J.G.;2004), donde la visión del autor como enfermero observador y participante de la reforma sanitaria que comparte directamente con los investigados el contexto y las experiencias profesionales cotidianas, primeramente en el Centro de Salud Perchera de Gijón desde abril de 1986 hasta abril de 1989, y a continuación en La Rioja como enfermero asistencial y docente en distintos periodos y escenarios como son los Centros de Salud Arnedo, durante los periodos comprendidos desde abril de 1989 a octubre de 1990, de octubre de 1992 a julio de 2001 y de abril 2009 hasta la actualidad, también en el Centro de Salud de Labradores de Logroño en la etapa comprendida entre de julio de 2001 a abril 2009. Así mismo en la Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño como Profesor de Salud Pública y Enfermería Comunitaria desde septiembre de 1990 hasta la actualidad.

### 6.3.-Estrategia de trabajo de campo

#### 6.3.1.- Desarrollo del análisis exploratorio cuantitativo: encuesta

Se comienza haciendo una aproximación de carácter cuantitativo mediante la encuesta mencionada anteriormente, que consta de cuarenta y una preguntas, de las cuales treinta y siete son cerradas de respuesta única y que nos proporciona una primera impronta del perfil profesional. A continuación se describe su contenido (Anexo 1):

a.-Las cinco primeras preguntas, hacen referencia a aspectos formativos: título obtenido al terminar la carrera, motivación para estudiarla y grado de satisfacción de haber realizado dichos estudios. Estas preguntas nos ayudan a describir la predisposición paradigmática actual que puede ser consecuencia de la formación recibida en el pregrado, considerando que los ATS han sido formados al amparo del paradigma racional tecnológico, y los diplomados en el hermenéutico o en el socio-crítico.

b.-Las preguntas seis, siete y ocho recogen la situación laboral: puesto de trabajo, forma de acceso y estabilidad laboral. A través de estas preguntas cabe esperar resultados que indiquen que la vía de acceso a través de oposición está en concordancia con el papel requerido, entendiendo este como el desarrollo de “*acciones afines a la salud pública, centrandose en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo*” (INSALUD; 1989) y la integración adecuada en un equipo multidisciplinar (Iglesias;2003), que requiere un perfil profesional coincidente con el paradigma enfermero socio-crítico.

c.-Las preguntas nueve a dieciocho, ambas inclusive, inciden en la proyección profesional, por una parte permiten analizar si la enfermera en su trabajo es una mera aplicadora de técnicas o es un agente de cambio donde analiza, determina y actúa con arreglo a un criterio emanado de su cuerpo de conocimientos. Además se puede correlacionar el puesto de trabajo con la capacidad profesional enfermera (Ley 44/2003, de 21 de noviembre).

d.-Los aspectos relacionados con la credibilidad individual y social, respecto al sentimiento de valoración de diferentes sectores sociales con

los que se relaciona directamente, ya sea la administración, las enfermeras, los médicos, o los usuarios del sistema de salud, son descritas por las siete preguntas siguientes, desde la diecinueve a la veinticinco.

e.-La pregunta veintiséis, explora de nuevo las proyecciones profesionales paradigmáticas. Los criterios de profesionalidad que debe cumplir cualquier grupo de expertos, que se autoproclaman como tales (Alberdi;1996), son establecidos por las preguntas que van desde la veintisiete a la treinta y cuatro ambas inclusive.

f.-Finalmente las siete últimas preguntas de la 35 a la 41, tratan de determinar el grado de inquietud o nerviosismo al que se ven sometidas por las condiciones laborales, el cual es el resultante de la aplicación del cuestionario Kristensen (Kristensen 1991: 15-27) que permite analizar el índice de Taylorismo o de estrés laboral (Arillo;1997) (Anexo 2).

### 6.3.1.1.-Procedimiento y recogida de encuesta

En un primer momento y para obtener la autorización del estudio se establecieron una serie de contactos y entrevistas<sup>3</sup> con la Subdirectora de Atención Primaria del Área II, la antigua Directora de Enfermería de Atención Primaria de la extinta Gerencia y las nuevas Directoras de Enfermería de las otras dos Áreas de Salud, a las cuales se presenta el proyecto de investigación, además de cursar las oportunas solicitudes y autorizaciones (Anexo 3).

Inmediatamente se establecieron en contactos con los Responsables de la Coordinación de Enfermería de todos los Centros de Salud de las tres Áreas y mediante entrevista personal o telefónica individualizada se da cumplida información del proyecto. Se solicita su colaboración, insistiendo en el papel clave que deben desempeñar, pudiendo resolver cualquier tipo de duda al respecto siempre que lo precisen, contactando tanto personal como telefónicamente.

A todos ellos en un periodo de tres días, junto con las encuestas se les hace llegar una nota explicativa, (Anexo 4) ya sea por correo ordinario, electrónico o personalmente. Indicándoles que disponen de 15 días para su devolución una vez cumplimentadas. Posteriormente se les envía una carta de agradecimiento por su colaboración (Anexo 5)

En los diez días siguientes se introducen los resultados en una hoja de cálculo excell, realizando los primeros cálculos e interpretaciones más generales. Posteriormente se vuelcan al programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS.12), para el análisis estadístico de los datos. Se realiza estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y análisis bivariable, desde la perspectiva de los estudios cursados en el pre-grado, calculando la  $\chi^2$  buscando la significación estadística con  $p < 0,05$ .

---

<sup>3</sup> El comienzo del trabajo es coincidente con la nueva reestructuración del Mapa Sanitario de La Rioja, que desde el año 1986 (Decreto 32/1986, de 27 de junio) era una sola Área de salud y en 2005 queda dividida en tres Áreas de Salud (Decreto 29/2005 de 22 de abril) con tres Gerencia de Atención Primaria, su estructura orgánica (Decreto 30/2005 de 22 de abril) y su división en Zonas Básicas de Salud, (Orden 2/2005 de 22 de abril). Este cambio produce cierta disfunción en el proceso investigador. En el último tercio de 2007 existe una nueva modificación pasando nuevamente de tres a una única Área de Salud respetando las mismas Zonas Básicas de Salud (Decreto 121/2007 de 5 de octubre) y la relación de puestos de trabajo del personal del Servicio Riojano de Salud (Decreto 123/2007, de 5 de octubre).

### **6.3.2.- Desarrollo del análisis exploratorio cualitativo: entrevista**

Posteriormente, en una segunda parte del proceso investigador, en base a esa primera aproximación estadística, se incorporan métodos más flexibles que nos proporcionan una visión más cultural (Amezcuca, Gálvez; 2002). A mediados del año 2008, se inicia el estudio descriptivo exploratorio e interpretativo, con abordaje cualitativo, con referencias teórico-metodológicas del Interaccionismo Simbólico (Ibarra, Siles; 2006), basados en datos producto de los comportamientos, tanto verbales como no verbales, según las diversas circunstancias que concurren a lo largo del proceso investigador. Este proceso incluye las autodefiniciones de los informadores y los significados que comparten, con los cuales definen su propia situación socio-profesional en el entorno de estudio. La antropología es la disciplina que con su estructura, procedimientos y reglas, nos facilitará la recogida de información desde los niveles de abstracción del colectivo profesional, extraída de su razonamiento particular inter-subjetivo.

Mediante muestreo intencional, se selecciona a un grupo de diferentes profesionales con dilatada trayectoria en el ámbito de la atención primaria, conocedores del tema, que pueden aportar adecuada información al estudio. El criterio de preferencia de la muestra de informantes, tiene como objeto hacer operativa la selección del entrevistador y a la vez controlar la heterogeneidad del origen profesional de acuerdo a las transformaciones en el campo de la salud y su repercusión en los espacios profesionales. Para ello, deben de estar en posesión del título académico correspondiente, estar trabajando o haber trabajado en un centro de salud de La Rioja, o bien, haber tenido algún tipo de responsabilidad organizativa relacionada con la Atención Primaria.

La elección de los informantes no ha sido realizada por criterios de representatividad, sino, por el potencial de calidad y riqueza de sus aportaciones. La importancia de su designación viene determinada, no por cantidad de entrevistas realizadas, sino por conseguir la saturación de la información que nos proporciona, y que no añada nada nuevo ni relevante a lo que ya se conoce (Valles; 2002). De sus manifestaciones repetitivas y constantes se extraen los productos tipo, inspirados en los modelos y valores que se reconocen universalmente en el colectivo profesional (Rocher; 1980).

Los informantes clave computan un total de 30, designados de acuerdo a las siguientes pautas:

- 1.-Profesionales de enfermería que han participado en la constitución de los primeros centros de salud de La Rioja 4.
- 2.-Profesionales de Enfermería que se han integrado o no a los centros de salud años más tarde, una vez iniciada la reforma sanitaria 9.
- 3.-Profesionales de Enfermería que conocen y participan en el proceso y desarrollo por su actividad sindical y/o docente 5.
- 4.-Profesionales de enfermería que han ocupado cargos de gestión enfermera de atención primaria 8
- 5.-Profesionales de la medicina que han participado en los orígenes de la atención primaria en los primeros centros de salud, 1.
- 6.-Profesionales de la medicina que han participado en la gestión de los orígenes la atención primaria en los primeros centros de salud, 3.

El número total de posibles informadores que se barajan al inicio ha sido un total de cuarenta, que por distintas circunstancias se han desechado, por causas como: indisposición personal, imposibilidad de localización, no tener suficiente información del momento y acontecimientos, etc...

### **6.3.2.1.- Procedimiento y contenido de entrevista**

Se contacta personal o telefónicamente con la informadora clave seleccionada, se le recuerda por haber participado hace unos años en la encuesta de la primera parte del trabajo, o se le indica en que consiste la investigación y sus propósitos. Este proceso no resulta demasiado dificultoso, por la proximidad personal del investigador con los informantes, pues trabaja como enfermero asistencial y docente desde 1989 en un centro de salud de La Rioja, y por el tamaño reducido de la región.

Una vez hecha una primera aproximación con la persona a entrevistar, se concreta el día, hora y lugar donde se realizará. La duración ha oscilado entre una hora y hora y media. Todas las entrevistas, una vez pedido el permiso personal pertinente, se registran mediante doble grabación, (digital y magnética), y se toman notas de campo por parte del investigador en su transcurso. El lugar donde se realiza ha sido siempre un lugar de trabajo, mayoritariamente en el despacho de enfermería, del médico, de la entrevistada o del entrevistador, o bien en la sala de reuniones del equipo de salud, siempre en un centro de trabajo, como escenario que evoca y facilita la información. Antes de comenzar se les recuerda el propósito del estudio, y se remarca la importancia de la subjetividad a la hora de transmitir sus opiniones. Todas comienzan cumplimentándose la ficha personal del entrevistado, hecho que permite y facilita crear un clima de confianza adecuado.

El modelo de entrevista elegido, es la entrevista en profundidad, también denominada por algunos autores como entrevista abierta, dado que solo existe un sutil control del entrevistador, que facilita que surjan los temas de interés para el investigador (Blasco, Otero;2008). El guión elaborado, responde al análisis de la trayectoria profesional del trabajador, que nos expone su vida personal y profesional haciendo especial hincapié desde su comienzo en el centro de salud. Se expresan reflexiones sobre su trayectoria profesional desde su formación de pregrado, cuestiones y condiciones laborales, reconocimiento social, sentido de pertenencia, lenguaje enfermero y profesión, profesionalidad e independencia tanto personal como del colectivo dentro de su contexto, percepción del cambio profesional y social jerarquías situaciones personales y la interferencia en el trabajo, cuestiones de género y profesión etc...

Globalmente, podemos decir que se abarcan cinco temas que responden a las preguntas de la investigación: Aspectos de la formación -Situación laboral-

Credibilidad individual y social- Criterios de profesionalidad- Satisfacción y grado de inquietud laboral. Por cuestión de orden, las dividimos en tres grandes apartados:

- 1.- Donde se invita a hablar de cuestiones personales como elementos hipotéticos de condicionamiento de su actividad profesional, estado civil, descendencia, año en que comienza sus estudios, significación de ser profesional y motivos, puestos de trabajo distintos en su vida laboral, condicionantes personales de y para la profesionalidad etc...
- 2.- Sin que represente un corte abrupto en la conversación, se le invita a comentar el periodo circundante a la creación de los centros de salud, organización del sistema de salud, su visión grado de participación, descripción de su quehacer cotidiano, jerarquías laborales tipo de relación con compañeros y jefes, si ha sido copartícipe o bien, como veía a quien vivía esa experiencia, impresiones al respecto, clarificar si el trabajo es un medio o un fin en si mismo.
- 3.- Versa sobre la incorporación a los centros de salud su desarrollo, condiciones laborales, tipo de jornada, conflictos, vivencias, estatus dentro del centro, conocimiento sobre la legislación que paulatinamente va generándose tanto a nivel nacional como regional, repercusión en su práctica cotidiana, modelos de trabajo enfermero, diferentes crisis tanto del grupo como personales, diferencias de género y situación laboral, influencias de tipo político, relación con los superiores, clarificar si las organizaciones favorecen o dificultan la práctica enfermera, si los administradores o gestores de la enfermería facilitan el uso de los productos de la investigación enfermera etc...

Todo ello no pretendía ser, ni fue, un guión cerrado ni cronológico sino algo orientativo, de preguntas enunciadas con la intención de hacer surgir la máxima información con la mayor calidad posible, sobre los diversos discursos y los mecanismos que conforman su continuidad en las relaciones interpersonales, e interprofesionales, para poder captar aspectos no previstos en el guión inicial. La intención del entrevistador no era alcanzar un consenso, sino el tratar de comprender las diversas vivencias, lo que representan para el entrevistado y como todo ello ha podido influir en su práctica cotidiana, con la cual se construye su discurso profesional y su práctica dentro de un contexto determinado.

En el análisis de las entrevistas, no existe intención de explorar el contenido de su discurso, lo que se pretende averiguar es, cómo determinados fenómenos han llegado a construir y conformar el hecho socio-profesional de la gestión

del cuidado que conforma una cultura enfermera. Este análisis de contenido, no se hace con una técnica fija de perfil metodológico de la ciencias naturales de tinte positivista, se aproxima más a determinar las relaciones del texto, la práctica y su contexto, elementos importantes que guían y clarifican teóricamente el sustento para el análisis de los datos (Amezcuca, Gálvez;2002).

Una vez hecha ésta clarificación teórico metodológica del proceso de recopilación, se procede a la selección y codificación de los datos clave que nos aportan tanto los manuales teóricos y legales enfermeros, como el contenido de las entrevistas. Se eliminan códigos, entendidos estos como las unidades mínimas de análisis desprovistos de sentido de acuerdo a los objetivos que nos hemos propuesto, y por otra parte, se va construyendo de manera inductiva con los no desechados, categorías o subcategorías y códigos entendidos como las ideas similares que componen el grueso del discurso (De Andrés;2000), conformado por el contexto, situación laboral, credibilidad, profesionalidad, etc..., tal como se plasma en la Tabla 28.

#### 6.4.-Consideraciones éticas

Algunos autores como Gastaldo y McKeever mantienen, que las investigaciones cualitativas son intrínsecamente éticas, por llevar implícito el establecimiento de un clima de confianza entre entrevistado y entrevistador, por existir una previa negociación como mínimo sobre el acceso al contenido, lugar y la correspondiente aceptación o acuerdo. Pues bien, a pesar de esto indican que toda investigación cualitativa “*debe de ser constituida por un constante proceso auto-reflexivo para comprender las implicaciones éticas que sus métodos pueden suscitar*” (Gastaldo, McKeever; 2000).

A lo largo del dilatado proceso investigador, he reexaminado las diferentes decisiones que he ido tomando como consecuencia de contrastar, además de con los Directores de Tesis, (en plural, pues se inicia en otra universidad con diferente director y codirector), con algún otro experto en la materia, así como con la amplia bibliografía consultada. Hechos que considero cruciales éticamente, pues han esclarecido el posicionamiento epistemológico y ontológico personal desde el inicio, ya que son elementos que determinan la mirada y el planteamiento de la investigación. Uno de los efectos que produce este examen, ha sido el perfeccionamiento y con ello la paulatina modificación de los objetivos de estudio, método, proceso de análisis etc... Este planteamiento hace visibles las circunstancias generales del desarrollo del trabajo, pues he tratado de mantener una enfoque ético-reflexivo a lo largo de todo el proceso investigador.

Asimismo, existen consideraciones éticas del procedimiento empleado dignas de mención, como es el anonimato, la confidencialidad y la espontaneidad de las respuestas, garantizadas todas ellas, tanto en la fórmula de entrega como en la recogida de las encuestas a través de envío postal a los responsables de enfermería de cada centro de salud, que fueron los encargados de recibir, distribuir y reenviar una vez cumplimentadas las encuestas. Todo ello previo contacto personal o telefónico donde se indica el proyecto de investigación y el procedimiento correcto a emplear, siendo este un conducto neutro donde ni el autor, ni el personal de las distintas Direcciones y Gerencias Sanitarias vigentes en ese momento pueden influir.

Respecto a las entrevistas en profundidad, hemos de resaltar la voluntariedad y total disposición para efectuarla por parte de todos los informadores, que después de un primer contacto, en el que se le explica el proyecto de

investigación, se propone día, hora y lugar de encuentro para acceder a la entrevista, que siempre ha sido en un centro de salud. Una vez se procede a realizarla, se le expone el contenido de la investigación sin otro conocimiento previo que el mencionado anteriormente, para no condicionar los resultados.

Es necesario desde un punto de vista ético, dejar constancia de que la mera presencia del investigador modifica y condiciona el discurso del entrevistado, puesto que la investigación cualitativa sobre hechos socio-culturales, lleva implícita la modificación del fenómeno estudiado, pues cualquier hecho analizado desde el ámbito de la representación de lo íntimo no expuesto, conllevan cierta espontaneidad que es el principio de la transformación de los hechos humanos. Esta no se da de igual manera, en este caso tampoco, cuando se hace público, que es lo que ocurre en las entrevistas o las historias de vida que como métodos de investigación tienen sesgos de objetividad y consistencia de similar categoría a los que se producen en una observación de hechos naturales, puesto que todos se “filtran” de o con asuntos humanos, y éstos, no se excluyen totalmente de las etapas finales de la producción científica (Latour, Woolgart;1995). Con esta manifestación se desea mostrar desde donde categoriza el autor en el proceso de la investigación.

Se solicita permiso de forma explícita para hacer la grabación de audio, que por cuestiones de seguridad es doble, (magnética y digital), estableciendo el compromiso de guardar el anonimato, suplantando su identidad por un código que solo es conocidos por el investigador. Previamente, se procuran las autorizaciones oportunas para poder llevarla a cabo, en este caso, a la Gerencia y Dirección de Enfermería de Atención Primaria, donde se explican los objetivos, primero mediante entrevista personal y posteriormente dejando constancia de la solicitud por escrito.

### **6.5.-Criterios de exclusión**

Hemos de tener en cuenta que en el transcurso de la investigación, debido al importante crecimiento y desarrollo que se produce en el Sistema Nacional de Salud, con el consiguiente incremento de recursos humanos, en un periodo de más de diez años, las enfermeras no han consolidado su vinculación al empleo estable como personal estatutario fijo (Ley 16/2001 de 21 de noviembre 2001). Es en ese momento coincidente con el inicio del trabajo de campo, cuando se produce una oferta pública de empleo extraordinaria a nivel estatal, así como algún concurso de traslados regional (Resolución de 5 de julio de 2006), (Resolución 29 de noviembre de 2006), computando hasta 2006, un total de veinticuatro enfermeras procedentes mayoritariamente del hospital, sin experiencia previa en atención primaria, por lo que su opinión no fue incluida dentro del trabajo cuantitativo, todo esto hace que sean excluidas de la selección como informantes clave de la segunda parte del trabajo.

## **6.6.-Desarrollo de la investigación**

La primera parte de la investigación de corte cuantitativo, analiza el perfil paradigmático de la Enfermera de Atención Primaria de La Rioja, que se desarrolla a lo largo de seis meses y es presentado como tesina en el periodo investigador del Programa de Doctorado, “Problemas actuales en Bioestadística, Epidemiología, Salud Pública y Comunitaria”, de la Universidad Pública de Navarra en el curso 2005/06 bajo el título, “Análisis del Perfil Paradigmático de la Enfermera de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja”.

La segunda parte, se desarrolla con posterioridad con el propósito de profundizar sobre esa cultura enfermera de atención primaria, vista desde un perfil más cualitativo. Para ello, se comienza la andadura investigadora desde el Departamento de Antropología de la UCAM, iniciando los primeros contactos en el año 2007, formalizándose e inscribiendo el proyecto de investigación en el 2008, con el título “La Cultura Profesional Enfermera: Análisis antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)” con la pretensión de concluir el ciclo investigador de doctorado en el año 2010. A finales del año 2009, por criterios operativos y de una mejor adaptación al desarrollo de los objetivos planteados, se decide completar la investigación y trasladar el expediente a la Universidad de Alicante, en el Departamento de Enfermería con un nuevo director de Tesis el Dr. D. José Ramón Martínez Riera.

Pues bien, como resumen del proceso investigador de la presente Tesis Doctoral podemos decir, que después de una primera y ardua revisión bibliográfica sometida a una continua actualización, se comienza en el mes de septiembre de 2007 con los primeros contactos y entrevistas en profundidad. A la par se inicia la recogida de documentos de tipo etnográfico, de gran valor para fundamentar y reflejar los instrumentos y registros, que cotidianamente han utilizado a lo largo de estos años en la actividad laboral las Enfermeras de los centros de salud de Atención Primaria en La Rioja, y que debido al reciente proceso de informatización de los centros de salud, han desaparecido o están desapareciendo. En el año 2010, se inicia el proceso, la clasificación y análisis de la documentación recopilada, así como la redacción definitiva de la investigación hasta su finalización en fechas recientes, culminando en 2011 con el registro y defensa de la Tesis.

### 6.6.1.-Cronograma del desarrollo de la investigación

Dando continuidad al plan iniciado en el curso 2005/06 se enumeran las actividades y la previsión de su realización hasta finalizar el proyecto con el siguiente cronograma:

Año	2008												2009											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Actividad																								
1 Presentación del proyecto																								
2 Revisión bibliográfica																								
3 Revisión de información cuantitativa																								
4 Entrevistas en profundidad sobre contexto inicio																								
5 Recogida de material etnográfico y fotografía																								
6 Entrevistas en profundidad sobre el nacimiento y desarrollo																								
7 Análisis reflexión y estudio del material recogido																								



### **6.7.-Aporte original al campo científico enfermero**

La pertinencia de esta investigación en la que se analizó en profundidad la gestión del cuidado profesional enfermero en atención primaria (ATS/DUE EAP) de La Rioja, viene determinada por la necesidad de conocer adecuadamente los problemas y las oportunidades profesionales con las que se pueda mejorar la eficacia y eficiencia de los planes de cuidados enfermeros, por ser un grupo social amplio, importante y próximo al ciudadano dentro del sistema sanitario. Para ello es requisito imprescindible la mejora en la adecuación y fundamentación teórica, consecuencia del estudio del texto y el contexto, donde la enfermera de primaria cuenta y dice lo que es, el cómo se adapta a las necesidades de cuidados y a las demandas de los ciudadanos, que son el modulador último y real del perfil profesional (Del Pino, Martínez 2007).

También se considera pertinente, por ser éste, el grupos de enfermeros que reúne unas características singulares, como: su reciente creación dentro del sistema de salud, y contar con una dotación de espacio y tiempo propio para el desarrollo laboral. Son estas unas circunstancias inmejorables, para lograr el control sobre las determinaciones de la esencia de su propio trabajo, por las amplias posibilidades de autonomía profesional con que cuenta.

Por último, no existen hasta la fecha, ningún estudio sobre la Enfermería de Equipos de Atención Primaria en La Rioja de similares características que pueda ser la base definitoria del producto enfermero, piedra angular de la planificación eficiente.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **7.-Análisis exploratorio cuantitativo del estudio**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **7.-Análisis exploratorio cuantitativo del estudio**

Como bien se menciona en capítulos anteriores, la primera parte de la investigación de corte cualitativo nos sirve de primera toma de contacto, con la cual poder mostrar a grandes rasgos el perfil de la enfermera de los Centros de Salud de La Rioja. La herramienta de trabajo es una encuesta que es distribuida, durante los meses de Noviembre de 2005 a Febrero de 2006, a todos los profesionales de enfermería de los Centros de Salud de las 19 Zonas Básicas de Salud de la Comunidad Autónoma.

Del total de 195 Enfermeras que conforman la muestra, responden 125, que nos ofrece un porcentaje de respuesta del 64,10% del universo poblacional en estudio. Los resultados que nos proporcionan según los cinco criterios establecidos y expuestos anteriormente son los siguientes:

### **7.1.-Aspectos formativos**

Respecto de la formación de las 125 personas que conforman la muestra, 82 realizan estudios que les conducen a la titulación de Diplomado de Enfermería (DE), lo que supone el 65,6% y 43 personas obtienen el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que representan el 34,4%. El 88,7% de las personas que obtuvieron el título de ATS realizaron el curso de nivelación para convalidar los estudios de DE (Tabla 4).

En cuanto a la motivación para cursar los estudios el 70,4% los realiza por cuestiones vocacionales, (profesión de ayuda, de entrega a los demás y por afición a temas de salud), estando el 82,4% dispuestos a volver a estudiar de nuevo la misma carrera (Tabla 5).

Ante la pregunta de si al terminar la carrera, considera que con la preparación que recibió en la escuela adquirió seguridad para enfrentarse al mundo laboral, 69 personas que suponen el 55,6% respondieron positivamente a la pregunta y 55 que representa el 44,4% respondieron negativamente.

### **7.2.-Situación laboral**

En relación a la situación laboral, el 61,8% de los profesionales de enfermería encuestados (76 personas) presentan estabilidad en el puesto de trabajo al tener la plaza en propiedad y el 38,2% (47 personas) es interino o eventual.

Preguntando a los que tienen plaza en propiedad sobre la vía de acceso 54 personas informan haber accedido a la plaza por oposición (43,2%), 32 han accedido al centro de salud por traslado del hospital y 39 que representan el 31,2% no contestan.

### **7.3.-Proyección profesional**

En cuanto a la ocupación del tiempo de trabajo el 61,6% reconoce emplear la mayor parte de tiempo en la aplicación de cuidados y el 16% lo dedica a la realización de técnicas. Cuando se pregunta en que debería emplearlo, el 84,8% responde en la realización de cuidados y el 7,2% en la realización de técnicas (Tabla 6).

El 88% de las enfermeras encuestadas (110 personas) responden que la denominación más adecuada es la de DE, frente al 2,4% (3 personas) que opinan que debe de ser ATS. Hay 12 personas (9,6%) que no han contestado la pregunta.

Ante la pregunta “la buena enfermera es...” el 17,6% opinan que entre las múltiples actividades de la enfermera, la prioritaria y fundamental es la de cumplir las indicaciones del médico, frente al 82,4% que opinan lo contrario, por otra el 55,2% creen que lo prioritario es hacer diagnósticos de enfermería además de seguir las indicaciones médicas (Tabla 7).

El 92% de las enfermeras se consideran capacitadas para el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas sin necesidad de indicación médica, frente al 6,4% que afirman lo contrario (Tabla 8).

El mayor porcentaje de las enfermeras encuestadas, que trabajan en los centros de salud, opinan que la educación sanitaria debe de ser una actividad cotidiana tanto de los médicos como de las enfermeras. Sin embargo llama la atención que el 1,6% opinan que no es tarea del médico (Tabla 9).

### **7.4.-Credibilidad individual y social**

Referente a la credibilidad individual y social, el 88,8% de las encuestadas (111 personas) consideran que están trabajando en el área en que más capacitadas se sienten, frente al 9,7% que tienen una opinión contraria. No contestan el 1,6%. Sin embargo al preguntar si

creen que la enfermería trabaja en el área donde esta más capacitado, el 57,6% (72 personas) consideran que si y el 36% (45 personas) opinan lo contrario, no contestan el 6,4%.

Sobre el lugar de trabajo 84 enfermeras, el 62,7% consideran que el lugar de trabajo permite el desarrollo profesional deseable y el 30,4% (38 enfermeras) piensan lo contrario, no contestan el 2,4% (3 enfermeras).

La percepción sobre cómo se sienten valoradas por parte de las compañeras, el 61,6% (77 personas) se siente bien o muy bien valorada, ocurriendo algo semejante respecto de la valoración del usuario el 60% (75 personas). En cuanto a la percepción que sobre la valoración que los médicos realizan sobre la profesión enfermera se consideran bien o muy bien valoradas el 30,4%, reduciéndose con respecto a las percepciones mencionadas anteriormente. Esta sensación se agudiza cuando se trata de la administración, que solo el 15,2% se sienten bien o muy bien valorado. (Tabla 10).

Al interrogar sobre el paradigma al que se adscriben el 59,2% (74 enfermeras) indican que al paradigma profesional socio-crítico, el 18,4% (23 enfermeras) al racional tecnológico (Tabla 11).

### **7.5.-Criterios de profesionalidad**

En lo tocante a criterios de profesionalidad del siguiente bloque de preguntas relacionadas con los determinantes de profesionalidad enfermera, el 96% (120 personas) manifiestan que enfermería tiene un cuerpo de conocimientos propio. Existe menor unanimidad sobre si la práctica profesional se hace de acuerdo al cuerpo teórico enfermero, indicando el 24,8% que no actúa de acuerdo a su cuerpo propio de conocimientos (Tabla 12).

Respecto del código deontológico el 36% considera que no esta bien difundido entre el colectivo profesional, manifestando desconocerlo un 27,2%, y el 77,6% piensan que esta poco difundido entre la comunidad (Tabla 13).

Cuando se interpela sobre si el objetivo fundamental de la acción enfermera son las necesidades de salud del individuo familia y comunidad a su cargo, el 92% se manifiesta positivamente (115

enfermeras), el 3,2% (4 personas) en contra y el 4,8% (6 personas) no contestan.

Sobre la autonomía, control, responsabilidad, en el campo de acción profesional enfermera incluyendo la modificación se manifiesta positivamente el 72,8%. Aunque hay un 16,8% que no conocen las bases disciplinares de su práctica profesional, el objeto y el modo de intervención (Tabla 14).

#### **7.6.-Grado de inquietud o nerviosismo por las condiciones laborales**

Respecto de las condiciones laborales, su opinión es que son aceptables el 70,8% dicen que su trabajo es bastante o muy variado (Tabla 15).

El 77,6% opina que tiene una influencia elevada sobre la organización de su trabajo Tabla (16). Esto es corroborado por la contestación a la siguiente pregunta sobre quien decide el ritmo de trabajo, sobresaliendo con un 46,4% las que dicen que es uno mismo quien decide el ritmo, seguido de las que indican que es el grupo profesional con un 17,6%, debiendo resaltar la opinión de que el jefe solo decide en el 2,4%, (Tabla 17).

Sobre si se puede recibir visitas en el trabajo durante 10 minutos el 19,2% manifiesta que no, (Tabla 18). El 72,2% dicen poder decidir cuando tiene un descanso durante su trabajo. El 39,2% de las enfermeras considera a la empresa o su jefe como muy estrictos con respecto al tiempo que tiene que estar en el trabajo. Así mismo manifiestan que sí puede ausentarse del trabajo durante por ejemplo media hora sin tener que pedir permiso especial, el 38,4% responde que no, mientras que la mayoría dice que si siempre en un 12% ó si habitualmente un 45,6% (Tabla 19).

El índice de Taylorismo o de estrés laboral que manifiestan tener las enfermeras de atención primaria de La Rioja una vez aplicada la escala de Kristensen es bajo 2,948, pues esta comprendido dentro del rango de 0 a 3 de la citada escala (Tabla 20).

#### **7.7.- Análisis bivariable**

Cuando se hace análisis estadístico bivariable se relaciona el título obtenido al terminar la carrera con el resto de preguntas planteadas,

pues son los contenidos formativos los que determinan principalmente el perfil profesional, debiendo destacar lo siguiente:

Que existe asociación significativa entre poseer una plaza en propiedad y la titulación de procedencia con una  $\chi^2$  de 32,843 y una  $p < 0,05$ . Esta asociación se debe a que hay un porcentaje elevado de diplomados en enfermería que todavía no tiene plaza en propiedad (Tabla 21).

En lo que se refiere a la opinión sobre si la enfermera está capacitada y pueda llevar de manera autónoma la atención a crónicos en la consulta de enfermería, el 96,3% de las Diplomadas en Enfermería están de acuerdo con ello frente al 83,7% de las que su titulación de origen fue de ATS. Esta diferencia tiene una significación estadística con una  $\chi^2$  7,102, GL:2 y una  $p=0,029$  (Tabla 22).

Estos resultados se refuerzan con la pregunta que vincula esta capacidad a la indicación médica, al observar significación estadística entre las Diplomadas que están en contra 90,2% y las enfermeras cuya titulación de origen fue ATS  $p=0,017$  (Tabla 23).

Existe asociación significativa con  $p=0,048$  entre el título de procedencia y la opinión que se tiene sobre la adecuación del puesto de trabajo de las enfermeras y su capacidad profesional. Esta asociación se debe a que el 64,6% de las DE están de acuerdo con esta opinión frente al 44,2% de las ATS (Tabla 24).

Hay una diferencia estadísticamente significativa para una  $p=0,012$  entre las variables de la titulación y el grado de valoración. Existe una percepción de valoración positiva (muy bien, o bien) significativamente mayor en los DE (39%) con respecto a los ATS (14%) (Tabla 25).

Al igual que en la anterior pregunta, existe una relación significativa estadísticamente para una  $p=0,029$ . Tienen una percepción de peor valoración por parte de la administración, entre los ATS (41,9%) que entre los DE (36,6%) aunque esta es percibida como baja entre estos últimos (Tabla 26).

En su conjunto diremos que tanto ATS (76,7%) como DE (78%) expresan que la población no es conocedora del Código Ético. Existiendo una diferencia significativa entre las que expresan que la población conoce el Código Deontológico Enfermero para una  $p < 0,05$ , siendo esta opinión para los DUE de 119,5% y los ATS del 7,6% (Tabla 27)

## **8.-El contexto de la Enfermería de Atención Primaria: Circunstancias para un nacimiento**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **8.-El contexto de la Enfermería de Atención Primaria: Circunstancias para un nacimiento**

Para analizar y comprender el nacimiento de la Enfermería de Atención Primaria de Salud de La Rioja, además del repaso histórico-conceptual realizado en la introducción sobre la profesión enfermera, es necesario ver los eventos que acontecen en este nivel asistencial en la región y en España. Para ello es preciso recordar brevemente, las circunstancias en las que fueron creados los sistemas sanitarios de la Europa occidental.

El origen de la Atención Primaria de Salud en España es producto de la larga evolución histórica que se remonta documentalmente a los tiempos de Alfonso X y la promulgación del Fuero Real (Matínez, Tréscoli, de Miguel;2003). La constitución de los gremios facilitará su contratación, siendo el embrión de pequeñas mutuas de igualados, que muy posteriormente serán el origen del Instituto Nacional de Previsión (INP), con el cual dan protección sanitaria a las enfermedades, los accidentes de trabajo, la maternidad, la jubilación, el desempleo, etc...

En España y después de la guerra civil, se produce un proceso de reconstrucción del Estado, que pasa entre otras circunstancias, por la constitución de un sistema sanitario público, creado por determinados sectores del franquismo, con el cual tratan de legitimar el propio régimen (Juárez, Casado;1994).

En los orígenes el sistema de salud nace dividido en dos grandes estructuras. Una la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de Gobernación que fundamentalmente se encargada de las actividades de prevención y la otra, el Instituto Nacional de Previsión dependiente del Ministerio de Trabajo, que tiene a su cargo el servicio de recuperación de la enfermedad, que trata en todo momento de mostrar la ruptura y no aparecer vinculados a los contenidos de orden ideológico liberal existentes en el régimen anterior republicano (De Miguel; 1976). Por ello exhiben como gran logro y señuelo el nuevo régimen, al sistema recuperador de la salud, creado en 1942 año en que se promulga la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de aplicación dos años más tarde con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional (Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 14 de diciembre de 1942), cuyos fines eran:

- a.-Prestar asistencia en caso de enfermedad y maternidad

- b.-Indemnización económica en caso de pérdida de retribución por las causas mencionadas.
- c.-Pago de gastos funerarios en caso de fallecimiento del asegurado.

También antes de centrarnos específicamente en la descripción de los servicios sanitarios en La Rioja, es necesario describir el perfil y el funcionamiento general de la asistencia sanitaria ambulatoria en España que era la siguiente:

- a.-Sólo se asiste a las personas que están activas laboralmente, que no sean funcionarios ni indigentes y por tanto estén dadas de alta en la Seguridad Social o en el Régimen Especial Agrario.
- b.-Sólo tiene derecho a la atención los enfermos, dejando fuera las tareas de prevención y promoción de la salud.
- c.-Sólo se atiende al enfermo que acude, excluyendo a aquel que por desconocimiento de la posibilidad de curación o acostumbrado a su dolencia, no acude al sistema, así como el portador de gérmenes y otros riesgos de transmisión, contagio, etc...
- d.-Sólo se atiende al enfermo cuando va al sistema de salud, sin sentirse este responsable de su continuidad asistencial.
- e.-Es un sistema de asistencia pasivo, poco participativo.
- f.-Es un sistema centrado en la enfermedad y en el sistema recuperador cuyo elemento principal es el hospital.
- g.-La masificación de los ambulatorios, sobre todo a partir de los años setenta, es una de sus características, por lo que, la desconfianza del usuario hacia el modelo se incrementa.

La organización asistencial del primer nivel, se da a través de la asignación de una cantidad prefijada de cartillas familiares en una zona o demarcación de salud a un médico y practicante y de las cuales se desprenden su retribución cuyo titular y número venía determinado por el cabeza de familia, normalmente el varón trabajador.

Como se menciona anteriormente y de forma paralela desde la Dirección General de Sanidad, se encargan de la Asistencia Pública Sanitaria, algo que no esta muy en consonancia ideológica con el Estado Jerárquico Franquista, pues tiene sus raíces en el régimen republicanos. Estas se hace cargo de la atención a los funcionarios públicos o de las Corporaciones, a través de la red de dispensarios (**Anexo fotos 5**) e instituciones provinciales o en conciertos puntuales con instituciones privadas. También se encarga de la asistencia de los incluidos en el padrón municipal de beneficencia, que comprende los sectores más desfavorecidos de la sociedad, así como hijos fuera del

matrimonio, parados, indigentes, enfermos crónicos, o mentales que están privados del derecho de asistencia, por la mencionada Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, encontrando entre ellos a la población rural, hasta que es integrada en el régimen especial de seguridad social (Uribe;1996).

Más adelante, a comienzos de los años sesenta y afianzado el sistema curativo de salud, se redacta la Ley de Bases de la Seguridad Social (Ley 193/1963, de 28 de diciembre de 1963, de Bases de la Seguridad Social) donde el hospital se convierte en el eje central del sistema sanitario. Su filosofía, era tratar de recuperar al trabajador de la enfermedad lo más rápidamente posible y buscar su pronta incorporación al puesto de trabajo, como se refleja parcialmente en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre del Ministerio de Trabajo). Es un régimen similar al de las mutualidades sanitarias, un sistema contributivo de trabajadores y empresarios a partes iguales, que al cabo del tiempo amplían el régimen general a una serie de grupos de trabajadores y sus familias, como los del campo, la mar, etc., incluso crean camas especiales hospitalarias, relegando la asistencia ambulatoria y enfatizando el modelo hospitalocéntrico.

A todo este perfil que se va gestando a lo largo de los años sesenta y setenta, se le debe de añadir que los medios técnicos diagnósticos, el reciclaje del personal sanitario, así como el presupuesto (Verges 1976) que no mejora ni se incrementan a la par que el gasto y consumo generado por el aumento de la población adscrita, llegando a producir una crisis muy importante del sistema sanitario.

### **8.1.-Proceso de confluencia de la Asistencia de Salud Pública y el Seguro Obligatorio de Enfermedad: revisión del marco legal y la adaptación de los servicios enfermeros de La Rioja al nuevo rol en los centros de salud.**

En el mes de mayo de 1984 La Consejería de Sanidad siendo Consejero Javier Gost Garde establece como objetivo prioritario del Sistema de Salud lograr el mayor nivel de Salud posible en la Comunidad Autónoma, entendiendo la Atención Primaria de Salud como la base y puerta de entrada del Sistema Sanitario, poniendo en marcha de forma progresiva la auto-responsabilidad y la participación comunitaria como los principios que marcan el espíritu de la reforma sanitaria en la región. Asimismo se integran las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas a individuos, grupos, o comunidades que las componen. Todo ello se desarrolla en el Decreto de Estructuras Básicas de Salud que determina las Zonas de Salud de la Ciudad de Logroño, cinco, enumerando las calles que las delimitan, y que se denominan así:

Zona 1 Casco Viejo, con 13000 personas.

Zona 2 Este con 30000 personas.

Zona 3 Sur Este con 26000 personas.

Zona 4º Sur Oeste 27000, personas.

Zona 5 Oeste con 17000 personas.

Ya se vislumbran modificaciones posteriores (Decreto 33/1986, de 27 de Junio), pues hay tres zonas básicas que tienen más de 25000 ciudadanos que es el límite que marca la norma estatal sobre Estructuras Básicas de Salud (Orden de Consejería de Sanidad de 21 de mayo 1984).

Las soluciones que paulatinamente se van adoptando, vienen claramente determinadas por los principios que emanan de la declaración de Alma Ata, sin olvidar los valores solidarios en los que se fundamenta el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Con la publicación del Real Decreto 137/84, se inicia la reforma de la Atención Primaria en España se constituyen las Estructuras Básicas de Salud, y se conforman los Centros y Equipo de Salud. Así, se rompe la mencionada y tradicional separación en la organización sanitaria de las actividades preventivas por una parte (vacunaciones, servicio de epidemiología, salud pública, etc..) dependiente de la Consejería de Salud, y las asistenciales por otra, dependiente de Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) cuya función era la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social (Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre), instando a

revisar toda la legislación al respecto. Además sienta las bases, para una mayor y más profunda reforma que se plasmarán en diversas normas legales posteriores. A modo de síntesis las principales ideas que este Decreto aporta son:

- Las Zonas Básicas de Salud, límite donde se debe impartir la asistencia
- Se instaura una estructura física: el Centro de Salud
- Se crea una estructura de organización para trabajar, el equipo multidisciplinar
- La coordinación entre administraciones
- La atención personal, integral e individual
- La coordinación e integración de las actividades preventivas y reparadoras, asumiendo el modelo que se desarrolla en el medio rural.

### **8.1.1.- La integración y unificación del servicio asistencial en La Rioja: visión desde la enfermería**

Para llegar a esta situación integradora, se producen una serie de cambios normativos específicos en la comunidad autónoma de La Rioja que han predeterminado la confluencia y unificación de los dos sistemas anteriormente mencionados. La Rioja es una comunidad autónoma de reciente creación (Ley Orgánica 3/1982 de 9 de junio) con escasa tradición autonomista y por ello, con no demasiada legislación de carácter autóctono en materia de salud, salvo la que se deriva de la pequeña infraestructura que tenían los Ayuntamientos y la Diputación con el Hospital Provincial a la cabeza (Iruzubieta;2008).

Es necesario recordar, otro servicio asistencial de importante trascendencia para la sanidad pública que subsistió hasta finales de los años ochenta, como fue La Casa de Socorro de Logroño, que según Iruzubieta nace con cierto retraso al amparo de la Ley de Beneficencia de 1949 después de un largo conflicto entre el Ayuntamiento y la Diputación Provincial, finalizando sus días en marzo de 1984. Estaba situada en la Avenida de España, con una plantilla de seis ATS, seis médicos y cinco celadores que son recolocados en el Hospital Provincial. Sus labores asistenciales venían determinadas por la obligatoriedad de los Ayuntamientos de dar asistencia facultativa y gratuita a los pobres que residen en el municipio, pudiendo extenderse a las personas más acomodadas. Se encargaban de prestar cualquier tipo de servicio general, así como de actividades preventoriales como la vacunación y asistencia a domicilio si era preciso. Todo esto era con cargo a los presupuestos del Ayuntamiento, aunque en la década de los ochenta ya es casi un servicio residual (Iruzubieta;2008). Con la intención de armonizar e integrar los servicios y sistemas de salud existentes, la Consejería de Salud emite una resolución por la que adecua los distritos sanitarios de la Beneficencia de Logroño a la recién estrenada estructura de atención primaria de dicha ciudad, delimitándolos dentro de las Zonas Básicas de Salud (Resolución de la Consejería de Salud y Consumo de julio de 1985).

A nivel nacional, en 1984 después del Decreto de Estructuras Básicas se actualizan y adaptan las funciones de enfermería de los equipos de atención primaria, dado el importante papel que las enfermeras deben desarrollar en la prestación y organización de servicios del primer nivel asistencial. Por esto laboralmente se perfilan diversas modalidades de puestos de trabajo enfermeros en razón de los servicios que presta, añadiéndose a los existentes el

de Atención Primaria. Por tanto, en ese momento y de acuerdo a los criterios de prestación de servicios enfermeros en el primer nivel de asistencial quedan clasificados de la manera siguiente:

- 1°.-De Zona
- 2°.-De Servicio de Urgencias
- 3°.-De Instituciones Sanitarias y Equipos Tocológicos
- 4°.-De Atención Primaria

Con la intención de potenciar la nueva figura laboral (Enfermera de Atención Primaria) se añade una modificación sobre sus funciones creando el artículo 58 bis en los siguientes términos:

*“La enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de Atención Primaria prestarán con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen de ambulatorio y/o domicilio, así como a toda la población en colaboración con los programas que se establezcan con otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines a la Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.*

*Conforme a su nivel de titulación centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud”* (Ministerio de Sanidad y Consumo : Instituto Nacional de la Salud. Art. 58 bis ), (Orden de 14 de junio de 1984), .

También en la misma regulación se cambia el artículo 63:

*Los practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios que presten sus servicios en instituciones de la seguridad Social o en Equipos de Atención Primaria o Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría-Puericultura, realizarán respectivamente y para cada modalidad, las mismas funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios a que se refiere la sección 2ª del presente capítulo, el cual trata de las funciones de dicho personal.*

Asimismo se reforma el artículo 89 que trata sobre el coeficiente que repercute en la retribución clasificándose :

*1º Por coeficiente Practicantes-Ayudante Técnico sanitario de Zona y de Equipos de Atención primaria, Matronas de Instituciones abiertas y Equipos Toco-ginecológicos y Matronas titulares de Servicios Sanitarios locales*

*2º.-Por sueldo:*

*2.1.-Enfermeras Ayudantes Técnicos Sanitarios Practicantes, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales y Auxiliares de Clínica de Instituciones Sanitarias*

*2.2.-Matronas de Instituciones cerradas y Practicantes Ayudantes Técnicos Sanitarios de los Servicios de Urgencias*

*2.3.-Diplomados en Enfermería, Ayudantes Técnicos Sanitarios, Enfermeras y Auxiliares de Clínica adscritos a los Equipos de Atención Primaria o a Servicios Jerarquizados de medicina General o Pediatría Puericultura de Instituciones Abiertas*

*2.4.-Practicantes –Ayudantes Técnicos Sanitarios adscritos a los Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría Puericultura de Instituciones Abiertas*

Así los conceptos generales sobre las retribuciones de las enfermeras quedan de la siguiente manera:

Retribuciones base, premio de antigüedad, gratificaciones extraordinarias, complemento de destino, incentivos, horas extraordinarias, plus de transporte, complemento de puesto de trabajo, complemento de jefatura, plus de residencia.

Es este mismo Boletín Oficial del Estado de 16 de junio de 1984 a través de la mencionada Orden 14 de junio donde su artículo 19 regula la forma de selección del personal del Estatutario de la Seguridad Social:

*“El personal comprendido en el presente Estatuto será **seleccionado para vincularse** al servicio de la Seguridad Social con carácter **definitivo mediante concurso oposición abierto y permanente, excepto para las plazas correspondientes a la modalidad de Atención Primaria** cuya forma de provisión será:*

*1.-Para las plazas de **Equipos de Atención Primaria mediante concurso restringido y concurso libre**, que se atenderá a las normas específicas para la provisión de vacantes en dichos Equipo, en las Órdenes de 26 de marzo de 1984*

Es el Real Decreto 542/1985 de 8 de febrero, el que se constituye en puerta de entrada a las transferencias de funciones y servicios de la Administración Central del Estado en materia de sanidad. Esto ocurre siendo Consejero de la Presidencia Hilario Cereceda Alonso (Decreto 10/1987 de 27 de abril) encargado de gestionar la recepción, distribución y regulación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) (Real Decreto 2803/1986 de 24 de diciembre), llevando implícito la unificación de servicios, medios personales, materiales y presupuestarios necesarios con los existentes para su correcto funcionamiento.

En base a la legislación mencionada, se regula por primera vez, la ordenación territorial sanitaria de toda la región, ya que previamente solo se había hecho en la ciudad de Logroño. Se hace de acuerdo a factores demográficos, geográficos, sociales, con la intención de dotar de la infraestructura adecuada a dichas zonas de salud. Se constituyen 17 zonas, de las cuales tres superan el número de personas que el Decreto de Estructuras Básicas de Salud indica (Decreto 38/1985 de 20 de septiembre), hecho que posteriormente tendrá cierta repercusión en el proceso asistencial al tener que ajustar plantillas.

Una vez promulgada la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), que reconoce y pone las bases para la universalización de la asistencia, se crea el Sistema Nacional de Salud, que garantiza el derecho a la protección de la salud, promoción y prevención de la enfermedad desde una concepción integral, afrontando las acciones bajo principios de eficacia y eficiencia, haciendo de la calidad, la equidad y la accesibilidad, uno de los referentes básicos del sistema. También incorpora la salud mental y ocupacional y garantiza la participación comunitaria y la educación sanitaria como elemento primordial del sistema, la carta de derechos y obligaciones de los usuarios, así como la financiación a través de los presupuestos generales del Estado y la descentralización de la gestión facilitando la creación de los distintos Servicios Regionales de Salud. Se posibilitan así la creación de las Áreas de Salud, elementos esenciales para la gestión del sistema, de ahí que en el mes de Julio se regulen nuevamente las Áreas de Salud en La Rioja (Decreto 32/1986 de 27 de junio) en cuya entidad se asume la totalidad de los servicios de salud de la Comunidad Autónoma. En este caso, se constituye una única Área de Salud que comprende todo el ámbito territorial de La Rioja. Con la misma intención y sentido se renueva el ordenamiento sanitario de acuerdo al Real Decreto 137/1984 y se lleva a cabo, a través del Decreto 38/85 de 20 de septiembre, la delimitación de las Zonas Básicas de Salud (Decreto 38/1985 de 20 de Septiembre), con intención de poner en funcionamiento los distintos Equipos de Atención Primaria, la Dirección provincial del INSALUD de La Rioja convoca concurso restringido para la incorporación de Personal Sanitario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social a los Equipos de Atención Primaria (Dirección Provincial de La Rioja 4 de julio de 1984), y es en enero de 1985 cuando se hacen público las listas de la provisión de vacantes de ATS del concurso libre de la comunidad autónoma de La Rioja, (Resolución 2 de enero del 1985) y es mas adelante cuando se posibilita y regula la incorporación de los sanitarios locales (Decreto 45/1986 de 24 de octubre).

En el año 1987 siguiendo la línea de regulación del espacio profesional enfermero se reglamenta la obtención del título de enfermero especialista cuyo antecedente es el Decreto de 4 de diciembre de 1953 que faculta al Ministerio de Educación y Ciencia para crear las especialidades que se consideren convenientes para los ATS. Ese fue el caso de Asistencia Obstétrica (matrona), Radiología, Electrografía, Podología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos, Urología y Nefrología.

Con la transformación y creación de las Escuelas Universitarias de Enfermería (Decreto 2128/1977 de 23 de julio), no se regularizaron las nuevas especialidades sino que se permitió a los DUE cursar las especialidades de los ATS (Orden de 9 de octubre de 1980). Esto era una autentica anormal singularidad, y mucho más si se considera que posteriormente la Especialidad de Fisioterapia, se transforma en Diplomatura (Orden 14 de septiembre de 1982). Pues bien con estos antecedentes se crean las especialidades de enfermería (Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio) que son:

- 1.-Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matronas)
- 2.-Enfermería Pediátrica
- 3.-Enfermería Salud Mental
- 4.-Enfermería Comunitaria
- 5.-Enfermería de Cuidados Especiales
- 6.-Enfermería Geriátrica
- 7.-Gerencia y Administración de Enfermería

Como bien se hace constar anteriormente, existe históricamente una doble competencia en materia de salud, y por ello, es preciso unificar criterios de cara a la futura creación del Servicio Riojano de Salud. Por eso se regula un convenio entre el Gobierno de la Rioja y el INSALUD sobre Atención Primaria, cuyo objetivo es optimizar y establecer recursos que garanticen la eficacia y eficiencia y que sirvan de soporte del primer nivel de atención de salud (Convenio Gobierno de la Rioja y el INSALUD sobre Atención Primaria 25 de abril de 1989).

Es de resaltar en esta norma, que se reconoce por primera vez el desarrollo de programas de formación continuada de los miembros del equipo, dejando constancia del compromiso por parte de la Consejería de Salud cuyo titular era Luis Cañada Royo, al ofertar la integración de los funcionarios locales necesarios para completar las plantillas de los Equipo de Atención Primaria. También regula y determina a nivel regional, la composición básicas de los equipos cuyas funciones son:

*Atención directa sanitaria*

*Fomento y protección de la salud*

*Funciones formativas*

*Funciones investigadoras*

*Funciones administrativas sanitarias*

Se especifica que la atención sanitaria debe de prestarse tanto en consulta como en el domicilio, estableciendo un sistema de atención continua que garantice la asistencia en todo momento a la población.

Lo mismo ocurre con las funciones de fomento y protección de la salud que incluye:

*Vigilancia epidemiológica*

*Desarrollo de programas de inmunizaciones*

*Control de aguas, alimentos industrias y comercios de alimentación*

*Control sanitario de viviendas y locales públicos*

*Control de zoonosis transmisibles al hombre y las enfermedades de mayor prevalencia en la zona*

*Educación sanitaria de la población en general y de escolares y grupos de población con problemas específicos*

*Otras acciones de Medicina Preventiva y Salud Pública*

*Elaboración de diagnóstico de salud de la Zona*

*Colaboración en tareas de reinserción social*

Es de resaltar el Título III referido a la Organización, dado que menciona la existencia de un apartado específico enfermero titulado: Área de Enfermería, donde tímidamente se aúnan las responsabilidades de las actividades de enfermería, y se elabora un manual de procedimientos y control del material de suministro.

Al año siguiente siendo Consejero de Salud José Luis Martínez Salinas y Salcedo, se dictan normas de adscripción orgánica de los puestos de trabajo a las nuevas demarcaciones del personal procedente de los Cuerpos Sanitarios Locales, (médicos, practicantes y matronas) ubicando los equipos de salud de la Zona Básica de Salud como piedra angular de la reforma. Se constituye un solo Partido Médico en cuyo ámbito actúa el Equipo de Salud y su localización física principal es el Centro de Salud, sin separación en distritos, quedando extinguidos los Partidos Médicos de la Comunidad Autónoma, relacionándolos uno a uno, modificando el Decreto 90/90 de 31 de Octubre (Decreto 63/1989 de 29 de diciembre) (Anexo 7). Aunque no es motivo directo de nuestro estudio, y ya que estamos repasando la repercusión de la legislación en la organización de los servicios de salud, indicaremos, que existe una posterior

modificación sobre la adscripción de Sanitarios Locales que solo afecta a los médicos (Decreto 29/1992 de 18 de Junio).

A principio de los años noventa después del informe favorable de la Dirección General de la Función Pública, se pueden incorporar los sanitarios locales titulares (médicos, practicantes y matronas) que se regirán por el funcionamiento general de organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en vigor, consecuencia del acuerdo suscrito entre la Comunidad y el INSALUD, reforzado con distintas disposiciones que reforman la estructura asistencial de la red sanitaria del INSALUD (Orden de 13 de diciembre de 1990 Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre funciones a desarrollar por los sectores sanitarios). Asimismo, los funcionarios que no optan a la integración, quedan automáticamente adscrito al Equipo de Atención Primaria (Orden 24 de Enero de 1990). Al mes siguiente se suscribe un acuerdo a nivel nacional sobre *“condiciones de trabajo del personal funcionario de los Cuerpos Sanitarios Locales, incluido el personal interino que tengan relación con de servicios con el INSALUD”* (Resolución de 20 de febrero de 1990 de la Dirección General de Trabajo). En estas fechas, de gran impulso de la Atención Primaria, vuelve a producirse una nueva renovación del titular de la Consejería de Salud que es Pablo Rubio Medrano y Presidente del Gobierno Regional José Ignacio Pérez Sáenz .

En el año 90 como consecuencia del nuevo rol profesional y la norma específica sobre funciones de las Enfermeras de Atención Primaria que se explicita en el artículo 58 bis, ya mencionado, se remite desde la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria a todas las Direcciones Provinciales del INSALUD, una circular aclaratoria sobre las actividades del personal de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria (Circular 5/90) **(Anexo fotos 63)**.

En esos momentos a la educación sanitaria se la considera como un instrumento esencial para proporcionar cuidados sanitarios adecuados. En Marzo del mismo año, se modifican la composición de la comisión Mixta de Coordinación de actividades de educación para la salud en el medio escolar, quedando compuesta por la Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social, la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia, y la Dirección Provincial del INSALUD (Orden 14 de Marzo de 1990), para tratar de unificar la acción del ámbito de la salud con el educativo.

Otro de los pilares donde se fundamenta la reforma del sistema de salud, es la participación comunitaria, que recogida y regulada por la Ley general de Sanidad por la que se pueden crear los Consejos de Salud de las Zonas Básicas de Salud donde aparecen representados los Ayuntamientos de la Zona Básica de Salud, los servicios sociales de base de carácter público el coordinador del equipo, representantes del equipo, las organizaciones empresariales y sindicales, un representante de los consejos escolares, y diversos representantes ciudadanos, debiendo renovarse cada dos años. Así deben de conocer y participar en el Diagnóstico y Plan de Salud, informar del desarrollo de los programas, promover la participación ciudadana, canalizar sugerencias, etc..(Decreto 83/1990 de 13 de septiembre).

Este mismo año, se clasifica por parte de la Consejería de Administraciones Públicas las funciones a realizar correspondientes a puestos de trabajo, por parte del personal funcionario y laboral, introduciendo a los ATS en el nivel 3 junto con Arquitectos Técnicos e Ingenieros Técnicos (Orden publicación del Acuerdo de Consejo de Gobierno de 28 de septiembre de 1990).

Con posterioridad se crea el Servicio Riojano de Salud, (Ley 4/1991, de 25 de marzo) y se inicia una larga andadura con la que se va a ordenar el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Se podrán incorporar en el futuro todos los recursos sanitarios de la región, creándose el órgano gestor que será posteriormente el punto de referencia de la atención sanitaria, el cual tiene carácter gerencial dentro de la ordenación descentralizada que se quiere dar desde la Ley General de Sanidad. Es digno de destacar la creación del Servicio Riojano de Salud que garantiza el derecho a la protección de la salud, universaliza la asistencia de forma integral, ordena y asume la totalidad de los servicios y funciones de las distintas redes sanitarias de acuerdo a la Ley 14/1986, a la Dirección General de Sanidad y al Estatuto de Autonomía en materia de sanidad e higiene.

Son merecedores de resaltar los principios en los que se basan, que no son otros que la eficacia social, descentralización, calidad, humanización, participación, actuación autónoma, completándose con el derecho ciudadano de promoción y educación para la salud, y el disfrute de un medio ambiente saludable, potenciando la participación ciudadana, desde una concepción integral y global de la salud, (Ley 4/1991, de 25 de Marzo) asumiendo así los preceptos que emanan de la declaración de Alma Ata.

Según esta Ley el Servicio Riojano de Salud desarrollará las siguientes actividades:

- a.-Promoción y educación para la salud*
- b.-Atención primaria de la salud*
- c.-Atención hospitalaria y especializada*
- d.-Rehabilitación y reinserción social*
- e.-Desarrollo de los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de mayor riesgo, así como los dirigidos a la prevención de las deficiencias congénitas y adquiridas*
- f.-Educación sexual y orientación familiar*
- g.-Promoción, protección y mejora de la salud laboral*
- h.- Promoción, protección y mejora de la salud mental*
- i.-Prestación de asistencia terapéutica*
- j.-Promoción y mejora de los sistemas de saneamiento ambiental, con especial atención al abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos sólidos, control del aire y contaminación atmosférica y los ámbitos de vida incluyendo la vivienda.*
- k.-Control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios.*
- l.-Promoción y mejora de las actividades veterinarias de salud pública especialmente en la higiene de los alimentos.*
- m.-Recogida, difusión y control de la información epidemiológica*
- n.-Formación, perfeccionamiento y reciclaje del personal de los servicios sanitarios y administrativos.*
- o.-Información y estadística sanitaria*
- p.-Atención sanitaria en catástrofes en coordinación con los servicios de Protección Civil*
- q.-Impulso de la participación ciudadana en el campo de la salud*
- r.-Asesoramiento en el ámbito de sus competencias a las Administraciones Públicas cuando sea requerido para estas funciones.*
- s.- Cualquier otra actividad relacionada con el mantenimiento y mejora de la salud*

Seguidamente se crea el órgano regulador de la participación ciudadana en materia sanitaria y se constituye el Consejo Riojano de Salud como órgano de participación y asesoramiento de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Rioja (Decreto 23/1992, de 4 de Junio), a pesar de que ya en el año 1990, se regula y ordena la participación ciudadana a través de los Consejos de Salud de Zona (Decreto 83/1990 de 13 de septiembre) modificado en funciones y composición (Decreto 20/1995, de 18 de mayo).

Dos años más tarde se regula la accesibilidad de los ciudadanos a la atención sanitaria garantizando unas condiciones mínimas homogéneas de asistencia en consulta médica y de enfermería en los consultorios locales de acuerdo al número de población adscrita en cada uno. Es la primera vez que se denomina la Consulta de Enfermería en La Rioja (**Anexo fotos 8**) así como la catalogación de los establecimientos sanitarios complementarios a los Centros de Salud (Orden 24 de Julio de 1992).

Desde el ámbito de los servicios centrales del estado, se dictan normas para la selección de personal sanitario del grupo B, Diplomados, para el sistema público de salud. A través de la disposición séptima, se indica expresamente que se efectuará por convocatorias divididas en Especializada (Hospitalaria) y de Atención Primaria (Real Decreto-Ley 1/1999 de 8 de enero).

En el año 2001 se transfieren las funciones y los servicios del Instituto Nacional de la Salud, haciéndose efectivo dicho traspaso a fecha uno de enero de 2002 momento en que la Comunidad Autónoma asume en su totalidad las competencias en materia de salud (Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre).

En abril de 2002, siendo Consejero de Salud Felipe Ruiz y Fernández de Pinedo desde mediados de los años noventa y Presidente de la comunidad Pedro Sanz Alonso, se aprueba una nueva Ley de Salud, que pretende organizar y tutelar la Salud Pública con las disposiciones preventivas a través de los servicios que los ciudadanos necesiten. Como se mencionaba anteriormente, esto ya se puso en marcha en el año 1991 con la creación del Servicio Riojano de Salud, pero con el paso de los años y como consecuencia del traspaso de la asistencia sanitaria a la comunidad autónoma, necesitaba cierta adecuación. La ordenación sanitaria de esta ley, son las acciones que permiten el derecho a la protección de la salud, de acuerdo a los principios de equidad, igualdad, solidaridad, e integración de los servicios sanitarios, de acuerdo a la eficacia y eficiencia según las necesidades cambiantes de la población, con la tecnología avanzada, sin renunciar a un servicio público y universal, situando al usuario en el centro del sistema. Así mismo, regula el testamento vital, los derechos y deberes del ciudadano, concepción integral de la salud, universalización de la asistencia, financiación pública del sistema público de salud, participación ciudadana, integración funcional de los recursos, mejora de la calidad, eficacia, eficiencia y flexibilidad en la organización, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión. También enumera las funciones que se debe cumplir :

- 1.-Atención integral de salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye actividades de promoción, de la salud, salud pública, prevención de enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en nivel de Atención Primaria como Especializada.
- 2.-Prevención de la enfermedad y la organización de un sistema suficiente adecuado y eficaz de información sanitaria y vigilancia epidemiológica.
- 3.-Garantía de cobertura universal y el acceso a las prestaciones de atención a la salud en condiciones de igualdad efectiva.
- 4.-Planificación organización y dirección de los servicios para alcanzar los objetivos de un sistema Público de Salud de La Rioja recogido periódicamente en el Plan de Salud.
- 5.-Evaluación y garantía de calidad de la actividad y de los servicios sanitarios.
- 6.-La coordinación y adecuada distribución territorial y sectorial de los servicios y recursos sanitarios.
- 7.-La garantía a los criterios de equidad, accesibilidad y calidad de la atención farmacéutica a la población de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente en esta materia.
- 8.-La ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social de las personas enfermas, facilitando la coordinación del sistema sanitario y social.
- 9.-La mejor adecuación de las necesidades de formación de personal al servicio del sistema sanitario así como la participación en las actividades de formación de pregrado y postgrado.
- 10.-El fomento y la participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Los ámbitos de actuación deben garantizar la prestación integral y coordinada. Se ordenará según el contenido en tres ámbitos: Salud Pública, Salud Laboral y Asistencia Sanitaria, que integra la Atención Primaria y la Especializada. La Atención Primaria es la base y el acceso ordinario del sistema sanitario caracterizado por la atención integral mediante el trabajo del colectivo de profesionales del equipo de atención primaria que desarrollan su actividad en la Zona Básica de salud, debiendo desarrollar funciones de promoción prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia en coordinación con otros niveles y recursos sanitarios de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Salud (Ley 2/2002, de 17 de abril).

Ante la reformada Ley de Salud y las diferentes competencias asumidas recientemente como consecuencia de las transferencias del INSALUD por parte de la Comunidad Autónoma, se hace necesario reformar la estructura de la Consejería de Salud con un nuevo esquema de funcionamiento, y además se

crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud con atribuciones efectivas para la defensa de los derechos de los usuarios (Ley 2/2002, de 17 de abril de salud). Las nuevas competencias hacen que se deba adaptar una nueva estructura de funcionamiento de dicha Consejería, en la cual no aparece ningún puesto de alta gestión o asesoramiento con perfil enfermero (Decreto 45/2002 de 31 de julio).

Las transferencias de competencias sanitarias a las comunidades autónomas obliga a que a nivel Estatal regule legalmente y garantice la equidad, calidad y la participación de la población en los servicios de salud, para ello se promulga la Ley de Cohesión y la Calidad del Sistema Nacional de Salud por la que se establecen las normas de coordinación y cooperación para que la administración pública asegure dichos principios (Ley 16/2003, de 28 de mayo).

Meses más tarde, a nivel nacional aparece la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ley de vital importancia para la profesión enfermera, pues define lo que son las profesiones sanitarias y sus funciones en generales y particulares. Es el caso de los enfermeros, sobre los que se indica que están facultados para la prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia, responsabilidad y autonomía, como la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento, y recuperación de la salud, así como a la prevención de la enfermedad y discapacidades (Ley 44/2003 de 21 de noviembre).

Un mes más tarde, y como consecuencia de la necesidad de adaptación de los regímenes jurídicos preconstitucionales, en que se encuentran el personal funcionario y laboral de la administración sanitaria, a la nueva situación del modelo del Estado Autonómico se edita el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, norma reguladora básica específica y diferenciada de los funcionarios públicos generales. Esta ley es un modelo organizativo adaptado de acuerdo a la Ley General de Sanidad, en consonancia a la territorialidad de los servicios de salud que busca un funcionamiento armónico y coordinado. Esta ley deroga los tres estatutos anteriores todos ellos preconstitucionales, a la vez que constantemente reformados.

Se desarrolla en diferentes capítulos reguladores de aspectos generales que componen los regímenes jurídicos del personal estatutario, como son:

Los criterios de clasificación del personal basado en las funciones a desarrollar.

Los niveles de titulación.  
Los mecanismos de ordenación y planificación del personal.  
Derechos y deberes del personal  
Los requisitos para adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario  
La provisión de plaza, forma de selección y promoción interna  
La movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud  
La regulación de la carrera profesional  
El régimen retributivo

Llegados a este punto se considera necesario detenerse y profundizar en el apartado de provisión de plazas, selección y promoción interna en los criterios generales, en contraposición al criterio mantenido para el acceso de las enfermeras a los centros de salud hasta ese momento. A partir de ahora, y como consecuencia de la entrada en vigor de dicho Estatuto hay un cambio cualitativo importante, desaparece legalmente la especificidad que se mantenía para acceder a los Equipos de Atención Primaria desde el comienzo de la reforma sanitaria en el año 1984 y que es refrendado en la reforma del año 1999. En el mencionado anteriormente Decreto-Ley 1/1999 de 8 de enero, en su disposición adicional séptima sobre selección de personal sanitario del grupo B establece pruebas selectivas “*dividida en las especialidades de Atención Primaria y de Especializada*”, reconociendo implícitamente una especialización en atención primaria, no regulada por falta de desarrollo. Mas adelante será tratado el tema de forma más profunda.

El cambio y repercusión es importante porque no recoge dicha especificidad, pues los criterios generales de provisión son:

- a.-*Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.*
- b.-*Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.*
- c.-*Integración del régimen organizativo y funcional de los servicios de salud y se sus instituciones y centros.*
- d.-*Movilidad del personal en el conjunto del Sistema Nacional de Salud*
- e.-*Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.*
- f.-*Participación a través de la negociación en las correspondientes mesas, de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de selección, promoción interna y movilidad...*

Más adelante la mencionada ley indica que la selección del personal estatutario fijo, deberá de ser efectuada con carácter periódico, en cada servicio de salud de forma pública y garantizando los principios de igualdad, mérito, capacidad, así como el de competencia. Por tanto se debe adecuar las pruebas de selección a las funciones a desarrollar en la correspondiente plaza, y se debe identificar las plazas convocadas indicando al menos sus características, número, etc...

La selección se hace por concurso oposición, dejando posibilidades de oposición o selección por concurso, si la peculiaridad específica a realizar lo requiere. El baremo de méritos para la selección se dirigen a evaluar competencias profesionales como currículo profesional y formativo, experiencia profesional, en los centros sanitarios y actividades científicas, docentes, e investigadoras, además de la cooperación al desarrollo humanitario en el ámbito de la salud.

Respecto de los órganos de selección sus miembros ostentarán la condición de personal funcionario de carrera o estatutario de las administraciones públicas o servicios de salud o personal laboral en plaza o categoría para la que se exige tener nivel académico igual o superior a la exigida para el ingreso (Ley 55/2003 de 16 de diciembre).

Tras un largo periodo, se obliga a España a desarrollar la especialidad de matrona, como consecuencia de la constante evolución de los conocimientos científicos, los cambios en el patrón epidemiológico, la pirámide poblacional, las necesidades de cuidados de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, y la necesaria adaptación a la nueva regulación del modelo educativo del Espacio Europeo.

Años más tarde, con la entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, que ordena las Profesiones Sanitarias, en su Título II propone y determina una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud. Se incluyen las de Enfermería, a través de las cuales también se puede acceder a las enseñanzas oficiales de doctorado en su nueva regulación (Real Decreto 99/2011 de 28 de enero). Por el momento establecen las siguientes especialidades, de las cuales se desarrollan todas menos la de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo

Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos  
Enfermería Familiar y Comunitaria  
Enfermería Pediátrica

Se define y regula su obtención, la forma de acceso, las unidades de formación, e incluso una forma excepcional de acceso a la especialidad que afecta directamente a la enfermera comunitaria. Sus requisitos son: Haber ejercido como enfermero en actividades propias de la especialidad, como mínimo cuatro años, o dos siempre que acredite formación de al menos 40 créditos en dicho campo. Otra posibilidad es ejercer como profesor de Escuela Universitaria de Enfermería en el área de conocimientos de la especialidad y acreditar un año, al menos, de actividad asistencial en el ámbito de la propia especialidad solicitada (Real Decreto 450/2005, de 22 de abril).

### **8.1.2.-Reorganización del Mapa Sanitario de La Rioja, leyes nacionales y normas regionales que regula la provisión de plazas incluida la de extinguir los ATS/DUE EAP**

A nivel regional, y siendo Pedro Soto García nuevo Consejero de Salud en el año 2005, se reforma el Mapa Sanitario de La Rioja, como consecuencia de los nuevos recursos sanitarios de los que se dota la Comunidad Autónoma, tales como es el Hospital Fundación de Calahorra, el Complejo Hospitalario San Millán San Pedro y en la Rioja Alta una unidad dependiente de la asistencia especializada. Se crean tres áreas de Salud, Rioja Alta (Área I) Rioja Media, (Área II), y Rioja Baja (Área III), con sus correspondientes Zonas Básicas de Salud ( Decreto 29/2005 de 22 de abril).

El mismo día se constituye la estructura orgánica de las Áreas de Salud, creando en el Área Uno, una Dirección Gerencia dependiendo de ella la Dirección Médica y la Dirección de Recursos. En el Área Tres Dirección Gerencia del Área dependiendo de ella la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería. Sin embargo en el Área Dos se unifican Direcciones bajo la Gerencia de dicha Área aparecen la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión de Personal, la Dirección de Recursos Económicos. La Dirección Médica y de Enfermería dependen la Subdirección de Atención Primaria y Salud Mental, Subdirección Médico-quirúrgica, Subdirección de Procedimientos Ambulatorios, y Diagnósticos, Subdirección Materno-infantil, etc... Este es un hecho importante porque desaparece por primera vez en la región la gestión de la atención primaria con identidad propia como venía siendo hasta el momento y pasa a depender directamente por primera vez del hospital, convirtiéndolo en el eje central de la gestión del sistema de salud. Desde este momento se comienza a difuminar la actividad de la atención primaria dentro del staff de la gestión tal como había nacido, y más adelante se generalizará a toda la región (Decreto 30/2005 de 22 de abril).

En el mismo día se establecen las nuevas zonificaciones en atención a las nuevas instalaciones y distribución de la población, creándose dos más que son, Siete Infantes de Lara y Cascajos. (Orden 2/2005 de 22 de abril)

Nuevamente se vuelven a regular los órganos de participación ciudadana y sus funciones en salud, constituyendo como tales:

- El Consejo Riojano de Salud
- Los Consejos de Salud de Área

### Los Consejos de Salud de Zona

El primero es el órgano colegiado de superior carácter consultivo, de participación ciudadana, de asesoramiento, seguimiento y control de la política sanitaria regional. En ellos están representados los ayuntamientos, las organizaciones sindicales, empresariales, los colegios profesionales, los consumidores, la universidad, las entidades científicas del ámbito sanitario y asociaciones de enfermos. De forma muy semejante, aunque no con todas las entidades o instituciones mencionadas, se conforman los Consejos de Salud de Área y Zona (Decreto 29/2006 de 5 de mayo).

En el año 2006, existe un acuerdo marco de importancia trascendental para la enfermería de los equipos de atención primaria, entre la Administración regional del Servicio Riojano de Salud (SERIS) y los sindicatos regionales Unión General de Trabajadores (UGT), Confederación de Comisiones Obreras (CCOO), Confederación de Sindicatos independientes de Funcionarios (CSIF), Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios (SATSE), Confederación Española Médica Sindical (CEMS), Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE), Sindicato de Trabajadores de la Administración Riojana (STAR), que unánimemente suscriben.

Se establecen las normas que van a regir las condiciones laborales de todos los trabajadores del Servicio Riojano de Salud. Se impulsa la gestión por procesos que serán desarrolladas por las áreas o unidades de gestión, aunque son entes sin personalidad jurídica, si las integran un conjunto de recursos humanos y materiales organizados de forma autónoma con responsabilidad propia.

El citado acuerdo regula la provisión de plazas, la forma de promoción interna, las medidas de formación continuada, las retribuciones y la regulación de la carrera profesional, enfocada como instrumento que reconoce conocimientos, experiencias, y cumplimiento de objetivos, cuya aplicación es a Diplomados y Licenciados. Sorprendentemente en un anexo I del citado acuerdo se suprime la figura del ATS/DUE EAP creada en el año 1984, constando literalmente cuando se refiere al personal sanitario grupo B “ATS/DUE, EAP (a extinguir), ATS/DUE (Antiguo sistema) (A extinguir), ATS/DUE Ayudante Técnico Sanitario (A extinguir) ATS/DUE Emergencias, ATS/DUE SUAP, Fisioterapeuta de Área, Fisioterapeuta, Matrona, Matrona de Área, Matrona de Cupo (A extinguir) Profesor Logofonía”, sin ningún tipo de explicación a posteriori de dicho propósito. Con ello, aparentemente contraviene el cambio de identidad y filosofía de trabajo con el que hasta el momento se había datado hasta la fecha a la enfermera

comunitaria. Los puestos de trabajo se mantienen como enfermera generalista de los equipos de atención primaria, pero poco a poco se transformarán, como se podrá comprobar en la relación de puestos de trabajo que años más tarde emite el SERIS (Acuerdo para personal del Servicio Riojano de Salud 27 de julio de 2006).

Meses más tarde desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se regula la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, entendida como “*el conjunto de tecnologías o procedimientos entendidos estos como los métodos, actividades y recursos basados en procedimientos y experiencias científicas mediante las que se hacen las prestaciones sanitarias, correspondiendo a las prestaciones sanitarias*” de Salud Pública, Atención Primaria, Especializada, Urgencias, prestación farmacéutica, orto-protésica, productos dietéticos, y transporte sanitario. Se indica la propia actualización a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pudiendo las comunidades autónomas marcar su Cartera de Servicios que como mínimo contendrá la del Sistema Nacional de Salud.

Respecto a la Atención Primaria, en esta ley se la identifica como “*el nivel básico e inicial de atención sanitaria, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como recuperación física y el trabajo social. Todas estas actividades, dirigidas a personas, familia y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios garantizando la calidad y accesibilidad a la misma, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios en coordinación entre los sectores implicados...incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo*”. Incluye abordaje a problemas de salud y factores condicionantes tanto en consulta como en domicilio y comprende:

Atención sanitaria a demanda

Atención sanitaria programada

Atención sanitaria urgente

Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos como:

*Anamnesis exploración física, espirometría electrocardiografía, medición de agudeza visual, obtención de muestras biológicas, test psico-afectivos y sociales de morbilidad, y calidad de vida. Pruebas de laboratorio y anatomía patológica*

*Procedimientos terapéuticos, prescripción y tratamiento farmacológico, aplicación de tratamientos con insulina, y anticoagulantes orales conforma protocolos.*  
*Administración de tratamientos parenterales*  
*Curas, suturas tratamiento de úlceras cutáneas*  
*Inmovilizaciones*  
*Infiltraciones*  
*Aerosolterapia*  
*Taponamiento nasal*  
*Extracción de tapones auditivos y cuerpos extraños*  
*Cuidados de estomas digestivos urinarios, traqueales*  
*Aplicación de sondajes vesicales y nasogástricos*  
*Resucitación cirugía menor*  
*Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario*

Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria incluye:

*Acciones de promoción, educación sanitaria, y prevención de enfermedades a individuos familia y comunidad tanto en el centro sanitario como en el domicilio y la comunidad, según necesidades dentro del ámbito geográfico.*  
*Tratan de modificar o potenciar hábitos, actitudes y costumbres que conduzcan a una vida saludable y a cambiar conductas relacionadas con factores de riesgo en problemas de salud específicos Incluye información, asesoramiento de factores de riesgo y estilos de vida saludables en grupos y centros educativos*

La prevención incluye:

*Vacunaciones a todos los grupos de edad según riesgo y calendario vacunal*  
*Indicación de quimioprofilaxis en los problemas infecciosos que lo requieran*  
*Actividades que prevengan enfermedades de riesgo y sus factores de riesgo prevención primaria o secundaria.*

La atención familiar comprende:

*La atención individual en el contexto familiar identificando la estructura familiar la etapa del ciclo familiar, los acontecimientos familiares y la detección de las disfunciones familiares*

La atención comunitaria es:

*El conjunto de actuaciones con participación comunitaria que detectan y priorizan las necesidades y problemas de salud, junto con*

*la identificación de los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaboración de programas que mejoran la salud de la comunidad, coordinados con otros dispositivos sociales y educativos.*

**Actividades de formación y vigilancia en la protección de la salud.**

*Información análisis y valoración de la situación de salud de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios*

*Vigilancia epidemiológica que incluye, participar en sistemas de alerta, redes centinelas, para vigilar ciertos problemas de salud*

*Participación en la fármaco-vigilancia y comunicación de los efectos adversos*

**Rehabilitación básica:**

*Comprende actividades de educación, prevención y rehabilitación susceptibles de realizarse dentro de la atención primaria previa indicación médica etc...*

**Atención y servicios específicos relativos:**

*1.-A la mujer a los grupos de riesgo, diagnóstico y tratamiento precoz de cáncer de mama y ginecológico y la protocolización con especializada y coordinada según la organización del servicio*

*Indicación de métodos anticonceptivos*

*Atención y cuidados al embarazo y puerperio incluyendo la educación maternal, visita puerperal*

*Prevención detección y atención a problemas de la mujer en el climaterio*

*2.-Servicio atención a la Infancia, valoración del estado nutricional, del desarrollo podo-estructural y del psicomotriz*

*Prevención de la muerte súbita infantil*

*Consejos sobre desarrollo del niño y hábitos de vida saludables*

*Educación sanitaria prevención de accidentes*

*Orientación anticipada para prevención y detección de problemas del sueño y de esfínteres*

*Detección precoz de metabulopatías, hipoacusia, disartria de cadera criptorquidia, estrabismo o problemas de visión, desarrollo puerperal obesidad autismo trastorno por déficit detección a la hiperactividad.*

*Detección y seguimiento de discapacidades físicas y psíquicas*

*Detección y seguimiento de niños con patologías*

*Servicio de atención a:* la adolescencia

*adultos*

*tercera edad*

*grupos de riesgo*

*de los enfermos crónicos*

*3-Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos: comprendiendo valoración general, estado de salud y factores de riesgo, estilos de vida saludables, detección de problemas de salud y estado clínico, su captación y seguimiento, atención de las personas polimedicadas y pluripatológicas, y la información y consejo sanitario sobre su enfermedad y los cuidados precisos al paciente cuidador/a.*

*Atención sanitaria protocolizada a diabéticos, EPOC, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, obesidad, problemas osteo-articulares crónicos o músculo esqueléticos.*

*Atención a enfermos VIH+*

*4.-Atención domiciliaria de personas inmovilizadas, valorando sus necesidades, estableciendo un plan de cuidados, médicos y de enfermería, que incluya medidas de prevención e instrucciones del correcto tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas y control y seguimiento de cuidados generales así como coordinación con los servicios sociales.*

*Realización y seguimientos de tratamientos necesarios, así como información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente el cuidador principal.*

*Atención a personas con conductas de riesgo: consumo de alcohol, otras conductas adictivas*

*Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo exclusión social, como menores minorías, inmigrantes etc.*

*5.-Atención a personas mayores, actividades de promoción y prevención en relación a alimentación saludable y ejercicio*

*Identificación de conductas de riesgo*

*Prevención de caídas y otros accidentes*

*Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional*

*Detección precoz del deterioro físico, hipoacusia, déficit visual, incontinencia urinaria*

*Consejo y seguimiento del paciente polimedicado y pluripatológico*

*Detección del anciano de riesgo según características de edad y situación sociofamiliar.*

*6.-Atención al anciano de riesgo: Valoración clínica, sociofamiliar y grado de dependencia para la actividad diaria. Esto conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales con finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la co-morbilidad asociada*

*Atención a inmovilizados mayores incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas especialmente al cuidador principal*

*Detección de violencia de género y malos tratos, en todas las edades, especialmente a menores y personas con discapacidad.*

*Detección de situaciones de riesgo, en su caso exploración orientación en los problemas y en las situaciones de riesgo y ante sospecha de situaciones de riesgo.*

*Comunicación a las autoridades las situaciones que lo requieran sobre todo en violencia de género o malos tratos a menores o ancianos y personas discapacitadas y si procede a los servicios sociales. Estableciendo un plan de intervención en cada caso.*

*7.-Actividades paliativas a enfermos terminales comprendiendo la atención individualizada integral y continuada en personas enfermas en situación avanzada, no susceptible de curación y con esperanza de vida limitada inferior a 6 meses. El objetivo es la mejora de la calidad de vida respecto de sus creencias preferencias y valores, humanizada y personalizada garantizando los mecanismos de continuidad asistencial ya sea en el domicilio o en el servicio especializado con internamiento*

*8.-Atención a la salud mental, en coordinación con la especializada incluyendo prevención, promoción consejo Incluye:*

*Actividades de prevención, promoción consejo y apoyo para mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital*

*Detección diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos*

*Detección de conductas adictivas y trastorno de comportamiento y reagudizaciones de enfermedades ya conocidas*

*Detección de psicopatologías de la infancia adolescencia incluyendo los trastornos alimentarios*

*Seguimiento de forma coordinada con el servicio de salud mental y social en los trastornos graves*

*9.-Atención a la salud buco dental comprende:*

*Actividades asistenciales diagnósticas y terapéuticas dirigidas a la salud buco dental, con información educación para la salud, tratamiento en procesos agudos etc...*

Todas ellas, son las actividades y funciones correspondientes a la cartera de servicios referida a la atención primaria en plena consonancia con el ideario que se desprende de la declaración y principios de Alma Ata con incidencia en la enfermera comunitaria (Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre).

### **8.1.3.-Normativa posterior al año 2006: repercusión directa en los ATS/DUE EAP**

En 2007 a nivel estatal, se emite una resolución por la que se fijan los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud. Se fija un mínimo de elementos comunes a considerar en cada comunidad autónoma referido a niveles, grados o escalafones materia objeto de evaluación, a fin de garantizar el reconocimiento y los grados de carrera y la libre circulación de profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Estas líneas básicas están inspiradas en los siguientes principios:

- 1.-Garantía de igualdad de oportunidades de los profesionales en el conjunto del SNS
- 2.-Garantía de no discriminación entre administraciones sanitarias
- 3.-Principios de participación de los profesionales en la gestión de los centros (Resolución de 29 de enero de 2007).

Siendo Consejero de Salud D. José Ignacio Nieto García y por la finalización y puesta en funcionamiento del hospital San Pedro, como nueva referencia de segundo nivel asistencial para todo el Área de Salud, así como con la puesta en funcionamiento de algún otro dispositivo sanitario, se incrementa la cartera de servicios de la región. La necesaria simplificación organizativa que da garantía al servicio público sanitario, hace necesario crear una única Área de Salud para toda la Rioja, con gestión unitaria de los centros, servicios y establecimientos de toda la región.

Los principios en los que se basa son similares a los de la anterior reforma legislativa, asegurando la asistencia de forma continuada, coordinada, en términos de eficiencia y efectividad, prestando una atención global, continuada, preventiva, permanente e integral bajo el principio de equidad, principios invariables inspirados en la Ley General de Sanidad. Las Zonas Básicas de Salud son diecinueve, incrementadas en la anterior reforma de apenas treinta meses, por las nuevas zonas de salud de Cascajos y Siete infantes, pero sin corregir el exceso poblacional en algunas de ellas (Decreto 121/2007 de 5 de octubre).

En el mes de junio del año 2008, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, publica una modificación de plantilla del SERIS, denominando al

Grupo B de las enfermeras como Subgrupo A2 apareciendo un total de plantilla de:

*ATS/DUE EAP a extinguir 137*  
*ATS/DUE EAP de cupo 1*  
*ATS/DUE EAP Antigua Sistema a extinguir 1*  
*ATS/DUE EAP 64*  
*ATS/DUE EAP SUAP 12*

En esa misma legislación computan un total de 248 del subgrupo A2, considerando que incluyen trabajadores sociales matronas fisioterapeutas y personal de cupo y del antiguo sistema a extinguir (Resolución de la Secretaría Técnica de la Consejería de Salud de junio de 2008)

Ese mismo año se regula y establece las condiciones de trabajo del personal del Servicio Riojano de Salud y se aprueba la relación de puestos de trabajo de dicho servicio. Se crea una unidad de apoyo al área compuesta por:

*Coordinadora docente 1,*  
*Odonto-estomatólogo de área 9*  
*Médico de familia de refuerzo 57*  
*Jefe de atención socio-sanitaria y convalecencia domiciliaria 1*  
*Matrona de área 7*  
*Fisioterapeuta de área 14*  
*Trabajador social 9*  
*Enfermera de refuerzo 37*  
*Higienista dental de área 6*

Es de resaltar que las enfermeras cambian de grupo laboral al A2, y se les denomina Enfermera EAP, en lugar de cómo hasta el momento estaban laboralmente catalogadas que era de ATS/DUE EAP grupo B y posteriormente subgrupo A2. La relación de enfermera EAP en cada zona de salud incluidas las responsables de enfermería son:

*Zona de salud de Nájera 19*  
*Zona de salud de Santo Domingo 12*  
*Zona de salud de Haro 17, de antiguo sistema 1 y enfermeras de apoyo 4*  
*Zona de salud de Murillo 7*  
*Zona de salud de San Román 2*  
*Zona de salud de Alberite 12*  
*Zona de salud de Torrecilla 2*  
*Zona de salud de Navarrete 7*  
*Zona de salud de Rodríguez Paterna 10*  
*Zona de salud de Joaquín Elizalde 20*

*Zona de salud de Espartero 14, SUAP 6 y enfermeras de apoyo 6, enfermera de cupo 1*  
*Zona de salud de Labradores 13*  
*Zona de salud de Gonzalo de Berceo 15*  
*Zona de salud de Siete Infantes 10 enfermera de apoyo 1*  
*Zona de salud de Cascajos 6*  
*Zona de salud de Cervera 7*  
*Zona de salud de Alfaro 12*  
*Zona de salud de Calahorra 22, enfermera SUAP 4, enfermeras de apoyo 3*  
*Zona de salud de Arnedo 13 enfermera SUAP 3*

Esta es la relación de puestos de trabajo de la atención primaria. Es la primera vez que se describen en una legislación de la comunidad autónoma. Como se puede observar, es digno de resaltar que aunque ha desaparecido la denominación ATS/DUE EAP, en esta nueva legislación reaparece la figura del puesto de trabajo de la Enfermera EAP que se computan en un total de 220 puestos (Decreto 123/2007, de 5 de octubre).

Respecto de estos puestos de trabajo también se legislan los honorarios correspondiente, reconociendo de hecho por la retribución, determinados trabajos de la enfermera EAP como son las guardia de presencia física o localizada, el pago según población asignada al equipo de enfermería y las tarjetas asignadas a cada enfermera, todo ello de acuerdo a la dispersión geográfica de su zona de salud (Resolución 29 de abril de 2008).

Al mes siguiente se publica la primera modificación de plantilla del SERIS para el año 2008. Nuevamente desaparece la acepción de enfermera EAP, y se introducen nuevamente viejos términos referidos a la Atención Primaria tanto a personal funcionarios como estatutario respectivamente: “*Subgrupo A2 E.S.C.F.G.M.A.E. (ATS/DUE APD) 52*” y más adelante “*Subgrupo A2 ATS/DUE, EAP (A extinguir) 137, ATS/DUE, EAP de cupo (A extinguir) 1, ATS/DUE, EAP Antiguo Sistema (A extinguir) 1, ATS/DUE 64, ATS/DUE, SUAP 12*”, (Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud 19 de junio 2008), como indicador, una vez mas, de la falta de unidad doctrinal respecto del colectivo Enfermero de Atención Primaria.

También la Consejería de Salud regula y aprueba las tarifas por la prestación de servicios sanitarios que se presten a particulares por parte de los servicios sanitarios en los centros y servicios del SERIS para el año 2008. Existe un apartado en el cual se especifican las tarifas de los servicios prestados en Atención primaria como primera Consulta de Enfermería a Domicilio,

Consulta de Enfermería Sucesiva a Domicilio, Consulta con Cuidados de Enfermería con pruebas y sin pruebas (Resolución del Consejero de Salud de 1 de julio 2008).

## **8.2.-Instituciones y perfil de los puestos de trabajo de las enfermeras de Atención Primaria anterior a la reforma sanitaria: Consejería de Salud (Personal Funcionario: Practicantes-ATS de Asistencia Pública Domiciliaria APD) e INSALUD (Personal Estatutario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social ATS de los Ambulatorios)**

Según el ideario en el que se sustenta la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, la sistemática de trabajo viene determinada por el etnocentrismo médico, piedra angular y eje fundamental del servicio de salud. Por ello, es necesario adaptar a su entorno una figura profesional, la enfermera, que responda al criterio de un personal que ayude y conozca la técnica sanitaria de acuerdo a las necesidades del patólogo.

Bajo la premisa anteriormente mencionada, en los primeros años ochenta la actividad sanitaria de la enfermera en el primer nivel de atención, se realiza fundamentalmente en dos tipos de organismos:

a.-Las centros rurales de higiene, que habitualmente era su propio domicilio o en el del médico. Dependían de la Consejería de Salud, cuya denominación era de Practicantes-ATS de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y su nombramiento, tanto interino o propietario, llevaba implícito automáticamente la asunción de la plaza de practicante o ATS de Zona de la Seguridad Social, debiendo de forma inexcusable ejercer ambos cargos (Oficio circular nº 1/1973 de 2 de enero).

b.-En las instituciones abiertas de la seguridad social, conocidos popularmente como los ambulatorios.

Los antecedentes del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social (Orden 26 de abril de 1973), son 1) el Estatuto Jurídico de los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios, Enfermeras y Matronas-Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social (Ordenes 22 de abril de 1967; Orden 16 de junio de 1967), 2) el del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 26 de diciembre de 1986), 3) en la actualidad, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud del año 2003 (Ley 55/2003 de 16 de diciembre).

Pues bien, el citado Estatuto, vigente en el periodo de estudio hasta el año 2003, clasifica a éste personal así según su titulación y función. Por su titulación en:

-Personal titulado de Grado Medio: *Diplomados de Enfermería*  
*Ayudantes Técnicos Sanitarios*

**Practicantes**

*Matronas*

*Enfermeras*

*Fisioterapeutas*

-Otro personal titulado:

*Técnicos especialistas (FP II )*

*Auxiliares de enfermería (FPI)*

**Terapeutas ocupacionales**

Por su función en:

*Diplomados de Enfermería, ATS y Enfermeras*

*Practicantes-ATS*

*Matronas*

*Fisioterapeutas*

*Terapeutas ocupacionales*

*Técnicos especialistas*

**Auxiliares de Enfermería**

La norma considera en ese momento en las categorías de Enfermeras, ATS, practicantes-ATS a los que desempeñen plazas correspondientes a su título, siempre que este haya sido expedido por las Facultades de Medicina o por el Ministerio de Educación y Ciencia.

También existe otra clasificación de dicho personal por el tipo o modalidad de servicios que presta:

*a.-De Zona*

*b.-De Servicio de Urgencia*

*c.-De Instituciones Sanitarias y Equipos Toco-ginecológicos*

*d.-De Atención Primaria, (creado en el 84).*

a.-Son considerados *personal Auxiliar Sanitario de Zona*, los Practicantes-ATS que ejercen profesionalmente en régimen de ambulatorio y domicilio a la población con derecho a asistencia de la seguridad Social.

b.-Pertencen al *Servicio de Urgencia*, los Practicantes-ATS empleados en esta ocupación

c.-Se incluyen en la modalidad de personal de *Instituciones Sanitarias y Equipos Toco-ginecológicos*:

c.1.-Los DUE, ATS y Enfermeras, matronas, Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, Técnicos especialistas y auxiliares de

enfermería que trabajen en las denominadas Instituciones Cerradas.

c.2.-Los DUE, ATS y Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Técnicos especialistas y Auxiliares de Enfermería que trabajen en las denominadas Instituciones Abiertas

d.-En el apartado de personal de *Atención Primaria* se incluye a los DUE, ATS, Enfermeras, Practicantes-ATS y Auxiliares de Enfermería adscritos a Equipos de Atención Primaria o a Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría-puericultura de Instituciones abiertas.

Todos ellos pueden ejercer en su puesto de trabajo como Titular en propiedad, interino y eventual.

### **8.3.- Organismos públicos y preceptos en contratación de enfermeras antes y después de la reforma sanitaria: su evolución**

La contratación de las plantillas viene determinada por criterios de carácter objetivo, que garanticen la operatividad de la asistencia y la utilización racional de los recursos. A continuación, vamos a describir los diferentes organismos responsables de contratación y los diversos baremos y tribunales que a lo largo de los años garantizan dicho fin:

*A.-En principio, en los años setenta, hasta la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (Real Decreto 1558/1977 de 4 de julio), era el Ministerio de Trabajo el que seguía fijando las plantillas de personal a propuesta del Instituto Nacional de Previsión (INP), y se accedía a ellas en concurso de méritos. Las comisiones formadas en cada provincia a tal efecto, incluyen:*

- El Jefe Provincial de Servicios Sanitarios*
- Un representante del Sindicato provincial de Actividades Sanitarias*
- Otro del Colegio profesional respectivo*
- Un director de la instituciones sanitarias cerradas*
- Otro de las instituciones sanitarias abiertas*
- Un Secretario de actas (un funcionario administrativo de la Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión).*

El baremo de meritos para seleccionar al personal Auxiliar Sanitario Titulado era:

- 1.-Por cada curso completo calificado de matrícula de honor en la carrera 0,5 puntos*
- 2.-Por título de bachiller superior 1 punto*
- 3.-Por plaza en Cuerpo del Estado, provincia o Municipio obtenida por oposición o concurso oposición que corresponda a la misma titulación de las vacantes solicitadas 3 puntos*
- 4.-Por plaza de Auxiliar Sanitario Titulado en propiedad de la Seguridad Social que corresponda a la misma titulación de las vacantes solicitadas 3 puntos*
- 5.-Por el diploma de la especialidad que con duración mínima de un curso académico reconozca la legislación vigente 0,5*
- 6.-Por diploma con cursos de especialidades que con una duración mínima de dos meses y que reconozca la legislación vigente 0,6*
- 7.-Por premio fin de carrera 1 punto*
- 8.-Por becas para ampliación de estudios profesionales concedidas por Organismos dependientes del Estado provincia Municipio o internacionales 1 punto.*

9.-Por cada año de ejercicio profesional, acreditado por certificación de Colegio correspondiente (hasta máximo 3 puntos) 0,10 puntos

10.-Por cada año de prestación de servicios de Seguridad Social (hasta máximo 20 puntos) 2 puntos, Si es distinta de la que se solicita 0,5 puntos

B.-En los años ochenta, el concurso abierto y permanente responde a una serie de méritos (Díaz Blanco; 1982) que valorarán mensualmente en la Comisión que se constituye en cada Dirección Provincial de Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) órgano gestor de los servicios de salud del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el cual existe una representación del Colegio profesional. El baremo de méritos que configuran el perfil del puesto de trabajo para los ATS o DUE y que consiste en:

1.-Por cada matrícula de honor en las asignaturas de la carrera y de las diferentes especialidades, cuando la plaza a cubrir sea de las misma especialidad 0,20 puntos.

2.-Por plaza de ATS o DUE en propiedad en la seguridad Social que corresponda a la misma titulación de las vacantes solicitadas 3 puntos.

3.a.-Por plaza en Cuerpo del Estado, Provincia, Municipio o seguridad Social, obtenida por concurso oposición, que corresponda a la misma titulación y modalidades de las vacantes solicitadas, 3 puntos.

3.b.-Por plaza en Cuerpo del Estado, Provincia, Municipio o seguridad Social, obtenida por concurso oposición, que corresponda a la misma titulación y distintas modalidades de las vacantes solicitadas, 1,50, puntos.

Existe según esta norma una excepción que para valorar la plaza obtenida por oposición o concurso oposición debe ser desempeñada un mínimo de tiempo que será de un año

4.-Por título o diploma de especialidades de ATS o DUE con duración de dos cursos académicos, que reconozca la legislación vigente, expedidos por los Ministerios de Educación o de Universidades, 4 puntos.

5.-Por título o diploma de especialidades de ATS o DUE con duración de un curso académico y expedido por los Ministerios de Educación o de Universidades,, o primer año aprobado de una especialidad de ATS o DUE de dos años de duración y acreditado éste con certificación académica y expedida en la Facultad o Escuela Universitaria correspondiente, 2 puntos.

6.-Por diploma de ATS de Empresa, 1 punto

7.-Por diplomas obtenidos por ATS o DUE en cursos de perfeccionamiento profesional autorizados por los Ministerios de Educación o de Universidades en Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería o centros sanitarios de la Administración Pública Local o de la Seguridad Social, 0,75 puntos.

8.-Por premio fin de carrera o de especialidad, éste cuando la plaza a cubrir sea de la misma especialidad, 1 punto.

9.-Por trabajos y publicaciones científicas relacionadas con la propia modalidad y titulación a que se concursa, publicados en revistas

profesionales, así como ponencias y conferencias en jornadas profesionales de carácter público convocadas por Entidades oficiales valorados por la Comisión libremente y hasta un máximo de dos puntos, 2 puntos.

10.-Por cada año de ejercicio profesional acreditado por certificación de Colegio Profesional y hasta un máximo de seis puntos, 0,50 puntos

11.-Por servicios prestados en la Seguridad Social:

a.- Por cada año, fraccionable en meses y días, de servicios sanitarios prestados a la SS con la misma titulación y modalidad a la que corresponda la vacante solicitada hasta un máximo de 16 puntos

b.-Por cada mes, fraccionable en días en su caso, de servicios sanitarios prestados a la SS con la misma titulación y modalidad que corresponde la vacante solicitada y a los solos efectos de su adquisición en propiedad, siempre que el interesado hubiera presentado solicitud para tomar parte en algunos de los concursos abiertos y permanentes, habidos durante la prestación de servicio como interino o eventual, 0,35 puntos

c.-Por cada año, fraccionable en meses y días y en su caso de servicios prestados a la seguridad social en distinta modalidad o titulación a la que concursa, pero dentro de la correspondiente al personal ATS o DUE hasta un máximo de 16 puntos 2 puntos.

Los servicios si son prestados en territorio de España en África ahora independiente serán valorados el doble.

d.-Por cada año, fraccionable en meses y días en su caso de servicios prestados a la SS en distinta titulación o modalidad a la que concursa hasta un máximo de ocho puntos por una sola vez y a los solos efectos de la primera adjudicación de plazas de ATS o DUE 1 puntos.

12.-Por residir en la localidad solicitada con una mínima antelación de cinco años a la fecha del concurso, por una sola vez y a los solos efectos de la primera adjudicación de plazas de ATS o DUE 2 punto.

C.-Posteriormente, en el año 1984, la selección de personal para la provisión de plaza al servicio de la Seguridad Social (Provisión y selección de plazas, 1984) con carácter definido se realiza mediante concurso abierto y permanente excepto la modalidad de Atención Primaria, que serán mediante concurso restringido y concurso libre, atendiendo a las normas de provisión de vacantes en los Equipos de Atención Primaria según la orden de 26 de Marzo del 84, que serán por concurso libre y se realizarán anualmente por la Dirección Provincial con sede en la capitalidad de la Comunidad Autónoma y cuyo tribunal lo componen:

*El Director provincial del INSALUD*

*El Subdirector médico provincial del INSALUD*

*El responsable de la atención primaria del Órgano competente de la comunidad Autónoma.*

*Un ATS o DUE nombrado por el Órgano competente con reconocida experiencia y conocimientos de atención primaria.*

*Un ATS de la escala de ATS Visitadores del Cuerpo Sanitario de la Seguridad Social.*

Se establecen pruebas de acuerdo al contenido que corresponde a la titulación requerida para la plaza de atención primaria a la cual se opta, donde pueda acreditar su aptitud, que junto con la baremación de méritos, dará el resultado final que será la suma de la puntuación de las dos.

El baremo en esta modalidad y época vuelve a variar:

*1.-Estudios de la carrera de ATS o DUE (sin considerar Religión, Formación Política, Formación Física e Idioma). Cada matrícula de honor o sobre saliente 0,1 puntos.*

*2.-Premio fin de carrera 0,5 puntos.*

*3.- Por título o diploma de especialidad de Salud pública , obtenido en un centro nacional o extranjero con docencia acreditada y de un mínimo de duración de un año 3 puntos.*

*4.- Por título o diploma de especialidad en el área de atención primaria (Materno Infantil, Gerontología, Salud Escolar, laboral, mental, fisioterapia, podología y Medio Ambiente) obtenido en centro de docencia acreditada nacional o extranjero 2 puntos.*

*5.- Por título o diploma de especialidad de ATS o DUE que reconozca la legislación vigente expedido por el ministerio de Educación u obtenido en centro extranjero con docencia acreditada 1 punto.*

*6.-Por certificados o diplomas obtenidos en cursos de Salud Pública, Atención Primaria, Medicina de la Comunidad, autorizados por el Ministerio de Educación, Facultad de Medicina, Escuelas Universitarias de Enfermería, Organismos de la Administración Pública, Local o de la Seguridad Social, Colegios o Asociaciones Profesionales o Entidades extranjeras, cuya duración mínima sea de treinta horas (hasta máximo de tres puntos) 0,5 puntos.*

*7.-Por servicios prestados como Profesor en los cursos señalados en el apartado anterior por cada veinte horas de docencia (hasta un máximo de tres puntos) 0,05 puntos.*

*8.- Por presentación de conferencias, comunicaciones, sobre atención primaria, en Jornadas, Congresos y Simposium de carácter público, convocadas por Entidades oficiales (hasta un máximo de dos puntos) 0,2 puntos.*

*9.-Por publicaciones de trabajos científicos sobre atención primaria de salud (hasta un máximo de dos puntos) 0,5 puntos.*

*10.- Por plaza en Cuerpo del Estado, provincia, municipio o Seguridad Social, obtenida por oposición o concurso oposición 0'5 puntos.*

11.-Por servicios prestados en Centros y Servicios de atención primaria de salud en Instituciones Sanitarias Públicas, por cada mes de servicio (hasta un máximo de cinco puntos) 0,04 puntos.

12.-Por servicios prestados como profesor/a de Salud Pública en una Escuela Universitaria de Enfermería, por cada mes de servicio (hasta un máximo de cinco puntos) 0,03 puntos.

13.-Por servicios prestados como profesor-a de Salud Pública en una Escuela Universitaria de Enfermería, por cada mes de servicio (hasta máximo 5 puntos): 0,004 puntos.

D.-Desde el año 1991, las pruebas de selección del personal sanitario no facultativo incluidas dentro la clasificación grupo B<sup>4</sup> (Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre), se efectúan mediante convocatoria dividida entre las especialidades de atención primaria y las de asistencia especializada (Real Decreto 118/1991, de 25 de enero). Esta norma sigue vigente y confirmada en años posteriores (Real Decreto Ley 1/1999 de 8 enero) posteriormente se unifica la puerta de entrada evitando los dos perfiles de especialidades de profesionales como consta textualmente en la citada norma. Los tribunales están compuestas por ocho miembros:

*Un Presidente del Tribunal, tres de los Vocales y el Secretario serán directamente nombrados por la autoridad que lo convoca.*

*Un Vocal podrá ser propuesto por las organizaciones sindicales, en los términos en que se acuerde en los pactos a que se refiere la Ley 9/1987, de 12 de junio.*

*Dos Vocales serán nombrados a propuesta de la correspondiente comisión nacional de la especialidad.*

*El Presidente del Tribunal será nombrado entre personal que desempeñe puesto de carácter directivo en la estructura de la Administración pública o servicio de salud que efectúe la convocatoria.*

*Todos los Vocales del Tribunal deberán encontrarse en posesión de la titulación correspondiente a la especialidad de que se trate.*

*El Secretario será nombrado entre personal fijo con funciones administrativas y titulación superior de la Administración o servicio de salud que efectúe la convocatoria.*

E.-En el año 1999 existe una nueva regulación a través de la Oferta de Empleo Público del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud. Los

---

<sup>4</sup> Ayudantes técnicos sanitarios, diplomados universitarios en enfermería, practicantes, matronas, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, grupo de gestión de la función administrativa, técnicos de grado medio y maestros industriales. Cualquier otro personal al que se haya exigido para su ingreso el título de ingeniero técnico, diplomado universitario, arquitecto técnico, formación profesional de tercer grado o equivalente

procesos de selección serán por el sistema de acceso libre, y los concursos de traslados del personal estatutario. Se valorará como mínimo el expediente académico, la formación especializada de post-grado, la formación continuada acreditada, la experiencia profesional en Centros Sanitarios Públicos y las actividades científicas, docentes y de investigación, determinando la ponderación de cada uno de los apartados en las distintas convocatorias.

F.- *Con el nuevo Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud, en el año 2003, se regula la normativa básica de todo el Personal Estatutario de los servicios de salud y ejerce como elemento regulador que se adapta a las características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario asistencial. Se regulan nuevamente las categorías profesionales en todo el Sistema Nacional de Salud, puesto en marcha en el año 1986 con la Ley General de Sanidad.*

Los criterios generales de provisión de plazas en el Estatuto Marco (Ley 55/2003 de 16 de diciembre) se rigen por los siguientes principios básicos:

- a.-Igualdad, mérito, capacidad, publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.*
- b.-Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.*
- c.-Integración en el régimen organizativo y funcionamiento del servicio de salud y de sus instituciones.*
- d.- Movilidad del personal en el conjunto del sistema nacional de salud.*
- e.-Coordinación y cooperación y mutua información de las administraciones sanitarias públicas.*
- f.-Participación a través de la negociación en las correspondientes mesas, de las organizaciones sindicales especialmente en el procedimiento de selección, promoción interna, y movilidad del número de plazas y periodicidad de las convocatorias.*

*La provisión de plazas serán por promoción interna, movilidad, reingreso y las convocatorias de selección de personal fijo tendrán carácter periódico, por convocatoria pública, y por procedimientos que garanticen la igualdad de méritos y capacidad, así como la competencia, debiendo seleccionar los contenidos de acuerdo al perfil necesario a desarrollar, para cubrir las necesidades en materia de salud de la población.*

El sistema de selección con carácter general es de concurso-oposición. La oposición se rige por criterios de evaluación de competencias aptitudes e idoneidad para desempeñar las funciones profesionales. El concurso, valorará competencias aptitudes e idoneidad para desempeñar las funciones a través de

baremo de méritos, como el currículo profesional formativo, de la formación pre-graduada, especializada, continuada y acreditada, de la experiencia profesional en centros sanitarios y de las actividades científicas docentes, de investigación, de cooperación al desarrollo y de ayuda humanitaria en el ámbito de la salud.

### **8.3.1.-Criterios en la provisión de plazas del personal de enfermería de los Equipos de Atención Primaria**

Como se constata en el apartado anterior a lo largo de los años, varían las formas de contratación y a través de diferentes tipo de mérito se confeccionan los baremos, como uno de los principales los instrumentos, que van a perfilar el modelo de profesional enfermero que necesita el sistema de salud. En los inicios, cuando eran tutelados por el Ministerio de Trabajo (INP), se concedía mayor peso al compromiso y relación con la administración, entendido éste como la relación contractual, y a la formación pre-grado. Paulatinamente se adaptan los méritos en consonancia a los cambios académicos, dando mayor importancia a formación del post-grado sin olvidar el valor de los servicios prestados.

Ya en el periodo de estudio, en el año ochenta y cuatro, para el acceso a la Atención Primaria, se da mayor valor al perfil formativo de post-grado si este se relaciona con la salud pública, la docencia, la investigación y la participación en eventos científicos. Más recientemente, con la aplicación del Estatuto Marco prevalecen criterios en la selección de enfermeros con perfil generalistas, relacionados con la propia fundamentación epistemológica enfermera, pero no tan ajustada al ámbito del conocimiento de la salud comunitaria como en los años ochenta, quizás más cercana al perfil paradigmático socio-crítico.

La entrada en vigor de los nuevos criterios de selección del Estatuto Marco, puesto que no se ha desarrollado la formación de la Especialidad de Enfermería familiar y Comunitaria, produce en la enfermera de los centros de salud, una autentica contradicción con los objetivos planteados con la reforma sanitaria de 1984, y como bien indica la Orden, contraviene con el específico e *“importante papel de la enfermera que debe de desempeñar el Personal de Enfermería en la prestación y organización de los servicios sanitarios, especialmente en el primer nivel, hace necesario contemplar entre las ya existentes modalidades de dicho personal en razón de los servicios que presta, la de Personal Auxiliar Sanitario de Atención Primaria, al tiempo que ha de configurarse su régimen funcional”*...Indicando posteriormente en el Artículo 19 sección 1ª Forma de selección *“El personal comprendido en el presente Estatuto será seleccionado para vincularse al servicio de la Seguridad Social con carácter definitivo mediante concurso oposición abierto y permanente, excepto para las plazas correspondientes a la modalidad de atención Primaria cuya forma de provisión será:*

*1º Para plazas en Equipos de Atención Primaria mediante concurso restringido o concurso libre que se atenderán a las normas específicas establecidas para la provisión de vacantes en dichos equipos en las Ordenes de 26 de Marzo de 1984....*

*Art.19 bis a)1º.En el ámbito territorial de cada comunidad Autónoma, el instituto Nacional de la Salud procederá a realizar la convocatoria de las plazas de Personal sanitario de Atención Primaria, para su provisión mediante los procedimientos de concurso de escala y concurso oposición...”*

En esa misma Orden se regulan las funciones de la enfermera de los equipos de atención primaria y se constata la especificidad que tiene dicho profesional:

*“Las enfermeras y diplomados de enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de atención Primaria prestarán con carácter regular sus servicios a la población con derecho a la asistencia de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domicilio así como toda la población en colaboración con los programas que se establezcan por sus propios organismos y servicios que cumplan funciones afines de sanidad pública educación nacional y beneficencia o asistencia social.*

*Conforme a su nivel de titulación centrarán sus actividades en el fomento de la salud la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud”*(Orden de 14 de junio de 1984).

Este hilo conductor de la filosofía de trabajo de la enfermera de equipos de atención primaria se rompe drásticamente, con el nuevo perfil de acceso que se crea con el mencionado Estatuto Marco, viéndose reforzado particularmente con la legislación regional que emana de los acuerdos para el personal del Servicio Riojano de Salud, suscrito el 27 de julio de 2006 (Acuerdo para el personal del servicio Riojano de Salud; 2006). Donde en su anexo I, se muestra la clasificación del personal estatutario atendiendo a la función y al nivel del título, las ATS/DUE, E.A.P. (A extinguir), con lo cual, aparentemente se da el certificado de defunción a lo que hasta ahora era un hecho diferencial para las Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria.

Asimismo, se legisla sobre las retribuciones del citado personal, que hacen referencia al tipo de trabajo que realizan como el pago de guardias localizadas o de presencia física, la asignación de población tanto al equipo enfermero, como individualmente a cada una de las profesionales de enfermería, según la dispersión geográfica de la zona de salud, donde textualmente se reconoce las

retribuciones específicas de la enfermera EAP (Resolución 29 de abril de 2008).

Transcurrido un mes y con la publicación de la plantilla del SERIS, vuelve a desaparecer el término Enfermera EAP haciendo alusiones al ATS/DUE EAP (a extinguir) (Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud 19 de junio 2008). Este hecho contradictorio y reiterado, es un indicador más del *“entramado simbólico... de políticas profesionales y sanitarias e imágenes sociales, producto residual, del discurso moralista cristiano y otros dominantes de género, técnicos, y biomédicos”* (Miró, Gastaldo, Gallego;2008) cuya base es la falta de unidad doctrinal, que se traducen en normas legales con las diferentes y titubeantes acepciones que los gestores tienen de esta figura profesional. La demostración de esta indecisión social, se muestra en el estudio sobre calidad y eficiencia, realizado a través de las encuestas de satisfacción con el servicio de Atención Primaria, llevado a cabo por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en colaboración con el Servicios Andaluz de Salud, donde se plasma la siguiente paradoja: *“se plantea la siguiente paradoja, pues los usuarios están claramente satisfechos con los enfermeros, con un porcentaje por encima del resto de profesionales, sin embargo, cuando dichos usuarios conforma su satisfacción global con el servicio recibido, la importancia de estos profesionales disminuye notablemente centrándose principalmente en el papel de los médicos”* (Serrano, Ranca;2010).

Estas son unas de las múltiples causas que influyen en los cambios organizativos, que sin duda, no concurren a la par en todos los momentos y situaciones y da lugar a interpretaciones laxas, e incluso picarescas de la ley, motivadas por la necesidad de acceder a este mundo laboral de la Atención Primaria, a pesar de la deficiente formación previa sobre el tema. Por ello, se van introduciendo correcciones al cabo del tiempo que subsanan los errores que se producen a medida que se va consolidando el sistema de provisión de plazas hasta llegar a la situación actual.

### **8.3.2.-Heterogeneidad y deficiencias sobre salud comunitaria en el perfil formativo del pregrado de las enfermeras de Atención Primaria y creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social**

Una vez analizado y expuesto el sustento legal del estado de la cuestión enfermera, en los sucesivos capítulos se presentará la interpretación de los acontecimientos históricos, desde la reflexión subjetiva e inter-subjetiva por parte de los informantes claves. Se analizarán las reglas, procedimientos, estructuras que nos informan de los niveles de abstracción del colectivo de las Enfermeras de los Centros de Salud de Atención Primaria de La Rioja, y así se dará respuesta desde la subjetividad, al planteamiento central de partida del estudio, si existe una cultura del grupo profesional en estudio.

Origen y desarrollo de la Atención Primaria en La Rioja: Como en cualquier otro grupo social, los cambios sociales no son homogéneos, ni se producen al mismo tiempo. Tampoco en el gremio de las enfermeras comunitarias, como se puede deducir del comentario de los siguientes informantes, sobre formación y procedencia laboral antes de integrarse y constituir sus respectivos equipos de Atención Primaria cuyo ámbito profesional era, el rural-APD, ambulatorio, hospitalario, o como primer puesto de trabajo el centro de salud.

En primer lugar nos hablan de la formación pre-grado que ha sido en la Universidad de Zaragoza. El informante GE004, pertenece a las primeras promociones de Diplomados de Enfermería correspondiente al periodo 1978-81. Nos ilustra, sobre el contenido formativo de la asignatura de Salud Pública impartida en ese primer curso por un médico, y las posibles diferencias con los cursos anteriores de ATS. Su trabajo previo a la integración y constitución de su equipo de salud era el medio rural-APD.

*GE004.- No, los primeros años, no, luego si que se empezó a dar mas Salud Pública de la que se daba y si que se empezó, pero no, no, no, no difería, no cambiaron tanto los contenidos de la formación.*

*J.- Fundamentalmente quién os daban clase*

*GE004.-Médicos y las prácticas las hacíamos en el Clínico, nada de Atención Primaria, todo dirigido al hospital, que era un macro hospital y nos pegábamos los estudiantes de medicina y de enfermería por hacer prácticas. Luego tuvimos también problemas con los ATS porque no querían enseñarnos, por que íbamos a tener más categoría que ellos, íbamos a cobrar más. Hubo ahí conflicto con lo cual las prácticas no fueron muy buenas tampoco.*

Este segundo informante lo corrobora aunque su formación es posterior, sus trabajos previos son en ambulatorios y zona rural.

*GE002.-Era diplomado con formación de ATS Esa es mi formación básica cuando terminé en el 83 en la Universidad de Zaragoza. Luego hice diversas acciones formativas dentro de lo que es la formación continuada, y con un objetivo muy claro entonces, que era conseguir puntos. Hacer cursos para conseguir puntos, para obtener plaza o hacer sustituciones, sin discriminar mucho el tipo de cursos que yo hacía. Hablamos de mediados de los años 80 en Zaragoza, eran cursos que recuerdo perfectamente con una orientación médica, orientación fundamentalmente médica, sobre técnicas de lo más variopintas y lo único que me interesaba a mi y a los compañeros entonces de promoción, era obtener los puntos para buscar la estabilidad laboral, puntos para presentarme a oposiciones.*

Como contraste más drástico en la formación, vemos el caso de la informante GE005 que ha ejercido la mayor parte de su vida laboral en el ambulatorio por problemas de compatibilidad de vida familiar y laboral y posteriormente se integra en el centro de salud desde el cual alcanza la jubilación. Pues bien, cursa estudios en 1963, con una formación orientada a prepararla para trabajar en el hospital y claramente dentro del paradigma racional tecnológico donde la formación como auxiliar del médico era fundamental, quedando bien patente con el hecho de que dentro de su enseñanza se incluye la mecanografía para pasar informes médicos.

*GE005.-Como asignaturas teníamos cuidados de enfermería que además se llamaba así, anatomía patológica, farmacología, contagiosos infecciosos, puericultura pediatría, y no recuerdo más En realidad eran técnicas de enfermería, porque primero íbamos a un laboratorio que tenía la Escuela, los dos primeros meses donde había los muñecos las camas, lo que era un matraz lo que era un... En primero solo pinchábamos intramusculares solo en vena hasta segundo no nos dejaban pinchar, aunque alguna siempre se encontraba con alguna mas y la dejaba pero.. Entonces hacíamos las prácticas de aseo personal en el laboratorio y una vez que cogíamos un poco de práctica imagínate tu todas en laboratorio, luego ya pasábamos a planta. Por las tardes teníamos todas las clases, pero en mi escuela fue la pionera que para aprender la farmacología y la piel y todo cada día que estábamos trabajando en el hospital teníamos que hacer una relación de los enfermos que teníamos a nuestro cargo que eran 8 ó 10 enfermos toda la medicación que le poníamos, todas la medicación que iba a tomar el enfermo durante el tiempo que iba a estar el enfermo ingresado durante todo el día y nos enseñaron a escribir a máquina, porque ellas veían que no solamente cuidar enfermos que muchas estaríamos en laboratorios en anatomía patológica y entonces el transcribir esos informes recaía sobre la labor de enfermería como así fue, a*

*mi me vino estupendamente y el hecho de escribir el tratamiento de todos los enfermos te venía a ti también para tomar contacto con los medicamentos ver un poco las dosis e ir memorizando Me acuerdo la primera guardia que hice en Gandárias que me pase la tarde levantando frasquitos para ver que era la penicilina porque no sabía que frasco, cosa que luego ya cogías soltura.*

Antes de continuar recogemos el testimonio sobre el papel que las ATS tenían en el proceso de formación en la Escuela de Logroño a principios de los años setenta. Su rol de monitoras, se limita casi exclusivamente a cuidar de las alumnas en régimen de internado. Posteriormente y al cabo de los años pasan a tener un papel mas activo llegando a ser profesoras de enfermería con “benia docendi” de la universidad. La dirección de la Escuela la ostentaba en principio un médico, no podía ejercer el cargo una enfermera. Paralelamente si existía el puesto de directora técnica que si era una enfermera. Al cabo del tiempo desaparece esa dificultad y durante años la directora es enfermera. La siguiente informante nos relata sus inicios como monitora de prácticas, en la quinta planta de la Residencia Claudio Coello Cuadrado, donde los alumnos hacían prácticas en los tres turnos incluido el turno de noches.

*J.- Bueno, pasas a la Escuela, te propone Sor M<sup>a</sup> Jesús, me dijiste que era.. GE016.-Sí, pero yo luego creo que en el momento, primero estaba Sor M<sup>a</sup> Jesús de jefa y Pilar Pascual de sub-jefa pero ya cuando modernizaron el centro y acabaron las obras yo creo que sor M<sup>a</sup> Jesús, no se si falleció o se fue a otro sitio, el caso es que se quedo Pilar Pascual de jefa de enfermería, o sea que cuando yo entre en la Escuela yo creo que ya estaba ella de jefa, tuve buena relación con ella y yo entre de monitora.*

*J.-¿Cuántas monitoras erais?*

*GE016.- Pues a ver, Begoña una, cuando entre yo cuatro o cinco, es que no recuerdo bien, estuvo M<sup>a</sup> Jesús, Bueyo, es que no me acuerdo bien*

*J.-Es igual, tampoco tiene mucha importancia, vamos a ver, empezaste a dar clase. ¿Cuándo?*

*GE016.-Empecé a dar clase mucho mas tarde. En ese momento era internado, mas que nada éramos guardadoras de esto y prácticas porque claro era un internado*

*J.-¿Cómo dirigíais las prácticas?.*

*GE016.-No me acuerdo muy bien, íbamos a las plantas con ellas, les adiestrábamos, las orientábamos. El tema de las prácticas era todo lo que podíamos hacer, pues eso todo que se podía hacer, teníamos salas de demostración.*

*J.-¿Dónde teníais la sala?*

*GE016.-En la quinta planta.*

*J.-En la quinta planta del San Millán, claro que el San Millán ya es historia.*

*GE016.-Si del San Millán y teníamos ahí una sala grande de demostración,*

*con muñecos y con eso hacíamos un poco y bueno también iban a las plantas que empezaban a ir ya, no se si el segundo trimestre de primero o el de tercero, no lo recuerdo muy bien, ¡ah! sí ya recuerdo, teníamos planta piloto estaba Nati Fernandez que falleció desgraciadamente. Nati estaba de monitora y llevaba la planta de urología, ella era la supervisora y monitora y teníamos otra planta piloto, o no ha habido cambio igual....Ella, estaba allí, llevaba la planta hacia de monitora y los alumnos estaban ahí y hacían noches*

*J.-Hacían noches ya.*

*GE016.- En esa planta sí, porque claro era una planta que en realidad era de la Escuela.*

*J.-Cuantas noches tenías mas o menos*

*GE016.-Durante el curso había treinta, treinta y tantas, no había mas, estamos hablando del año setenta y tres setenta y cuatro....*

*J.-El cambio de plan de estudios fue en el 77 y se aprobó aquí, yo tengo constancia del 78*

*GE016.-Yo cuando me presenté al curso de convalidación y fuimos las primeras, porque claro la escuela fue por los primeros ya estábamos en la Escuela nueva (Anexo fotos 32).*

*J.-Cuéntame como fue ese cambio, como reorganizasteis ahí, como fueron los planes de estudios, como los asumisteis, como os los pusieron.*

*GE016.-Bueno en esa época el tema fue que nos dijeron que dependíamos de la Universidad en Zaragoza, ya lo sabes, entonces nos dijeron que el director tenía que ser un doctor, entonces no nos quedo mas remedio que buscar profesores y claro las ilusiones de que fuera una enfermera para nada de momento y entonces yo me quede de directora técnica y se nombro a Juan Carlos Infante de director de la escuela, porque tenía el doctorado.*

*J.-El otorrino*

*GE016.-El otorrino, tenía el doctorado y además había sido profesor de la Universidad de Salamanca, no de Zaragoza, se que había estado de profesor. Entonces empezamos con él, tuvimos nuestros mas nuestros menos, pero dentro que era un hombre uhhhh, vamos a ver un poco dictatorial si quieres, también y moderno, entonces que conmigo se entendía bastante bien y con Begoña también y conseguimos una serie de cosas, que fue cuando empezamos a meter enfermeras en todas las clases*

*J.-Seguían estando internas las enfermeras.*

*GE016.- No, no ya no, cuando pasamos a la otra escuela ya no había, de hecho en el 2º piso había habitaciones hechas, pero no se utilizaron jamás, se cambió totalmente o sea aquello ya se cambio totalmente, se cambio el régimen*

*J.- Eso dio lugar a un cambio.*

*GE016.- A un cambio total y ya fue cuando empezamos a dar clases enfermeras, enfermeros y gente de fuera del hospital, ya empezó Mila Perucha, empezó Manolo Dulín o sea gente de fuera del hospital.*

A finales de los años setenta se cambian los planes de estudio y comienza la diplomatura de enfermería como Escuela adscrita a la Universidad de Zaragoza. Ya en la década de los noventa se adscribe a la joven Universidad de La Rioja (UR), esto reporta ciertos cambios en el profesorado, que aunque mayoritariamente siguen siendo médicos, logran a través de subterfugios introducir cierto número de enfermeras como docente en algunas de las asignaturas, dado que hasta el momento son los jefes de servicio quienes copan tradicionalmente las enseñanzas y existen resistencias a dejar dicha actividad. Este cambio se ve agilizado con el triunfo electoral del partido socialista en el año 1982. Con el nombramiento de Milagros Herrero como persona responsable de la coordinación de las Escuelas de Enfermería del Insalud, facilita la formación y actualización pedagógica de las docentes, culmina en el año 1990 el proceso de inversión de papeles logrando que las enfermeras piloten su propia formación, como nos relata la siguiente informante.

*J.-Cómo fue recibido el cambio ese de la Higiene, por la Salud Pública, por entrar un poco en materia de lo que yo quiero.*

*GE016.- Pues yo creo que muy bien, vamos yo por mi parte muy bien.*

*J.-Sí, pero ahí que pintasteis vosotras, teniendo en cuenta, como fue la historia de la convalidación o sea que tuvisteis que hacerlo vosotras primero, que probablemente para vosotras fue más duro que el resto*

*GE016.- Yo el día que llego la cita jajaja bueno yo al principio dije que no me presentaba, pero bueno me presente y aprobé. Pues yo por mi parte, que era la que me encargaba de eso además, bueno pues colabore lo que pude, o sea, se compraron bastantes libros, de eso si que me acuerdo, empecé a prepararme, a prepararme a estudiar, a estudiar más, para poder dar clases, por lo menos clases elementales a los alumnos y tenía bastante contacto con el centro de salud Joaquín Elizalde, bueno lo que fue el principio del centro de salud. De hecho, ellas también pasaban a por libros a la Escuela, entonces hubo una buena relación y si que lo que no recuerdo bien en que colaboramos, pero vamos en todo que nos pudieron.*

*J.-Yo me estoy refiriendo más. Es que yo llegué a firmar un acta de Ginecología y Obstetricia de Salud Pública, ¿cómo fue ese reparto?*

*GE016.-Ya, ya, ya, pues al principio hubo problemas.*

*J.-En que sentido.*

*GE016.-En el sentido que no se aceptaba, es que no lo recuerdo bien, pero...*

*J.-Que pintaban ahí los jefes de servicio*

*GE016.-Es que era como algo instituido, o sea cuando yo llegue allí eran los jefes de servicio los profesores y solamente cuando ellos mandaban a alguno,*

*pero siempre figuraban ellos, o sea ellos podían mandar algún adjunto, pero figuraban ellos, entonces por eso te digo que fue entonces cuando empezó a cambiar un poco, pero nos costo, nos costo bastante.*

*J.-Si les subíais las batas lógicamente, si estaban acostumbrados a eso jajaja. GE016.-Efectivamente, de acuerdo que estaba García Gago, imagínate que era el de Gine. Es que entonces no se podía poner enfermería delante, fue después cuando empezamos a poner enfermería Médico-quirúrgica y tal y cual, pero en esa época no nos lo aceptaban si no habías ido a la universidad tampoco.*

*J.-Además la universidad de Zaragoza que tenía serios problemas*

*GE016.-Es que la universidad no nos lo aceptaba, por eso quizás tu recuerdes el que hacíamos chanchullos*

*J.-Es que coloquialmente, a mí me habían dicho que las áreas de conocimiento se habían repartido entre los jefes de servicio.*

*GE016.-Si, si, sí, claro es que yo creo que por eso hacíamos chanchullos, para dar otras asignaturas.*

*J.-Qué os decía el plan.*

*GE016.-Efectivamente, porque el plan de estudios cambio mas tarde yo creo, o sea cambio, pero a nivel de la Universidad de Zaragoza no, o sea yo recuerdo que teníamos que mandar las actas con el nombre de lo que era la asignatura completa, no enfermería tal, o sea yo no recuerdo cuando conseguimos poner Enfermería Médico-Quirúrgica, eso ya no te lo puedo decir pero hasta entonces no eh.*

*J.-Eran las médicas.*

*GE016.-Claro la médica, la quirúrgica, es que ahí me falla un poco el recuerdo ¡eh!*

*J.-Eso fue después del año 80, porque recuerdo que fue la última promoción de ATS. Y recuerdo en esa fecha*

*GE016.-Si, fue después del año 80, así que casi sintiéndolo mucho.*

*J.- No, no si me estas diciendo, porque vuelvo a repetirte lo que yo busco es la subjetividad, las impresiones que todavía tienes de eso, que me confirmes.*

*GE016.-Las impresiones que yo tengo de toda aquella época es de peleas, de pelea y a veces de enfrentamientos.*

*J.-Pero enfrentamientos con quién.*

*GE016.-Con los médicos.*

*J.-Con los jefes de servicio.*

*GE016.-Y no tan jefes, que había quienes también se consideraban. Hubo uno que incluso me levanto la mano una vez y todo porque no le había pedido el salón de actos para un trabajo suyo, pues te lo pides tu y ¡me levanto la mano! y le dije ¡como me des te abro un expediente!.*

*J.-Que fuerte, es que parece mentira lo que hemos cambiado en este país, cuando esto sucedió, ¡esto fue anteayer eh!.*

GE016.- *Por eso te quiero decir que yo las he pasado un poco, y luego llego un momento que Madrid, bueno mis relaciones con Madrid no eran muy boyantes, yo iba mucho a Madrid a cursos. ¡Ah bueno, eso es lo que no te he contado!. Si que es cierto que en la época del Cambio en la dirección de **Madrid, estaba Milagros Herrero.***

J.-*Ya estaba Milagros Herrero desde el principio.*

GE016.-*Sí, entonces nos empezó a cargar todas las asignaturas menos la nuestra, de eso se encargó luego de este distrito Huesca y yo y ahí nos quedamos. Entonces iba mucho a Madrid, pero entonces se rodeo de todo gente joven, o sea toda la gente que nombró eran chicas jovencitas y yo no tenía.*

J.-*Entonces estamos hablando ya del año 82, de mas del 82 , porque claro Milagros era una mujer de partido.*

GE016.- *Si fue cuando ganaron las elecciones los del PSOE y era una mujer de partido, es que igual tengo un poco borrado, es que en aquella época anterior que tu me planteas yo creo que fue una lucha solitaria, o sea fue pues nosotras.*

J.- *Había gente en Madrid que coordinaba eso o no.*

GE016.- *No, no, fue luego cuando ya empezó este tema , cuando se cambio todo , empezamos con la asignatura de enfermería.*

J.- *Tu crees que el cambio político o sea influyó sobre enfermería.*

GE016.-*Yo creo que sí, a pesar de todo.*

J.-*No estoy entrando en cosas personales ahora.*

GE016.-*No en cosas personales no, a pesar de todo yo creo que incidió.*

J.- *Positiva o negativamente.*

GE016.-*Yo creo que positivamente eh!, mas que nada porque ya se consiguió a base de lucha cosas que no se habían conseguido de la otra manera , o sea porque había mas respaldo.*

J.-*El cambio a la democracia fue otra cosa que influyó, te parece.*

GE016.- *Yo creo que sí, creo que si, ten en cuenta que la época anterior era de muy parafernalia de figurar, hay mucha gente que le gusta figurar, programas en el salón de actos, o sea era una. Mira yo siempre recuerdo una anécdota que me llego al alma. Tu no conociste a San Baldomero claro, mira, era el director de INP, y como consecuencia era el jefe que mandaba en la Escuela yo era amiga de sus hijos. **No tiene nada que ver y un día que fueron él y su mujer a la entrega de diplomas, dice su mujer que todavía vive Isabelita, yo entonces era secretaria de estudios, qué secretaria tan estupenda tenemos,** yo dije señora que no soy nada suyo, es que me llego al alma, es como si fuera la escuela de su propiedad, bueno en cierta manera era, pero bueno es que me dejo, todavía me acuerdo, es que fue una impresión, me impactó la frase, que secretaria tan guapa o no se que bueno en fin, pues eso refleja un poco lo que era aquella época.*

J.-*El sistema como tenía era la posesión.*

GE016.-Exactamente y era de bienes y era de INP y luego ya sí cuando el cambio Madrid respondía, respaldaba, es que antes que Milagros hubo otra, no consigo recordar.

J.-Alguien de la UCD, cuando estaba el gobierno de la UCD.

GE016.- No lo se, puede ser y luego se marchó al extranjero creo, pero no consigo recordar el nombre.

J.-Carmen Cuesta no sería.

GE016.- No, a Carmen Cuesta también la conocí, pero no, no era ella, bueno que era una mujer muy válida, luego se marchó al extranjero, bueno es cuando empezamos con todos los cambios, que muchas veces teníamos que hacer como tu dices, pues cambiar una asignatura por otra, pues así es como empezamos hacer el cambio.

J.-A mí lo que me interesa es eso, la influencia del poder de determinados jefecillos.

GE016.-Sí, sí aquí la había, ya te lo digo que sí, con el detalle que te he comentado yo creo que ya casi se comenta todo no, lo que pasa es que cuando el cambio político también hubo otro cambio, con la llegada de la democracia y el cambio político mejoro la escuela en el sentido de que se aportaron cosas nuevas, pero también hubo una dictadura, Milagros era una dictadora, siento decirlo pero es la verdad, entonces y luego ya empezaron a pasar cosas a nivel personal que ella se enteraba de cosas, bueno yo tenía mucha mas alianza con la universidad, me parecía que era lo lógico y mi idea era que la escuela tenía que quedarse en universidad de todas, todas, desde el principio y ya fue pasando el tiempo, entonces yo me manifesté tal cual, y mis prioridades eran las universitarias y salud, bueno que era el que pagaba y quien dirigía era una señora desde Madrid, pero mira hasta que extremo llegaron, pues no se los espionajes que en cierta ocasión ese profesor que a mi me había levantado la mano dijo que una alumna le había pegado, o le había dado un cachete, entonces yo la inmediata fue llamar a la Universidad claro, antes de que se me abriera un expediente y al día siguiente a las ocho de la mañana, si esto había sido a la una del mediodía, yo había llamado a la Universidad, me habían dicho lo que tenía que hacer, a las ocho de la mañana en punto, que estaba yo en la puerta, me llamo ella por teléfono y me dijo qué pasa en la Escuela de Logroño que los profesores pegan a las alumnas, calcula, esto es horrible que me están espionando, bueno el tema es que mis prioridades eran esas la universitaria. Entonces yo entre a formar parte del consejo local universitario, la Escuela tenía participación igual que trabajo social (no se si te esta interesando lo que te estoy contando) pero bueno. Entonces yo iba al consejo local y ahí fue mi caída, porque ya me manifesté públicamente en la televisión o en la radio diciendo que mientras la Escuela no perteneciera a la Universidad seguiría siendo una porquería de Escuela y ahí fue mi jajaja.. mi caída.

*J.-Por algo parecido me echaron a mí también o sea que, yo con mejor suerte que tu, me tragaron después pero por una cosa parecida.  
GE016.-Pregúntame mejor tu, porque si no me voy por los cerros de Ubeda.*

En el siguiente capítulo de la creación de la especialidad de medicina de familia, hablaremos de la formación de los alumnos de enfermería fuera del hospital, ahora para mostrar la visión previa del contexto formativo, recogemos el testimonio de una enfermera formada en Logroño en la primera promoción de la Escuela de ATS de la Residencia Sanitaria Claudio Coello en el año 1971 al 1974, donde cuenta su ingreso con más de 17 años, dando un repaso general a la situación, circunstancias y normas de esa época de formación

*GE008.- Sí, hicimos un examen, yo empecé la Escuela en el año 71 y nos hicieron un examen, pues junio o julio, del 71 al 74.*

*J.- Dices que fue la primera promoción de la Escuela.*

*GE008.-Sí fue la primera promoción, todo fue casualidad tras casualidad, yo aquel año decidí que no seguía estudiando porque si no podía hacer medicina no me apetecía seguir estudiando.*

*J.-Tú hiciste 4º y reválida.*

*GE008.-Sí, 4º y reválida.*

*J.-Hiciste 5º y 6º o no llegaste hacerlo.*

*GE008.- No.*

*J.-Bien, no llegaste hacer, tenías mas de 17 años claro porque si no te dejan entrar, entonces entras en la escuela, cuanta gente entráis.*

*GE008.-16, al año siguiente se incorporó una y al año siguiente otras dos por curso.*

*J.-Que profesores teníais.*

*GE008.-Médicos, de la Residencia Sanitaria Antonio Coello Cuadrado que era como se llamaba entonces, para mi se sigue llamando la residencia, todos los nombres posteriores pues no.*

*J.-No me refiero a la Escuela.*

*GE008.-La Escuela vale, pues en aquella época nos daban, si intentó memorizar me acuerdo, nos daban microbiología, me va a costar, microbiología nos daba el doctor Gómez Soria, Fausto, anatomía nos la daba el doctor Álvarez, estoy hablando de primero, fisiología nos la daba el doctor Irigoyen, un abuelo muy majo, muy cariñoso pero muy malo, no me acuerdo de más.*

*J.- Bueno es igual tampoco.*

*GE008.- Luego nos dio, bueno es igual luego fue añadiéndose mas gente pero todo médicos.*

*J.-Quién era el director de la Escuela.*

*GE008.-Era una directora, Carmen o Lola, un año fue médico que vino en segundo, era una ginecóloga, la primera ginecóloga que hubo en Logroño, que no me acuerdo como se llamaba, el primer año fue una enfermera, el*

*segundo año fue una médico y el tercer año fue Maite, la que está ahora en el Elizalde.*

*J.-Bien te enteraste por una enfermera, es curioso porque generalmente no podía ser.*

*GE008.-Fue una enfermera, Marisol se llamaba que estuvo solo ese año con nosotras y que luego se marchó a Madrid.*

*J.-Y que más profesores teníais, o sea enfermeras teníais alguna monitora.*

*GE008.-Enfermeras teníamos una monitora que era la que nos enseñaba las prácticas que en este momento no me acuerdo como se llamaba y luego estaba Lola, la que era responsable de rayos, la mujer de.*

*J.-No sabes el apellido, bueno es igual tampoco importa.*

*GE008.-Estaba M<sup>a</sup> Jesús y Lola estuvieron de responsables y de instructoras, eran las que nos enseñaban las prácticas y todo lo demás.*

*J.-Cuando hacíais las prácticas.*

*GE008.-Pues teníamos prácticas toda la mañana, estuvimos el primer trimestre.*

*J.-La Escuela estaba arriba en el hospital.*

*GE008.-La Escuela estaba en la sexta planta del hospital y estábamos internas, estábamos con un internado terrorífico no podíamos dormir fuera de casa el primer año, luego ya con una autorización nos dejaban salir fuera, las prácticas eran por la mañana de 8 a 1 y luego por las tardes teníamos clase eso en primero, en segundo y en tercero fue cuando se abrió la planta de urología y llevamos urología las alumnas de segundo, la de tercero era la responsable y la de segundo era una auxiliar bien dotada.*

*J.-Bien, estás estudiando, fundamentalmente son médicos los que os dan clase.*

*GE008.-Siempre los médicos.*

*J.-Por tanto el contenido era médico.*

*GE008.-Sí, la teoría fundamentalmente era médica.....*

*J.- Ya tenías novio, podías tener novio mientras estabas haciendo enfermería, el reglamento ese.*

*GE008.-Vamos a ver, yo he tenido problemas muy gordos en la Escuela, uno de ellos fue por mi novio porque me invitó a tomar un café en el bar de la cafetería de la residencia y una de mis monitoras le pareció mal que mi novio me hiciera una caricia, me tocaba la cara así sin mas y esa fue mi segunda trasgresión.*

*J.-Por supuesto la uniformidad era fundamental, el ser una señorita.*

*GE008.-Pues desde que entre en la Escuela yo llevaba el pelo muy corto, te puedes imaginar con cofia, bueno pues mis faltas eran todas pues porque la cofia la llevaba caída, no el otro fue porque en un momento determinado hicieron una diferencia entre una compañera y otra y yo que en aquella época era muy justiciera pues le escribí en la hoja de día y en aquella época en las escuelas no se si vosotros lo habéis tenido, pero en los internados y en las*

*escuelas había una jefe de día que llevaba un diario de lo que había pasado durante el día y a mí que era muy justiciera y muy legal, no se me ocurrió otra cosa que ponerlo en la hoja del día y tuvieron una enganchada.*

*J.-Y esa la revisaba quien.*

*GE008.-La directora.*

*J.- Esas eran las dos directoras que había, o sea.*

*GE008.-Había tres.*

*J.-Había tres, o sea tres enfermeras monitoras no.*

*GE008.-Sí.*

*J.-Bien hay algunos en una planta tu ya pasas a trabajar al hospital, tienes que hacer algún tipo de prueba, te dan la plaza inmediatamente.*

*GE008.-No, en aquella época había tan poquita gente, de hecho yo empecé a trabajar el 28 de julio porque no me dejaron esperar al uno de agosto para empezar a trabajar porque no había gente, no había nada, ya sabías un poco, ten en cuenta que la residencia en aquella época era muy pequeñita, nos conocíamos todas, yo creo que de la primera promoción nos quedamos todas menos tres y entonces incluso antes de terminada la carrera.*

*J.-Bueno estábamos no se dónde ahora mismo.*

*GE008.- Pues me imagino que hablando de los viejos tiempos.*

*J.-Estábamos en la escuela, el parte, o sea el parte que habías hecho y estabas en la planta y yo te quería preguntar que te pedían o no te pedían para darte la plaza.*

*GE008.- No, en aquella época te recibían con los brazos abiertos, antes de terminar la carrera ya sabías.*

*J.-Antes de terminar la carrera ya sabías dónde querías trabajar como consecuencia de las prácticas y lo que te gustaba y tal.*

*GE008.-Luego tampoco se cumplía porque bueno yo pase a gine cuando en principio no supimos porque en las prácticas yo estuve ocho meses en prematuros porque la idea era que yo me quedara en prematuros lo que pasa es que llego alguien y se quedo, o sea que si que te daban un poco, pues tu te quedas aquí que puedes trabajar aunque luego a la hora de la verdad no quedase.*

*J.-Bien había alumnos con vosotros*

*GE008.-No.*

*J.-Las alumnas dónde hacían prácticas a parte de la urología.*

*GE008.-Las alumnas hacían prácticas en todo el hospital, lo que pasa que había una planta que era el segundo derecha que era urología que era un poco como la planta piloto.*

*J. -Y esa planta la controlaba la tutora, o sea las tutoras, os ponían las pilas para que vosotras.*

*GE008.-Lo hacíamos nosotras, otra cosa es que de forma legal ellas aparecieran como responsables, pero lo cierto es que en la planta no estaban,*

*hacías los turnos, hacías las tardes, o sea la planta la llevaban las alumnas completamente.*

*J.-Tu descubriste pronto o tarde, como fue tu vocación, o sea querías.  
GE008.-No a mí me hubiera gustado más medicina, me ha ido gustando mas a medida que he ido trabajando.*

Otra informante de la segunda promoción de la Escuela de Logroño nos relata su experiencia como estudiante, y hemos de resaltar el concepto que tiene del hecho hacer practicas, pues lo nomina como “el trabajar”, y la repercusión que esto tenía en la vida personal

*GE006.-Pues cuando hice el bachiller, el antiguo bachiller, me gustaban todas las asignaturas que eran de ciencias, biología y todo eso, todo lo del cuerpo humano y todas esas cosas y por eso*

*J.-Tenías algún familiar*

*GE006.-No, una tía segunda, una tía de mi marido que era la practicante de Casalarreina Dñª Tere*

*J.-Qué años tienes ahora?*

*GE006.- 52*

*J.-Empezaste a estudiar enfermería en el año, tú accediste con 4º y reválida?*

*GE006.-Yo tenía 4º y reválida pero como te exigían 17 años pues teníamos esto, empecé en el año 73, entonces del 73 al 76*

*J.- Tú sabías lo que era esto de la enfermería aparte de lo que te sonaba de tu tía practicante?*

*GE006.-Pues no, no mucho, hombre me imaginaba cómo era, un tío mío que estuvo enfermo en el hospital y vine a verle y vi la residencia por primera vez y vi un poco en la habitación que estaba y dije, pues tiene que ser un trabajo bien y por ahí me fui. El concepto que puedas tener pues el practicante que te viene a casa cuando eres niño que atiende a tu familia que ves un poco el trabajo que hace*

*J.-Dónde estudiaste aquí en Logroño, la 2ª promoción.*

*GE006.-La verdad es que cuando hice yo enfermería la formación teórica era menos y la formación práctica era más. **Entonces salías ya formada y te encargabas de una planta tú sola***

*J.-¿De alumnas llevabais alguna planta ya solas!*

*GE006.-Sí, se instauró cuando yo hice enfermería, la planta de urología era una planta piloto y era llevada solamente por una instructora de la escuela y por enfermeras de los tres cursos*

*J.- Teníais que estar internas*

*GE006.-Sí, mi formación fue interna y trabajando 7 horas*

*J.-Os permitían salir, tener novios, ¿cómo era eso?*

*GE006.-Sí teníamos novios, lo que pasa que las normas eran un poco estrictas porque el novio no podía pasar de la verja, había una hora de llamadas de teléfono, las normas eran un poco rancias, todavía guardo las*

*instrucciones y las normas de la escuela que son dignas de empapelar, levántate cuando venga el médico, ayúdale a poner la bata, no debes ir pintada (Anexo fotos 33, 34)*

*J.-Me interesaría mucho hacer una fotocopia, no me habló nadie de eso y es un documento que ya sabes que lo que no se recoge se olvida y no existe, está claro que la formación fundamentalmente era dirigida a ayudar al médico  
GE006.-Sí, si total, hacías la carrera por muy poco dinero, yo me acuerdo que se pagaba al mes no se si eran setecientos y pico pts. pero lo pagabas bien porque trabajabas 7 horas todos los días*

*J.- Trabajabais por la noche también*

*GE006.-Sí en cuanto se empezó a llevar la planta piloto de urología, de noches, además estábamos solas y estaba una alumna de 3º y una alumna de 1º haciendo la noche y no había ninguna enfermera*

*J.-Las monitoras de la escuela vivían también allí en el hospital*

*GE006.-Sí, era obligatorio para ellas vivir allí*

*J.-Por supuesto la uniformidad era obligatoria, qué uniformes llevabais aquí, no tendrás ninguno por casa?*

*GE006.-Pues no porque hizo mi madre delantales, era una bata de rayas gris y un delantal, una cofia, en la cofia llevabas tu distintivo que nada mas mirarte sabían de qué curso eras, era una raya verde en la cofia blanca, si llevabas una de 1º, si llevabas dos de 2º y si llevabas tres de 3º y hubo otra época que nos distinguían con unas placas en las que ponía Escuela de ATS de Logroño que eran como una placa de los que llevan los de la Coca Cola que lo llevabas en el delantal y que según el color que tuvieras eras de un curso o de otro, una amarilla, otra verde, otra azul y nada más que una persona te mirara sabían de qué curso eras, ya buscaré y si tengo alguno ya te lo traeré, por supuesto zuecos, medias, no uñas pintadas, no joyas*

*J.-¿Labios pintados y ojos?*

*GE006.-Discreto, ponían las normas, para mí fue una época preciosa de mi vida, sí porque como se vivía en la Escuela, había mucho compañerismo, mucha amistad, compartías todo*

*J.- Subías a Sto. Domingo ¿cuándo?*

*GE006.-Pues no subía mucho porque yo en esa época*

*J.-Porque no te dejaban*

*GE006.-No, no porque yo me había marchado de mi casa con 17 años y la sensación de libertad, vivir toda la vida en un pueblo, tenías que tener permiso de tus padres si te ibas de fin de semana fuera*

*J.- Luego ¿cuándo te casaste?*

*GE006.-Después, al año y medio de marcharme de la Escuela*

*J.-¿Tuviste que pedir permiso al marido para trabajar?*

*GE006.-No, para nada*

*J.-Estamos en la Escuela, una jornada normal de la Escuela ¿cómo era?*

*GE006.-Pues a las 7 de la mañana te despertaba la jefa de día, como no*

*estaba la Escuela de enfermería, la que hay hoy, estábamos en la 5ª planta del hospital San Millán y aquello era la escuela, la habitación era para todo, dormíamos en la misma habitación cuatro personas, donde había tres camas de hospital, dormíamos cuatro personas, una cruzada y además no había ni aulas ni nada, estudiábamos en la misma habitación, con la mesilla de enfermo; bueno pues te levantabas a las 7, desayunabas, también muy original lo de nuestra escuela, las jefas de día eran las responsables del curso, cada día era una alumna la jefa de día y era la que se encargaba de abrir la puerta y levantar a la gente y era la que daba las incidencias de todo lo que pasaba, si una estaba enferma, si se había tenido que marchar por alguna cosa, lo que fuera, se las daba a la jefa, a la supervisora, instructora se le llamaba y esa persona también se sentaba a comer con las instructoras ese día, se sentaban las instructoras, la jefa de la escuela, la jefa de día de 3º de 2º y de 1º y cada día era una del curso y al final del día hacías un parte con las incidencias que había habido de tu curso y luego ya si te bajabas a las plantas a trabajar, subías a la una y media o así, comíamos y a partir de las tres y media o las cuatro las clases hasta las ocho, hasta la hora de la cena, después cenabas, te daban un rato libre, estudiabas un rato hasta las 11 y a dormir*

*J.-¿Y la que estaba de noches?*

*GE006.-La que estaba de noches dormía por la mañana y luego se levantaba y se incorporaba a las tareas diarias, por la tarde la clase y todo, lo que pasa que cuando llevábamos la planta de urología no asistías a las clases esos días, el día que te tocaba de tarde*

*J.- ¿Se priorizaba la práctica?*

*GE006.-Es que como la planta esa la llevaba nada mas las alumnas pues igual era una vez, qué se yo, cada ocho días*

En la misma línea de formación hospitalocéntrica está la informante GE010 que años más tarde se incorpora a la gerencia como responsable de equipos de enfermería adjunta a la dirección de enfermería. Realiza sus estudios en la Escuela de ATS femeninos de Logroño que en ese momento esta adscrita a la Universidad de Zaragoza, y donde no existe ningún atisbo de formación dirigida hacia el terreno extrahospitalario, como bien nos confirma en su comentario:

*GE010.- No, no, la formación se hacía exclusivamente en el hospital San Millán*

*J.-Y no teníais ninguna referencia.*

*GE010.-Nada, ni de ambulatorios, de primaria de nada de nada, no sabíamos nada. De los médicos generales, de los practicantes no sabíais nada, yo me entere que existía el APD pues casi cuando fui a Primaria. (A la dirección de Primaria)*

*J.-Bien, falta ahí un referente importante, año 77-78.*

*GE010.-En el 78 acabo.*

*J.-En el 78 acabas, año que nació la Declaración de ALMA ATA importante para la atención primaria, año 77 los planes de estudios de enfermería en el año 77 ya empiezan los diplomados de enfermería ya se crea la carrera en ese momento, ya empiezas a trabajar cobrando*

*GE010.-A trabajar cobrando sí, bueno pues la verdad que acabamos en junio y en aquel momento hasta ese año, hasta el 78 todo enfermero que acabase en esta Escuela tenía trabajo en el hospital San Millán y a los tres meses tenía una plaza en propiedad.*

*J.-Por concurso abierto y permanente ¿no?*

*GE010.- Sí, en aquel momento había escasez de enfermería y entonces pues bueno al hospital gran favor que saliesen de repente 30 enfermeros*

*J.-No era mixto.*

*GE010.-No en aquel momento eran solo enfermeras, llego el 78 y curiosamente nos dijeron que sí que teníamos trabajo en aquel verano, pero que claro cuando acabase el verano no nos aseguraban a todas la continuidad, porque de ahora en adelante ya las cosas habían cambiado, había mas demanda, habían salido ya , yo soy la 5ª promoción, habían salido ya mas promociones, había ya mas enfermeras, se había cubierto ya la necesidad que tenían hasta entonces de plazas de enfermería pues nada nos aseguraron el veranos y después, empezamos a trabajar en verano, mucha gente se fue fuera, se fue a Vitoria, a Burgos dónde trabajaron los tres meses de verano y a los tres meses les dieron la plaza en propiedad, pero aquí no, yo acabe en el 78 y mi plaza la tengo el 24 de octubre del 80, tarde dos años y entonces era concurso-oposición, no concurso de méritos dónde solamente te valoraban el tiempo trabajado, la formación y lo que no me forme en la escuela, quiero decir en cuanto a inquietudes puntuales de decir pues hay un curso de cardiología, de neonatología de tal...*

Otra informante, formada en la misma Escuela de ATS de Logroño (**Anexo fotos 32,33,34,35**) nos muestra la percepción que las propias alumnas tenían sobre las prácticas de su formación, pues tiene la percepción de trabajadoras, no solo por el grado de responsabilidad que asumen sino también por las jornadas que soportan, por otra parte refleja muy bien como los cuidados básicos (higiene personal del enfermo, hacer camas, etc) no se entienden como labor propia de la enfermera, pues lo hacen con las auxiliares y la realización de técnicas las hacen las enfermeras

*J.- ¿Has dicho trabajado?*

*GE020.-Si la mentalidad nuestra ¿verdad? era esa hacíamos un horario de 8 a 3 como las enfermeras Si teníamos la sensación de estar trabajando, el trato que se tenía con la alumna en el hospital. Había una parte de la mañana en la cual tu te responsabilizabas tal cual de hacer las camas llegábamos y ayudábamos a las auxiliares a hacer las camas a lavar a los enfermos,*

*estábamos ahí al pie del cañón y luego cuando te toca ir con la enfermera por las habitaciones de visita, a lo mejor ya te trataban mas como alumna, te daban alguna pequeña explicación te dejaban manipular el enfermo o una herida podías coger alguna pequeña responsabilizado una pequeña parte pero habíamos pasado por una gran parte que era aseo del enfermo camas levantar etc. Luego situaciones como yo que me dejaron sola el primer trimestre de primero me dejaron sola llevando una consulta de tres especialistas, neurología, nefrología y me falta otra que no recuerdo, me dejaron sola con el archivo las historias y a pasar una consulta medica tal cual en primero de la Escuela. Las labores era de ayudantes del médico si, pero con una supercarga listado de gente citada había que buscar unas historias, había que preparar esos informes esas historias*

*J.- Volvamos a Arnedo, salio porque dijiste trabajar para referirte a las prácticas*

*GE020.-Si, toda una generación hablamos de trabajar, nos expresamos así, nos sale tal cual...éramos un puntal importante en el hospital para aquellas época; ya empezaron a entrar enfermeras para en aquellas épocas, ¡vaya que si trabajábamos!.*

Como contrapartida y en el mismo periodo, en los comienzos de los años ochenta, se dan formaciones distintas en el fondo y la forma, que confeccionan perfiles diferentes que indudablemente el tiempo y la formación postgrado va unificando. No tiene experiencia laboral en el ámbito hospitalario ni ambulatorio. Así la informante GE001 dice al respecto:

*GE001.- Yo había tenido una cierta formación No te voy a decir que total en la Escuela de Enfermería de Pamplona se me hablo... no le llamaban entonces Atención Primaria. Teníamos una asignatura que se llamaba Salud Pública y teníamos unas asignaturas que eran de enfermería, y ahí era donde se nos hablaba de los fundamentos de enfermería de las tendencias de enfermería y donde se nos hablaba entonces de. Y de hecho, teníamos que hacer planes de enfermería y hacíamos planes de cuidados.*

Las nuevas estrategias de abordaje de la actividad enfermera evolucionan y los análisis teóricos se ponen en practica. La atención integral, era uno de los objetivos que la docencia perseguía, de ahí la puesta en práctica de los planes de cuidados

*GE001.- Hasta entonces, que yo sepa no se hacían hasta que, bueno, pues las personas no se si las personas llevaban allí mucho tiempo en la Escuela, pero se nos intento tanto en la parte teórica como en la práctica, teníamos que llevar una serie de pacientes a cargo de los que teníamos en planta, y teníamos que hacer durante el tiempo de su ingreso teníamos que hacer el plan de cuidados y la evolución de su plan de cuidados y así se nos evaluaba.*

*Entonces, quiero decir, que de alguna manera aplicábamos la teoría a la práctica. En aquellas asignaturas que nos las daban enfermeras, y se nos hacía pues todas aquellas cosas que nosotros aprendíamos en las diferentes asignaturas lógicamente había que aplicarlas al paciente concreto. Se nos hacía hacer lo que era el PAE (Plan de Acción Enfermero) y el paciente asignado en la planta le hacíamos el PAE durante el tiempo que estuviera ingresado, esto fue un poco el comienzo*

*J.-Qué valores incluís en el PAE que tu lo relacionas con la Atención Primaria.*

*GE001.-Por eso te digo que yo creo que fue la semilla que ha ido surgiendo después con todo esto, por que nosotros teníamos que hacerlo todo por necesidades y bueno no llegábamos al diagnóstico de enfermería (Dde) pero nosotros teníamos que detectar las necesidades los riesgos*

*J.- Ponme un ejemplo del tipo de necesidades.*

*GE001.-Si nosotros veíamos las necesidades de hidratación alimentación respiración eliminación de...de eran quizás mucho más aquellas necesidades pero que siempre nos ha costado mucho más como las de tipo sexual o como las necesidades anímicas bien sea a nivel religioso. Estos a todo el mundo yo creo que todas las compañera que trabajamos en la EUE eran las que pasábamos más de soslayo porque era la que nos costaban más pero veíamos las necesidades que aquel paciente tenía disminuidas el factor de riesgo que tenía por la anulación de esa necesidad bien por la disminución y con eso establecíamos que acciones se evaluaban a medio o largo plazo.*

*J.-¿Año que?*

*GE001.-Esto era el año 81-83. En esa época tuvimos dos profesoras yo creo que tuve suerte en caer en esa Escuela para mi fueron en aquel momento unas personas totalmente de avanzadilla Enriqueta Pérez y Pilar Notivol.*

*J.-Hace un comentario sobre Pilar y Enriqueta que son viejas conocidas mías.*

*GE001.- De hecho te he traído, a nosotros en junio nos trajeron a la Escuela como uno de los temarios de la EUE una persona que se llamaba Rosse Polleti y entonces nos dio dos días ella nos impartió ciertas clases nos impartió un taller se llamaba los cuidados de enfermería actividad humana fundamental al servicio del hombre. De estos tengo en casa tengo alguno más ..Ya nos hablaban de los cuidados de enfermería o sea que en aquella época el año 82 era algo muy novedoso y que*

*J.- Pero novedoso con respecto a que, pues estás hablándome*

*GE001.-Novedoso me refiero a que no era la tendencia general yo tenía compañeras que estaban estudiando también en Pamplona en otras escuelas y de lo que nosotras dábamos a lo que ellas daban no tenían nada que ver, había una diferencia sobre toda nivel de los fundamentos y del cuidado de enfermería.*

*Nosotros teníamos unos asignaturas que se basaban en todos los fundamentos del cuidado y sin embargo en la EUE de Pamplona del provincial no tenían el contenido ni la asignatura.*

*J.- Por tanto esta claro que hay diversas formas de...por lo que dices*

*GE001.- Por lo menos yo lo he vivido así desde el comienzo como te digo Lo he vivido siempre de esa forma veo que hay diferentes tendencias y después si que es verdad que a la hora de desarrollar tu trabajo lo que has mamao de alguna manera lo*

*J.-Ves valores diferentes en la ...y eso condiciona el perfil y la forma de actuar..*

*GE001.-Otra por ejemplo después que tuvimos contacto ya en el 89 en Pamplona. Se llamaba mesa redonda el papel de la enfermera en Atención primaria, ahí ya llamaban atención primaria Era de Joon Clark. Bueno pues era americana creo.*

Con la reforma del plan de estudios de 1977, en la Escuela de ATS de Logroño comienza la formación sobre contenidos de Salud Pública dentro del currículo formativo de los alumnos y se inician en el centro de salud piloto de La Estrella, las primeras externalizaciones de las practicas hospitalarias como bien nos describe el siguiente informante. Cambian las condiciones de prácticas y son los propios residentes de familia los que hacen de referente y tutores de los alumnos enfermeros:

*J.-Empiezas en la Escuela estás de que año a que año.*

*GE009.-Del 81 al 84, Septiembre del 81.*

*J.-Desde la Escuela en ese momento palpáis los alumnos, transmiten los profesores los cambios que se están dando en la enfermería y en la enfermería comunitaria.*

*GE009.-No, desgraciadamente no, primero por lo que te he contado de que*

*J.-Los profesores me decías que seguían siendo.*

*GE009.-Mayoritariamente, yo creo recordar que teníamos tres monitoras porque era otra elección que nunca entendí, monitoras que nos daban talleres mas prácticos, mas de cómo hacer la cama y como doblar o vendar, o mas bien de cómo recoger las vendas, como hacer los muñecos. Sí, esas fueron nuestras prácticas, como hacer un pinchazo, una administración endovenosa, o intramuscular o sea todo ese arsenal de técnicas.*

*J.-Había distinción entre los hombres y las mujeres.*

*GE009.-Yo creo que no la palpé, la verdad que era una escuela médica donde había, he de reconocer que había algunos baluartes enfermeros calcula que la perspectiva de un alumno es distinta a la que ahora puedes tener, incluso hasta puede ser equivocada, creo que entonces no se llama subdirectora, creo que era la responsable Maite y Begoña hacían un papel, pero era un papel mas de ayuda.*

*J.-Había un director médico.*

GE009.-Claro, en aquel momento yo conocí a dos, se sucedieron el doctor Infante y el doctor Dulín, pero ellos eran figuras ornamentales a nivel administrativo tenían muy poquito que decir, veías que todavía había un patronato y que se juntaban y dirían que tenía que ser la formación de las enfermeras, pero el papel en ese momento de la enfermera era totalmente discreto, se dedicaban a las prácticas y a las técnicas y yo tuve el honor de recibir formación de fundamentos de enfermería de una indocumentada entonces no se como será ahora que es la actual directora de la escuela de enfermería, yo no recuerdo nada de esa formación, me sorprende porque los alumnos que ahora compartimos creo que se hacen las mismas preguntas que yo me hacía entonces pero estamos hablando de cuando empezó a enredarse lo que eran teorías de enfermería, el papel de la enfermera como profesional autónomo, aquello nos transmitió lo que veíamos en frente eran ATS, buenas técnicas, en muchas ocasiones magníficos técnicos, pero sin ningún ánimo de rebelión de masas, al contrario eran ayudantes con mejor o peor crédito de los médicos que era un cuerpo, siempre recordare esas frases que se te quedan marcadas porque eres alumno porque eres muy virgen no, mis primeras prácticas fueron en cirugía en primer curso en el año 81, yo creo que fueron incluso, compartíamos, teníamos prácticas desde el primer día, hacíamos unas prácticas muy intensas de ocho de la mañana a ocho de la tarde casi todos los días y las mañanas siempre se dedicaban a la práctica y siempre recordaré.

J.- Las clases eran por la tarde.

GE009.-Eran clases por la tarde, o quizá desde la una, quizá teníamos de una a tres, o de una a dos y luego volvíamos a las cuatro, pero yo ya estaba, es algo que no he dejado en mi historieta anterior marcado, ese mismo año que yo empecé en el geriátrico como auxiliar de enfermería y en septiembre, octubre en la universidad porque ya éramos un centro adscrito a la universidad de Zaragoza empecé a trabajar el uno de octubre como responsable con 18 años poco mas junto con una trabajadora social, pero el responsable último final era yo en la residencia de deficientes mentales que tenía el centro Los Angeles en Logroño, es decir yo de lunes a viernes dormía y vivía con veinte deficientes mentales de distintas edades, más acudía a las clases, más acudía a las prácticas y entre 6 y 8 la empresa me permitió que fuera mi hermano quien se hiciera cargo de esas dos horas junto con la trabajadora social que me acompañaba hasta mitad de la tarde, pero a partir de ese momento era yo quien se quedaba, ahora me pongo en el pellejo y digo como con 19 años y así estuve hasta que termine la carrera e incluso hasta un año mas tarde que es lo que tarde en irme a la mili.

J.- En la formación ya dabais salud pública vosotros.

GE009.-Sí, pero era una salud pública que daba un preventivista.

J.-Estaba dentro del área de la ginecología también.

GE009.-No, en nuestro caso estaba separada.

J.- El otro día me hice con un plan de estudios de la época, yo firmé durante años hasta el 95, yo firme un acta de ginecología.

GE009.-Tienes razón, nosotros no se, porque luego a nivel administrativo no se como lo separaban, pero nos dieron dos salubristas, uno Javier Gost, que luego fue Consejero al poquito tiempo, si te soy sincero no se de que me hablaba, ellos creo que habían hecho su primera experiencia ya entonces, o no habían ido a Cuba, porque Javier yo no se si llegó a ir, pero estaban sus dos compañeros Félix.

J.-Ninguno fue a Cuba, miento fue Félix a un curso de cinco días, es que es alucinante, como los cubanitos, es curioso la técnica del rumor como se ha hecho, es que Félix con mucho sentido del humor pues lo que hacía, es curioso como mucha gente me dice: oye tu que estuviste en Cuba y tal donde crees que debo ir que voy a ir a un viaje yo ahora y el otro día con gran mofa dice es que nunca estuve en Cuba. Mira Félix estuvo un curso de una semana, cinco días que hice un curso yo también hace unos cuantos años, es curioso porque cuando le hacían el pasillo, pues a veces entraba con la boina dispuesto a pasar como si fuera el Che porque claro tiene mucha correa.

GE009.-Pues mira si no me lo hubieras aclarado yo siempre pensé porque vino como una ola la revolución de esa salud pública nueva, que yo no recuerdo lo que me transmitió Javier Gost, la verdad es que tengo ahí una laguna importante, que había cambios en el sistema pero claro yo creo que esa figura estelar que ahora reconocemos independiente de la enfermería yo no la vi allí presente.

J.- Términos de higiene y salud pública.

GE009.-Sí, sí, ya se empezaba, vamos yo creo que esa doctrina de cuidados de la población de prevención.

J.-El curso de convalidación os sonó a vosotros de algo, tú lo hiciste ya lo se.

GE009.-No, yo lo hice pues por la temeridad.

J.- Las monitoras que tenáis se supone que ya lo habían hecho en esa época no.

GE009.-Presumo que sí, porque ya.

J.-Tú las viste contaminadas.

GE009.-Por lo menos si las vi iban bien envueltas porque no me pasaron nada, yo oía hablar a la gente pues que había pasado del sufrimiento, algunas las mas avezadas de la novedad de lo que suponía hablar de fundamentos de teorías de salud pública, pero yo les decía que fuerte, que difícil después de tantos años, o que coladero para poder sacar un título que me permitía seguir trabajando, 25 años mas tarde ese han convocado los últimos cursos de liberación.

J.-Veías rechazo de los alumnos diplomados de enfermería por parte de los ATS.

GE009.-No, yo creo que la percepción que yo tenía, los alumnos hemos ido, depende del servicio y de la suerte que tuvieras **pues han sido invisibles** en

*muchas ocasiones o en algunas especialmente en la atención especializada yo creo que mayoritariamente éramos gente invisible, hasta que empezabas a ser válido, me explico, si lo que entrañaba era que necesitabas de tiempo para enseñarte, niño no molestes, sin embargo cuando ya empezabas a ser una mano de obra mas o menos cualificada pues empezaban, bueno pues mira que niño, que agradecido, pasa a tomar café guapín que nos han traído pasteles, si pues la situación era, no se si ha cambiado mucho yo a veces desgraciadamente tengo sensaciones que me recuerdan como me trataban a mí o que tenías que estar siempre regateando y haciéndote presente para aprender cosas, oye me puedes enseñar, me puedes dejar.*

*J.- Es como estar de prestado ahí.*

*GE009.-Totalmente, yo tengo recuerdos, algunos de muy buenos profesionales pero muchos de mis compañeros de tercero que me enseñaban cosas, que ellos no se como habían aprendido.*

*J.-Había una planta, una unidad piloto de alumnos.*

*GE009.-Había una unidad exquisita de alumnos que yo tuve la fortuna de caer y que dejo una huella muy importante, coincidió en ese momento, yo pedía ampliaciones de dos módulos, ya digo que hacíamos creo que eran cuatro o tres módulos prácticos a lo largo de cada curso y yo en segundo curso y en tercero pedí quedarme solo en dos servicios, yo quería salir del Hospital San Millán, debió ser muy cerebral desde pequeñito, pero yo dije que aquello no me gustaba.*

*J.-No había en el hospital San Millán me contaba alguna antigua una unidad que era urología que estaba dirigida por alumnos exclusivamente.*

*GE009.-Quizá un poquito antes, cuando yo estaba siempre había profesionales.*

*J.-Estaban los servicios jerarquizados, había supervisoras.*

*GE009.-Totalmente, ya estaban los turnos mas o menos controlados sí, me contaban como antes los veranos se quedaban los alumnos al cargo de plantas pero yo ya no lo viví, en mi experiencia la única unidad de la cual hablaremos exclusiva de alumnos, porque todos éramos alumnos fue la unidad piloto fue la unidad familiar y comunitaria en la que estuve, te decía que en tercero yo me decante seis meses o lo que eran dos módulos completos no los raquíuticos de ahora, estuve en esta unidad en la Estrella y seis meses estuve en geriatría, luego ya me quedé.*

*J.-Cuéntame como llegas ahí a esa unidad, porque llegas a esa unidad, puesto que me dices que os daba clase Javier Gost.*

*GE009.-Yo nunca hable con él.*

*J.-Como llegaste allí.*

*GE009.-Pues yo creo que también por azar, no se si recuerdo ahora si lo llegue a solicitar o quizá sí, no había demasiadas posibilidades porque éramos dos alumnos de enfermería que íbamos a convivir con dos alumnos de trabajo social y creo que eran cuatro médicos en formación, médicos de*

familia, serían de tercer curso, yo creo que estaban ya en el final de su formación y eran un poco, pues bueno los mas de los mas.

J.- Estamos hablando del 80 y.

GE009.-Eso tuvo que ser 83, finales del 83 principios del 84 y además recuerdo que estaba Marina, estaba José Luis, estaba Fernando y había un cuarto que compartía formación con nosotros, creo que era Fernando también pero que estaba mas en el barrio de Varea, José Luis, Marina no lo recordaré se que pasó a Asturias después, aprobó creo que allí alguna plaza y Fernando que era una persona que dejó mucha huella tampoco recuerdo.

J.- Hablas de médicos de familia.

GE009.-Sí, para nosotros fueron los que realmente ejemplarizaron ese nuevo modelo de atención y que nos enseñaron.

J.-Tú sabes su formación quien la llevaba, de donde adquirieron ellos, de donde mamaban ellos puesto que tutores no había.

GE009.-No, no, pues no lo se si eran autodidactas, presumo que no, o a lo mejor sí, nunca les vi tampoco despachar con nadie, al contrario cuando hacíamos las sesiones, porque era algo reglamentario y que además nos hacía mucha ilusión a todos, calcula que es llegar de alumno a un paraíso donde tu voz tiene resonancia, donde tus propuestas tienen acogida y donde la población es enormemente cercana y enormemente agradecida y esto cuando te comes el mundo con esos años y cuando ves que con el mismo ritmo, la misma intensidad los que están de otras disciplinas se lo comen contigo, vamos eso es que retro alimenta como nunca lo hubiera imaginado, haces un juego de médicos o haces un juego de enfermeros, o haces un juego de trabajadores sociales cuando todavía te tomas muchas mas responsabilidades de las que yo había vivenciado en un hospital que eras un mandado, siempre eras un mandado y aquí no, aquí pones en escena lo que sería llegar a la población, hacer intervenciones con la población, visitarlos en sus casas, citarlos para que te vengan a ti, bueno teníamos allí bueno pues calculas el Hospital de San Pedro de hace veinticinco años, remozado, teníamos tres habitaciones, una que hacía de archivo, una despensita, otro archivo que sería pequeño y para ya de contar, pero tenías tu puerta, tu autonomía, tenías tu letrero que ponía enfermería, tenías al lado la figura del trabajador social y en frente los médicos, te ibas con ellos de paseo, léase hacer las visitas a domicilio, de planificar para controlarle, porque ya teníamos programada la obesidad, teníamos controlada la diabetes, teníamos controlada la hipertensión yo recuerdo todavía hoy.

J.-De dónde había salido eso.

GE009.-Pues no lo se, me imagino del instinto de esta gente, porque ellos llevaban mas tiempo de andadura, ellos ya habían tenido esta experiencia creo, llevaba ya como un año abierto ese centro creo, o sea tenían ya un rodaje y lo que hicieron fue contagiarnos a nosotros.

J.-Cuando terminemos hablamos...es alucinante.

GE009.-A sí, no lo conozco, ni nunca les pregunté además, pero fue como ver la luz en cuanto, yo lo que mas reconozco es la autonomía que podías tener, como podías llegar directamente al profesional, perdón el profesional..

J.- Cuéntame como era un poco la vida normal allí, entrabais a que hora, salíais ..

GE009.-Bueno, yo creo que era un horario parecido al de ahora, serían mas o menos las ocho cuando llegabas.

J.- Eras consciente de que la población que teníais adscrita era de unos médicos de cupo de la seguridad social que estaba prestada.

GE009.-Sí, yo eso me entere un poquito mas tarde, en aquel entonces no te preguntas esas cosas.

J.-Ves como esta montado y no te preguntas.

GE009.-Claro, montado, rodado, sabíamos lo único que éramos todo alumnos, pero claro no es lo mismo un alumno, alumno, que un médico que había cursado sus seis años y además estaba en formación por aquello.

J.-Ya tienen autoridad.

GE009.-Eso, ya tienen autoridad y además una capacidad, nosotros cada vez no se, cada vez que tenías que tomar una determinación mayor decías oye esto quien nos respalda o quien nos acoge, pero la verdad es que ese clima, el clima que yo viví allí a nivel personal y a nivel profesional, si no me hubieras invitado a esta charla lo hubiera tenido yo clausurado otros dos siglos eh, que es lo que pienso vivir, jo fueron unas experiencias emocionantísimas de autonomía, de reconocimiento, de ver como lo que invertías revertía en la población, de recoger mieles de la propia población, bueno aquello fue fantástico.

J.- Porque no tienes un espejo y no te ves la cara Javier, pero transmites con la cara esa ilusión, que es curioso que casi toda la gente del inicio tiene la misma sensación.

GE009.-Yo lo viví. si me dijeran describe, no me puedo acordar de detalle, pero me estoy viendo, entrabas a las ocho, hacías pues posiblemente una toma de contacto con los compañeros, te planificabas que avisos, porque también se recibían avisos de domicilios y quien iba a ir a verlos, si tu, la compañera, si eran cosas a lo mejor planificadas, alguna cura, que también nos dedicábamos a ello, tenías pues lo que sería una consulta convencional o había que administrar algo en domicilio o había alguna de esas visitas concertadas que habías tenido, pues para hacer valoraciones, porque yo creo recordar que teníamos algunos instrumentos, que no se quien los había agenciado o si nosotros mismos, hacer valoraciones no solo de las constantes.

J.-La Escuela no.

GE009.-No, la Escuela no, la Escuela yo creo que desgraciadamente vivía muy de espaldas a esa unidad, que solo la catamos unos pocos porque nadie puso problemas para que yo me quedara un trimestre mas, es decir, no se si porque caía bien en la estructura o porque realmente el rendimiento era

*bueno y no me habían echado o porque no había gran demanda, yo recuerdo que han sido mis dos únicas experiencias que duplique a nivel clínico y que bueno lo hice encantado.*

*J.- Estabais, ibais a los domicilios o sea.*

*GE009.-Íbamos a los domicilios, hacíamos nuestros avios, veías gente en la consulta que venían, pues esos programas, siempre recordare porque además yo era ya muy ...*

*J.-Cuando ibais a los domicilios tenáis la referencia aunque solo sea en mente de tu infancia de la figura del practicante que iba a tu casa y esas cosas.*

*GE009.-Sí, la tenías, la forma de recibirte la gente.*

*J.- Te lo hacía ver la gente, eso que te ponen el platito.*

*GE009.-Eso es, te seguían tratando cuando te veían un imberbe prácticamente y te seguían tratando con una calidad humana tremenda, todo servía todo valía y era gente muy, muy agradecida, ah claro yo estoy pensando en ese año hicimos un estudio sobre la obesidad en el barrio de la Estrella que yo presente en el acto de clausura, espera, espera, ahora me están viniendo, en el acto de clausura, en el acto de graduación de nuestra promoción delante de todas las familias y de las autoridades yo presente algo que habíamos hecho, que era estudio sobre la obesidad y que Dios mío donde podrá estar porque en aquel momento yo tenía.*

*J.- Sería interesante que recogieras eso.*

*GE009.-Pues eso no se donde, posiblemente ya haya desaparecido porque claro mi madre se mudo muchos años mas tarde, pero yo me acuerdo además hasta como lo documenté porque yo tenía vínculos con la aviación y me fui hacer unas fotos aéreas del barrio de la Estrella en aquella época, para ubicar, para que vieran la superficie, el espacio donde nosotros habíamos trabajado, fue una presentación preciosa, yo con mi primera corbata y mi primer traje presenté, algunas veces con los alumnos hemos añorado mucho esos actos de graduación, el trabajo que estimaban mejor, ese trabajo ya no se para que asignatura lo hice, me suena porque la elección la hicieron ellos, yo había hecho ya una primera aproximación y luego seleccionaron el trabajo para que yo diera lectura.*

*J.- Los profesores, los alumnos.*

*GE009.-Los profesores de la Escuela.*

*J.- Pero ese trabajo fue hecho en consonancia y concordancia.*

*GE009.-Fue hecho aquí en la Escuela y con la filosofía de la Escuela, de la unidad piloto.*

*J.-Y entonces la escuela como sabe de eso, porque tu lo presentas.*

*GE009.-No, porque posiblemente en salud pública quizá nos pidieran hacer algún trabajo, es lo único que me cabe duda, pero discúlpame esta laguna no se exactamente, fue un trabajo, además era de (epidemiología).*

*J.- Me gustaría que.*

GE009.-Y además me acuerdo el título, la obesidad en el barrio de la Estrella, presentado y además lo tengo como galardón, porque fue mi primer premio por decirlo así, me habían seleccionado ese trabajo.

J.- Es que es curioso no presentar este tipo de trabajo en la tesis no, pero si este tipo de documentación, o sea tecnográfica aunque solo sea por poner una foto de la portada, porque parece algo muy interesante, el primer estudio sobre la obesidad.

GE009.-Además me acuerdo perfectamente de las primeras fotos de la población, que siempre he sido muy fotero, de cuando venían a tomarse el peso, ah, unas encuestas dietéticas que no se donde diablos me sacaría , donde estaba la gente

J.- Eso lo hicisteis en esas reuniones que dices que teníais.

GE009.-Yo creo que sí, que ellos me ayudarían o me invitarían a seguir con el proyecto, presumo que sería un proyecto individual que a lo mejor estaba relacionado con esa asignatura de salud pública, quiero pensar eh, pero ni tutorizado, ni nada que se le parezca eh, es decir ahí estas, yo la verdad que si ya era un poco despierto, ahora es cuando no lo soy y me acuerdo perfectamente que citaba a la gente en la consulta, algunos que no podían venir y les hacía un análisis dietético de todo lo que habían ingerido el día anterior, desde poner el pie en el suelo y pormemorizaba y luego me iba a una tabla estoy viendo ahora, vamos fotográfico y veía unas tablas donde una manzana de tamaño mediano tenía 15 kilo calorías y 6 proteínas, tremendo y fue un trabajo muy bonito, dónde estará, me encantaría a lo mejor en la Escuela.

J.- Me encantaría poder tocarlo no, pero a lo que voy, en ese momento en el barrio de la Estrella donde trabajabais me consta que hicieron algún diagnóstico de salud, formaría parte también, esa ola ayudaría que buscando la mortalidad de la zona.

GE009.-Pues es posible que sí, yo no se, porque es un trabajo que compartí, a pesar de ser individual lo compartí y ya recuerdo, a ver factores de riesgo, cosas que las enfermeras amateur que éramos entonces, aspirantes a enfermeras hacíamos.

J.- No había por allí ningún practicante de zona de la seguridad social, no había nada, enfermeras de ambulatorio de las de recetas tampoco.

GE009.-No había nada, yo quiero recordar que alguien, un médico de familia, bueno un médico general que luego lo he visto por ahí que todavía no esta jubilado venía a reunirse con estos, Fernando, uno alto, espigado con gafas y que creo que era el titular del barrio de la Estrella.

J.- No recuerdo ahora mismo el nombre, se acaba de jubilar.

GE009.-Sí mas o menos le corresponderá porque era una persona joven que les veía despachar con éstos.

J.- Es el que les dejaba las recetas, algún sello.

GE009.-Eso es y despachaba con ellos de vez en cuando.

J.-A cambio le hacías las vacaciones.

GE009.-Sí eso se llaman contraprestaciones, pero.

J.-El inicio de la familia aquí ha sido también.

GE009.-Anecdótico, aquello era artesanía pura, pero era tener un filing tremendo entre el equipo, era tener muy clarito lo que tenías que hacer e ilusionarte cada vez.

J.- Esta claro que no se quería hacer lo que seguían los ambulatorios.

GE009.-No, no, no tenía nada que ver, la cercanía, los reconocimientos, participábamos todos, por ejemplo.

J.- Tú conocías el ambulatorio.

GE009.-No, yo el mundo de lo que no era hospitalario o el paso por residencia que era lo mas parecido en lo que yo estuve anteriormente el resto conocía, yo había estado en servicios muy, eso creo que fue lo que me motivó a salir del hospital San Millán, por Dios sáquenme de aquí que yo no quiero trabajar en esto, si esto es así me borro, acabé en el hospital de La Rioja.

J.- Porque lo veías como, o sea.

GE009.-Pues porque éramos técnicos malhumorados en el mejor de los casos, estábamos supeditados absolutamente.

J.-Estaba claro que el paradigma racional tecnológico era

GE009.-Vamos la base.

J.- Y el médico era fundamental.

GE009.-No he acabado antes de contarte la anécdota pero el médico hasta la sumisión absoluta, que viene, que viene, esta fue una frase que yo escuche en primer curso, al final de primer curso en el servicio de cirugía, que viene , que viene, quien y estaba allí como formado el ejército de salvación capitaneado por una supervisora enormemente voluminosa con la bata del jefe, porque venía el jefe a pasar visita, palabrita del niño Jesús y el doctor Lebreros que todavía debe de seguir.

J.-O sea que el venía, llegaba y tenía .

GE009.-Sí , la supervisora le ponía la bata, cabal y estamos hablando de algo que todavía no ha hecho 25 años, bueno aún hace 25 años de mi formación primer, eso fue en el año 81, pues acabábamos de cumplir 25 o 26 años, entonces hay cosas que no, yo no podía estar como alumno llevando vasitos de agua para probar tolerancia que es lo único que me permitían hacer en mis primeras fases.

J.- Eso era antes o después de Varea.

GE009.-Todo antes, todo antes, yo acabé mi formación con Varea y con geriatría del hospital con lo cual claro yo salí huyendo de esa forma de entender la enfermería.

J.-Probaste las misiones de otra manera y entonces claro.

GE009.-Y ya digo si yo no hubiera tenido la tentación que tuve en geriatría por el clima humano y porque creo que las personas mayores me engancharon, yo creo que hubiera sido con ese modelo, a lo mejor, me

*hubiera desencantado si hubiera ido a otro sitio y hubiera visto que eran ambulatorios y lo que yo había mamado era una nueva forma de hacer las cosas no, preventivistas no, cuando hablabas de prevención, cuando dabas clases, ah dimos varias charlas los alumnos dábamos charlas a la gente las convocábamos en el hogar, que era aquello, un hogar de san Pio X, me parece que era de la iglesia y reuníamos allí para hablarles de hipertensión o de que diablos les hablaríamos, yo recuerdo que por lo menos dos charlas, yo creo que debuté ahí con este arsenal.*

*J.- La dabais solos, las dabais con los médicos.*

*GE009.-Yo creo que íbamos todos en cuadrilla, pero nuestra parcela era nuestra parcela eh, creo que allí dos por lo menos recuerdo, recuerdo físicamente de ver la sala en unos bajos de lo que eran los edificios de Pío X y yo creo que coincidíamos, sí posiblemente con estos residentes que luego hacían guardias ellos también en el San Millán, hacían puertas no, peor el clima llegaba a tener comidas de confraternización en casa por ejemplo de Fernando, Fernando era para mí un tipo excelente, vivía.*

*J.- Fernando era un médico de familia.*

*GE009.-Fernando era un médico de familia que luego dejó, no dejó la medicina pero se fue a un molino, a lo mas profundo de Galicia y era pues médico, aparcerero de una batería de valles, era santanderino y aquel muchacho me marco, porque ir a su casa era trasladarte al mundo de lo idílico, vivían de lo que cultivaban, todo productos naturales, su mujer tejía, él iba en bicicleta, cuando hijo de no se quien y médico de no se quien, estaba como mal visto, ahora todavía te miran de soslayo pues imagínate hace 25 años.*

*J.- O sea que la atención primaria tu la veías como una forma de romper con todo lo establecido*

*GE009.-No tenía nada que ver, si aquello era la atención primaria que decían que estaba a florando, vamos bienaventurado.*

*J.- Y la fama esa de los cubanitos no existía todavía.*

*GE009.-No, yo no lo escuché, lo escuché quizá a posteriori, la filosofía la nueva forma de hacer que bueno, que se traían de ese hacinamiento que había.*

*J.-Alma Ata*

*GE009.-No, no ni me sonaba, ni me contaron, yo ya digo tengo un a memoria selectiva pero hay cosas, ahora por ejemplo están viniéndome cosas a colación pero yo no recuerdo fundamentación de ese cambio yo no lo recuerdo, si me lo dijeron pues mira lo he olvidado, lo que recuerdo y cada vez tengo mas fresco es la forma de actuar, la forma de hacer que teníamos aquel equipo, que era un equipo ya digo totalmente amateur, quizá pues ahí están no se las grandezas no, cuando te ponías como reto el hacer cosas y hacerlas además bien, recuerdo unos posters que hice sobre formas de actuar y sobre prevención, manuscritos con el rotulador y que tenía puestos*

*justamente de la silla de la mesa que había en esa sala, en esa sala alicatada como todo el hospital San Pedro y había unos circuitos y yo dibujaba pues alimentos y dibujaba controles y al lado ponía , para que cuando viniera alguien y yo tratara de explicarle que pudiera seguirle pues es un poquito como las medidas.*

*J.-Como un elemento de apoyo a ..,*

*GE009.- Sí como las medidas medievales, mira te voy hacer la plegaria pero sería bueno que entraras , no se muchas cosas que ahora ya digo no puedo.*

*J.- Cuando las hacíais en vuestro tiempo libre*

*GE009.-No, bueno eso sí, a lo largo de la jornada o en tu casa, era un trabajo que te imponías tu mismo, esa era la diferencia todo lo que hacías te lo ibas marcando, sería bueno, o en la reuniones que hacíamos a final de la mañana sobre pacientes en concreto.*

*J.- Al final de la mañana hacíais una sesión,*

*GE009.-Sí, Una sesioncilla, yo digo que casi todos los días eh, casi estaba metida en nuestro cronograma y ahí te organizabas no solamente lo del día siguiente, también cosas o peticiones que había de pacientes.*

*J.-La imagen de la bata desapareció en ese momento*

*GE009.-Sí , era una bata que se ponían.*

*J.-Me refiero a lo que decías antes*

*GE009.-No bueno, **llegó creo que eso fue el primer chance, el tuteo, el respeto mutuo que te podías tener, ellos estarían mucho mas en condiciones de ser mucho mas sobresaliente que nosotros***

*J.-Ellos te refieres a los médicos.*

*GE009.-A los médicos, **que eran un poquito los líderes de esos equipos pero teníamos un entronque eso pues claro siendo alumnos y eso claro te lleno el mundo de emociones, es que siendo alumno que me escuchen y que estén callados además y que no opinen y si opinan con un poder constructivo, aquello fue bueno, no tuvo parangón***

*J.-No había sensación de ser auxiliar de nadie*

*GE009.-Nada, para nada, era un equipo, si alguna vez tengo que emular la figura de un equipo era aquello lo que vivimos pero además sin resistencias por parte de nadie, yo creo que teníamos muy claro dónde podíamos intervenir y que además no había límites, esa era la gran conquista, no había límites para poder hacer cosas por la gente, por el barrio, que te vieran como una figura viva dentro del barrio, eso era muy importante en la asociación del propio barrio tenía filin, despachaba*

*J.-La asociación de vecinos te refieres*

*GE009.-Despachaba con nosotros con la gente y luego pues ese pueblito que era entonces ese barrio, pues también cuando veías que alguien quizá estaba mal o todos se conocían, el hijo de fulana ya se que os lo trajeron ayer y no se que y te preguntaban, había un clima social en ese barrio yo creo que enormemente grato seguramente*

*J.-Había una integración del equipo, el equipo o los miembros del equipo ese estabais integrados en la comunidad*

*GE009.-Totalmente, yo creo que éramos una parte clara de ella, siempre digamos la interlocución pues la llevaban mas los médicos pero los veíamos cuando hablaban cuando venían cuando nos se contaban cosas, nos han pedido cuando el cura pedía pues hay un grupo de ancianos que hay que echarles un capoteque no salen de casa yo creo que esto era un modeloventicinco años ya han pasado, por lo menos cuando lo analizas, dices yo creo que esto era un modelo, vamos fantástico, no se si reproducible, era tan ideal, o por lo menos yo lo tengo tan idealizado que no se si era tan reproducible tal y como está, luego las miserias, pero es que no me acuerdo de las miserias, me acuerdo incluso de que compañera de trabajo social estaba, algunas han sido luego políticamente activas, como la Paz Villar, me parece que fue una de mis compañeras, era un poco mas subida de tono, pero bueno los trabajadores sociales son así ya por genética.*

*J.-Entonces, resumes esa época como una época realmente idílica, como una época donde realmente había una integración del equipo en la comunidad, un elemento mas de la comunidad, una época donde **la enfermera empezaba a tener una voz que no tenía en otros lugares** y eso que era un proyecto de enfermera porque ya erais casi enfermeros. La jornada entera ya me contaste mas o menos cual era, alguna otra cosa que se te ocurra importante de mencionar*

*GE009.-Yo no se fue un contraste tremendo entre lo que era la enfermería que habías vivenciado en el hospital a la enfermería de calle y digo de calle porque tenías esa sensación de quitarte la bata y ponértela con mucha frescura, de entrar a la casa de los usuarios sin que ellos vinieran a la tuya, que era aquello que te habían prestado durante aquellos meses y yo siempre radico, lo mas importante fue el clima, el ambiente que había dentro del equipo humano que formaba eso, experimental y bueno pues si esto es la experiencia bienvenida sea*

*J.-Vamos a ver .había una incidencia negativa de la medicina sobre la enfermería, donde la había, en tu formación, dónde la veías positiva o negativamente quiero verla en tus palabras, me refiero en el hospital, donde hiciste prácticas.*

*GE009.-Yo no la viví, bueno yo creo que estábamos totalmente eclipsados, la enfermería hospitalaria era una enfermería ayudante, pero además ayudante de baja estopa, porque había unos escalones, unos peldaños tan importantes jerárquicamente hablando entre un médico independientemente de su condición laboral y una enfermera, había enfermeras muy bravas, muy luchadoras pero que quizá se pegaba de frente contra el resto porque decir quien o contra quien voy a competir, como mucho aquellas aspirantes a echarles un pulso a los médicos, pero sin tener muy claro quizá entonces lo que exigían para ellas, había algo que las revelaba, pero yo creo que era mas*

*la rebelión porque me tengan debajo de la suela del zapato pero sin tener un horizonte claro de hacia donde ir, pero son percepciones también que tengo ahí como muy difuminadas, no había un credo, había buenas enfermeras, bravas enfermeras, buenas técnicas, pero que se quedaban ahí y que además frente al modelo que imperaba en aquel momento pues eran válidas, muy válidas diría yo, quizá les faltaba esa chispita que nació, vamos a reconocer que estaba recién nacida, ni tan siquiera empollada todavía, había muy poquitas personas en España que hubieran dado un cambio, estamos hablando de los albores de los 80, entonces.*

*J.- Tú crees que en esos cambios tuvo mucho que ver la atención primaria, la enfermera de atención primaria*

*GE009.-Eran un modelo que cuando llegaban, luego ya en mi ejercicio cuando oías hablar de la atención primaria, de lo que hacían de lo independientes, de lo vistos, yo creo que eso fue un repulsivo.*

*J.-El cambio democrático crees también que influyó o no.*

*GE009.-A ver, lo vives, calcula que mi adolescencia, bueno pues coincide justamente con esos cambios no, creo que si, creo que se relajaron algunas formas que a las enfermeras nos vinieron bien no, el derecho a réplica, o el derecho a exigir, yo creo que estábamos en una época de segunda revolución quizá ya no tan intensiva como en el prólogo de los años 75, pero vamos estábamos todos un poquito obsesionados con que ahora las enfermeras podíamos pedir cosas exigir y reclamar un poquito en razón directa de quienes éramos, esa era la sensación que se vivía, la democracia yo creo que si, que inundó todo, como no va a inundar nuestro campo no, pero bueno yo creo que las mayores fortalezas a la enfermería le han venido dadas cuando se han encontrado ejerciendo una profesión después de 30 años, han descubierto su profesión que a lo mejor tenían un pequeño desvío, sobre lo que venían haciendo y sobre lo que querían seguir haciendo y eso si que la atención primaria ayudó, ellos tenían bastante claro y además lo habían escrito negro sobre blanco que su papel era un papel valioso y que además tenían claro como hacerlo y con que herramientas hacerlo, mientras que en el hospital se nos llevaba un poquito la corriente, íbamos dando saltos cualitativos pero sin ese amparo, sin ese marco que yo creo que si que tenéis que agradecer los que hicieron la revolución de la atención primaria .*

Con esta información podemos constatar los dos diferentes paradigmas en los que se forma, y conforman a las enfermeras en un mismo periodo de tiempo. A pesar de ello y de los inevitables sesgos que se pueden infringir al perfil de la contratación, el baremo, también se deben de considerar como un indicador importante más en el proceloso camino de consolidación de la enfermería como profesión. Este tipo de criterio de análisis de méritos, ponen en valor los conocimiento del pre-grado, de la investigación, su difusión, sus publicaciones,

el estado de actualización en el postgrado y la experiencia que de forma contrastada tiene el profesional.

Este hecho, no es ajeno a las distintas normativas que, en el ámbito académico respecto de la formación enfermera va transcurriendo. El Ministerio de Educación y Ciencia en el año 83-84 y desarrollando la Ley Orgánica 11/1983 de 25 de Agosto de Reforma Universitaria (LRU) a través de Decretos, regula los concursos de provisión de plazas de catedráticos y profesores de Universidad y Escuelas de Universitarias y en el artículo 4º dice...”*que el consejo de Universidades podrá determinar las áreas de conocimientos específicas de las Escuelas Universitarias en las que sea suficiente el título de Diplomado...*” (Real Decreto 1888/84). Incluye en el anexo un listado de áreas de conocimiento, entre las que se encuentra Enfermería, reconociendo explícitamente a Enfermería como profesión con área de conocimiento propio, reconociéndole implícitamente la posibilidad de investigación propia. Más tarde una Orden Ministerial establece que los Diplomados en Enfermería pueden concursar a plazas de profesores titulares de las Escuelas Universitarias de Enfermería, en el área de conocimiento de Enfermería, dada la correspondencia entre área de conocimiento y titulación (Orden Ministerial Febrero del 1984).

Hemos de destacar, que en el apartado no estrictamente académico, el cambio cualitativo que se produce en la composición de los tribunales de selección de enfermeras asistenciales, ya que pasan de ser algo puramente testimonial en los comienzos de Seguro Obligatorio de Enfermedad, a estar conformando por autoridades enfermeras, asumiendo por completo el control de estos, tal como corresponde a una profesión que se autoproclama como tal, reflejando el abandono paulatino de la tutela de otros profesionales ajenos a la disciplina.

En los setenta, periodo inmediatamente anterior a la reforma sanitaria, podríamos decir que el modo de acceso del personal de enfermería al servicio público de salud, tanto en el nivel hospitalario como de ambulatorio, era a través del concurso abierto y permanente, traslados y reingresos donde los méritos del baremo eran el gran valedor. Posteriormente con la creación de los equipos de salud de atención primaria se van introduciendo paulatinos pero importantes cambios cualitativos.

Es de resaltar que en el año 1977 con el primer gobierno democrático se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que esta integrado por la Subsecretaría Técnica del Departamento y la Secretaría Técnica de los siguientes Organismos: la Dirección General de Sanidad del Ministerio de

gobernación, la Subsecretaría de la Seguridad Social, las Entidades Estatales Autónomas y una Comisión Mixta de los Ministerios de Trabajo y de Sanidad y Seguridad Social (Real Decreto 1558/1977 de 4 de julio). En el año siguiente desaparece el organismo gestor de prestaciones sociales el Instituto Nacional de Previsión (INP) nacido en 1908, y se crea el Instituto Nacional de la Seguridad Social con dos entidades gestoras el Imsero para los servicios sociales y el Instituto nacional de la salud (INSALUD) para la asistencia sanitaria (Real Decreto 36/1978 de 16 de noviembre) (Redacción Global.net;2002). En 1986 con gobiernos posteriores, la Ley General de Sanidad reorienta a los servicios sanitarios hacia la cobertura universal, con dos ejes fundamentales del sistema, la descentralización y la reforma de la Atención Primaria, que facilitarán la equidad y la eficiencia del sistema de salud. Las primeras transferencias de salud, se envían a Cataluña en 1981, en el 1984 a Andalucía. Valencia y el País Vasco en 1988, hasta que se completan las transferencias sanitarias a Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia) en el año 2001 (Gervás. J, Perez-Fernández. M, Palomo-Cobos. L, Pastor-Sánchez, R., 2005).

## **9.-El comienzo de la Atención Primaria en La Rioja: nacimiento, creación, provisión, asignación de equipos y plazas en los centros de salud**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **9.-El comienzo de la Atención Primaria en La Rioja: nacimiento, creación, provisión, asignación de equipos y plazas en los centros de salud**

El núcleo central de la asistencia sanitaria en La Rioja a principios de los años ochenta estaba basado en un modelo hospitalo-céntrico sustentado por:

El Hospital de la Rioja (**Anexo fotos 27**), y el Hospital antituberculoso San Pedro, dependientes ambos de la antigua Diputación Provincial La Residencia Sanitaria Claudio Coello de la Seguridad Social (posterior Hospital San Millán, mas adelante, Complejo Hospitalario San Millán San Pedro y hoy Hospital San Pedro (**Anexo fotos 28**) después de la demolición del Hospital San Millán en el año 2010) que por tecnología y volumen de población atendida, era el referente máximo del tercer nivel asistencial sanitario de la región.

En los años noventa se crea el Hospital Fundación de Calahorra (**Anexo fotos 29**), el CARPA (**Anexo fotos 30**) y el CIBIR (**Anexo fotos 31**) que completarán el segundo nivel asistencial de la región.

El primer y segundo nivel asistencial, se sustentaba en los ambulatorios de la Seguridad Social, en este caso el de Virgen Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Logroño, anejo a la Residencia Sanitaria Claudio Coello de la Seguridad Social, el centro más importante. Allí desarrollan su actividad los especialistas de cupo y medicina general, junto con el resto de los ambulatorio de Labradores y General Vara de Rey en Logroño capital, donde recae la asistencia sanitaria del primer nivel, denominada popularmente, de los médicos de cabecera o de medicina general. En el resto de la provincia, se proporciona asistencia en los ambulatorios de Alfaro, Arnedo y Calahorra, Haro y Najera, centros sanitarios con mucho menor peso, hasta la constitución en los años noventa de los sus correspondientes centros de salud. El grueso de la asistencia se concentra en la capital Logroño, como nos indica el siguiente informante de las medidas que se adoptan una vez terminada su residencia como médico de familia :

*GM03.-Bien estábamos en el Insalud, de los siete residentes que éramos, cinco fuimos a la Consejería, una se fue a Pamplona, y nos quedamos cuatro Pepe y Antonio se quedaron en la Consejería contratados y Felix y yo al Insalud. Sale el decreto de estructuras básicas. El director del Insalud empieza ya a implantar programas, nos toca por ejemplo conocer la extracción periférica de muestras, no existían, cualquiera que se tuviera que hacer un análisis en la Rioja o se lo hacía en Logroño o en Calahorra en una farmacia privada un convenio muy raro que había con un analista, y en Haro, no funcionaba y entonces tenía que venir a Logroño. Íbamos por las tardes*

los sábados y domingos el director del Insalud Félix y yo y entonces nos reuníamos en una sala con el Alcalde el de la farmacia el practicante y el médico. Claro el alcalde se dedicaba a procura que el practicante y el médico no pusieran pegas, era un día a la semana hay que sacar sangre a la gente y claro el practicante decía y quien la va a sacar, el alcalde le miraba, y decía bueno ya lo haré yo, jajajaja ¿sabes no?. Y así empezó yo que se, se empezó a sacar sangre en Murillo del Río Leza (**Anexo fotos 20**) en Alfaro, Cervera cosa que ahora están implantadas de forma normal y cotidiano fue entonces. La gente para hacerse un análisis tenía que venir a Logroño.

En mi centro cuando yo comencé en el año 85, hay un glucómetro para todos 35 mil habitantes y se hacía un día a la semana todas las glucemias basales, en mi centro. Había una enfermera encargada como ahora hacéis con el sintrom, por eso me acorde ahora igual que cuando empezamos con el glucómetro.

J.- Cuando eso comenzó yo dije lo mismo

GM03.- Claro dentro de nada la gente tendrá su sintronero, como debe ser.

J.- Vamos a ver en ese momento cuantos ambulatorios hay en Logroño

GM03.-El central del perpetuo socorro, Vara de Rey y Labradores y punto.

J.-Ya que hicisteis lo de la Rioja me podrás decir en La Rioja Baja que había

GM03.-Había en Arnedo, Calahorra, Alfaro consultorio local (**Anexo fotos 2**). Lo de Alfaro te cuento, había un alcalde a principios de la democracia que “engañó a no se que ministro” y consiguió un T 3 que era un centro de salud que es el que sigue habiendo ahora Consiguió un T 3 que estuvo abandonado hasta el 85-86 por una carambola ¿sabes?. Como el Puente de Hierro de Logroño que lo hicieron para Aragón y luego lo pusieron aquí, ¿no sabías eso? Sagasta engaño no le daban dinero para Logroño lo pidió para Zaragoza se lo autorizó el ministerio y ¡ahí va! si no son los ochocientos venticinco metros, son los ochocientos ochenta metros son los justos para aquí jajajajaja.

J.-¿En Haro había?

GM03.-En Haro había un ambulatorio, en Nájera había un consultorio, había dos o tres médicos en una bajera algo parecido al Labradores antiguo de aquí, porque no había extracción tampoco.

J.-¿Tu sabes el personal de enfermería que había distribuido en esos momentos por toda La Rioja?.

GM03.-Carmen (Se refiere a doña Carmen Costilla la enfermera jefe de entonces) es la que te puede informar mas al respecto. Pues mira trabajábamos con personal de enfermería en los pueblos normalmente era un titular APD médico y titular APD enfermero.

J.-Casa o Centros Rurales de Higiene como la que hay ahí en Ausejo.

GM03.- Si esa era la casa del médico que solía pasar el practicante, no había nada de centro de salud ni nada.

El alumbramiento de la reforma de la Atención Primaria en La Rioja se produce realmente con Javier Gost Consejero de Salud y Javier Pérez Santo Tomás capitaneando a un grupo de principiantes médicos de familia, y enfermeras como Maribel Robertson, Rosario Castellanos (**Anexo fotos 18**) con gran valentía, mucha disciplina, capacidad de trabajo, gran voluntad, poco método y sobre todo muy pocos medios, tratan de transformar un sistema sanitario, a punto de entrar en una importante crisis, arraigado en costumbre y métodos propios de una pequeña comunidad uni-provincial sin tradición autonomista (Ley Orgánica 3/1982 de 9 de junio), con apenas vertebración social. Este grupo de residentes de la segunda promoción, de la primera no finalizó nadie, de Medicina Familiar y Comunitaria al terminar, son contratados por la Consejería de Salud y luego desembarcan en el Insalud, donde monopolizan desde el principio la gestión y el nacimiento de la reforma sanitaria de Atención Primaria de La Rioja.

*GM004.-Si, aquí también los que ponían pasta, se llamaban médicos de familia en paro. La precariedad era completa. ¡No se creía en estas cosas Jorge!. Yo creo que el Aparato, el Aparato de la Administración, el Aparato Administrativo, los Inspectores, no creían en estas cosas, no creían. Estaban un poco montados en los hospitales, es decir, estaban en estas instituciones, por que como les pagaban el cargo pues.. Seguíamos en los "setenta" estamos en el bum del hospitalo-centrismo y te puedes imaginar que con quince o veinte años de retraso ¿pues claro!. Nada más, gente como el Ciria (director de la Residencia Sanitaria) que yo creo que estaba en el mismo lado que el nuestro, que decía: esto será como sea, pero esto no hay quien lo pare. ... Y esta gente se hacía las cuentas un poco igual, si quiero seguir siendo director lo que tendré que hacer, es contentar al ministerio. ¡De qué! Tengo una unidad docente.. ¡claro!, y que además es una apuesta.*

Esta versión es reiterada por el informante GM03 que nos habla de la precariedad de sus inicios en la medicina de familia y a la pregunta sobre la formalización de la formación de médico de familia contesta:

*GM03.- ¿Si se tutoriza más seriamente? Fíjate que en el año 79, que casi no te he hecho referencia los que eran R (residentes) mayores empezaron diez y yo solo conocí a tres, cuando yo entré de RI solo se quedaron tres, ¿Porqué? ¡Por que, es que estaban, estaban ninguneaos!. Yo recuerdo que nosotros tuvimos que luchar por hacer guardias, por lo que ahora nos hubieran pegado. Nadie nos quería, estorbábamos, entonces se pagaba la guardia. Los de especialidades nos veían un poco cómo, ¿no se?, ¡como metetes no!, supongo que como algo nuevo  
J.-Entonces la atención primaria dentro de este modelo era un poco la marginalidad.*

*GM03.-A eso me refiero. Recuerdo de hacer partos incluso, la formación fue bastante buena Fue bastante buena, pero auto. Bueno había, personas magníficas en el hospital, había*

*J.-Ya se había creado la SEMFIC*

*GM03.- A ver te cuento. Claro, nosotros nos nutríamos, yo me hago socio en el Congreso de Cataluña que creo recordar que fue en el 81 o en el 80, en el verano, que ahí sale el primer libro de Control de la HTA, programa de lucha contra la hipertensión en el que poníamos higrótona 200 mg. Empezabas con 50 luego 100 y hasta que no llegabas a 200 no tenías que pasar a otro escalón, ¡pa que veas como ha cambiao esto!. Era en el 80, 81 entonces la sociedad no tenía ninguna fuerza, éramos 200 ó 300. Por que había que pagar, no teníamos ninguna fuerza, creo que era el 80, 81 en el 85 el programa ya funciona mucho mejor esta estructurado ya hay reuniones en Madrid, la Sociedad, la comisión nacional de especialidades ya sabe de que ha de ir, tiene cinco o seis años, bueno ya va bien la cosa.*

Los equipos de Atención Primaria se establecen en las Zonas de Salud, y la provisión de plazas del Personal Auxiliar Sanitario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social y de Zonas Médicas, se cubren por concurso oposición que convoca, adscribe y cubre la Dirección Provincial del Insalud, con arreglo a lo que dicta el Art. 110.2 de la Ley General de Seguridad Social, se procede de igual manera con las vacante de cupo, o de nueva creación al constituir el centro de salud. La informante GE001 recuerda exactamente la fecha y forma del comienzo de los primeros centros de salud Joaquín Elizalde primero, y Gonzalo de Berceo después. Se crean dos centros de salud sin haberse constituido legal y previamente en todo el territorio de la comunidad autónoma el Área de Salud, que se regulará posteriormente para toda La Rioja como un Área de Salud única, en junio de 1986, según Decreto firmado por El Presidente José María de Miguel Gil y el Consejero de Salud Consumo D Javier Gost Garde (Decreto 32/1986 de 27 de junio).

*GE001.- En primaria era en el año 85 en el 16 de febrero del 85.*

*J.-Empezasteis cuantos centros de salud o empezó este centro de salud solo*

*GE001.-Empezamos a trabajar dos centros de salud que eran Joaquín Elizalde y Gonzalo de Berceo No presentamos a unas oposiciones libres para esto.*

*J.- La fecha de las oposiciones*

*GE001.- Fue en el 84, lo tengo no lo he traído, lo tengo por casa. Fueron para La Rioja solo, empezamos el centro de salud de aquí en aquel momento creo que éramos 14 ó 15 enfermeras, creo también te lo podría decir con seguridad. A la vez que esas oposiciones libre también a finales del 84 se hacen unas, no fueron oposiciones, simplemente se hizo una oferta para personas que estuvieran trabajando en el sistema en aquel momento en el*

*hospital o en lo que era el ambulatorio y que se pasaran a trabajar en Atención Primaria. Estas personas tuvieron a decir verdad muchísimo mérito, por que eran de las que habían estado trabajando toda su vida en el hospital o en la consulta del especialista y que de repente les ofertan un trabajo de primaria que nadie sabia lo que era y que ellas se tiraron a la piscina y no sabían si había agua.*

Igualmente se adscriben al equipo de salud los funcionarios sanitarios locales, que prestan atención a beneficiarios de Seguridad Social, una vez trasformada esa plaza se convierte a todos los efectos en plaza de Equipo de Atención Primaria, manteniendo su estatus funcional inherente a su pertenencia a un Cuerpo de Sanitarios Locales. El personal de cupo, una vez integrado tendrá todos los derechos del Equipo de Atención Primaria. En las zonas de salud donde coexistan servicio de urgencias deben de coordinarse con el equipo y en su caso integrarse en el mismo. El personal de la Seguridad Social afectado por la creación del equipo de salud se le ofertará la incorporación de la misma mediante concurso restringido.

En 1978, previo acuerdo con las distintas comunidades autónomas se llega a un consenso y se facilita la ordenación territorial sanitaria (Real Decreto 2221/1978 de 25 de Agosto). Se dictan normas para confeccionar los distintos mapas sanitarios, elemento esencial para la ordenación y creación de las Zonas de Salud, sustento fundamental para el desarrollo de la Atención Primaria. Los primeros mapas sanitarios que se publican son los de Cataluña y País Vasco. En la Rioja se realiza posteriormente en el año 1985 (Decreto 38/1985 de 20 de septiembre). Para ello, los médicos de familia recién especializados que son contratados y rescatados de las listas del paro por la Consejería de Salud, comienzan a realizar un análisis de la situación socio-sanitaria. Esto será el embrión del futuro mapa sanitario de La Rioja como bien ilustran los informantes.

*GM04.-Las directrices salen de la teoría nuestras de la formación de medicina de familia de diagnóstico de salud. Había que analizar los aspectos económicos organizacionales, la empresa, la sociología etc.. y nos encontramos con que Tamames había estado en la Rioja haciendo un trabajo. Pues chico, vemos que muchas de esas cosa no son actuales en pesetas, pero si son actuales en ideas, menos los datos de la población que actualizamos y de ahí sale el mapa sanitario de la zonificación de ese trabajo un poco de esa labor....*

El embrión de mapa sanitario de La Rioja, es realizado en condiciones de importante precariedad de medios técnicos como nos refiere el siguiente informante.

*GM03.-Claro no te he contado en el 83, 84 estando en el Insalud hacemos los centros de salud y las zonas de salud de Logroño Félix y yo. Se zonifica, claro, lo hacemos nosotros, con el mapa de Logroño y callejero de Logroño las poblaciones por manzanas, un poco buscando... Hacemos las de La Rioja, luego las llevan a la Consejería les ponen eso, el sello, y dicen que las han hecho ellos y las hicimos Félix y yo. Y hacemos las de Logroño capital y ahí a mi me toca, ¡Ah no, es después, es en el 85! Ahí también diseñamos un poco como van a ser después los centros de salud por ejemplo las plazas de Logroño las de Joaquín Elizalde, Las del Paterna, Gonzalo de Berceo, y creo que conseguimos cuatro, un centro más, ... creo que son cinco entonces.*

Todo ello se va consolidando como consecuencia de la estrategia que se induce desde el Ministerio. En este proceso de creación e integración del personal a los centros de salud deben sortear problemas de diverso tipo como la posibilidad de que coexistan varios partidos médicos en una misma zona de salud, cosa que solucionan agrupando de oficio, previa consulta y resolución con la Consejería de Salud de las Comunidades Autónomas. Como se puede comprobar la legislación del año 1984, está claramente comprometida con la reforma sanitaria de la Atención Primaria, debiendo resaltar la información del informante GM03, que ostenta responsabilidades en estos inicios en la que remarca la dotación de personal y el compromiso de mantener la proporción de un médico y una enfermera en los centros de salud:

*GE003.-¡Qué va! estábamos muy en la proporción, era siempre médico enfermera, pero porque era un poco por deformación porque era la medicina comunitaria, la enfermería comunitaria era las labores de equipo. Para que te hagas una idea, nosotros conseguimos que el centro de salud Joaquín Elizalde empezase en el 84, con médicos reconvertidos que se llamaban. Las enfermeras tenían un papel, si hablastes con las enfermeras de entonces, eran reuniones de equipo todos los días No, no digo que no nos dieran ese algo, tal vez no los médicos si no la población. Cada mil habitantes un médico y 0,8 enfermeras, no digo que no lo sabíamos bien Solíamos hacer doblete Félix y yo Si tu miras las dotaciones del principio, donde había un médico tanto pediatra como medico general, había una enfermera- ¡Ahora ya no es así eh! Se fue torciendo, pero Félix y yo siempre uno a uno. No sabíamos muy bien porqué, pero nuestro compromiso era comunitario y había muchas tareas de comunidad, bueno y mas cosas te diere Asistente Social todos los centros de salud y Psicólogo Había unos libros del ministerio (**Anexo foto 55**) que eran zonificación como dotar lo centros de salud, las guías aquellas estaban un poco supongo que estaban traídas del exterior.*

Para la provisión de plazas de enfermeras de los centros de salud se utiliza una doble vía, las de nueva creación y las de reconversión, tratando de aprovechar los profesionales existentes con plaza en propiedad, ya sean procedentes de las instituciones abiertas o cerradas de la Seguridad Social y de funcionarios de asistencia pública domiciliaria como nos comenta nuevamente esta informante.

*GE001.-Si bueno pues en el año 84 se hacen las primeras oposiciones y a la vez se les oferta a personal de hospital y ambulatorios que se pasen a la primaria creándose una estructura nueva. Se pasan creo que son seis personas. Ellas para cuando nosotros nos incorporamos en febrero llevaban desde diciembre empezando a trabajar de alguna manera Ya las habían metido en lo que era el ambulatorio de especializada nos dejan la primera planta estamos ubicados en el ambulatorio de especializada que es el anexo al hospital San Millán. Nos dejan la primera planta, éramos para trabajar 14 médicos y 14 enfermeras. Bueno pues estas personas se pasan en diciembre comienzan a hacer la consulta tradicional.*

Descrita esta situación, no hay que olvidar que personal de enfermería de las instituciones abiertas de la seguridad social (los ambulatorios) han accedido a su plaza por concurso de méritos, o bien a través de traslados, procedentes fundamentalmente de enfermeras del hospital que huyen de la dureza laboral de la nocturnidad y los turnos, como bien lo expresa la siguiente informante.

*GE005.- Estaba yo embarazada de seis o siete meses y se me hacía muy dura las noches de laboratorio y hable con la Jefa de enfermeras, por cierto, ¡que vivan las jefas de enfermeras! que llevaban todo y funcionaba todo. Que quieres que te diga, yo con tanta jefatura, hoy me pierdo y no me gustan nada. Ellas sabían como te llamabas, que hacías, cuantos hijos marido padres lo sabían todo, y se preocupaban de ti, cosa que ahora estos.....Llego en el 76 y al ambulatorio en el 78, Yo no conocía el ambulatorio. El director provincial como tenía que tener a una persona del ambulatorio, y yo no tenía el nombramiento de ambulatorio, yo lo tenía de instituciones cerradas pues el hospital eran instituciones abiertas y me pidió una plaza en un ambulatorio y me la dieron en el de Vara de Rey.*

*En ese momento había ambulatorios como en el que yo estaba que compartía especializada con primaria Vara de Rey, estaba en Vara del Rey 74 Labradores que estaba en Labradores 3 y el del Perpetuo Socorro, otro en Haro, otro en Calahorra, en Arnedo, en Alfaro. Otro en Cervera con un médico, una auxiliar y un celador y una enfermera...*

### **9.1.-De la atención en el ambulatorio, al comienzo de la Atención Primaria. Situación de la enfermería en el sistema**

El nacimiento de la atención primaria tanto en La Rioja como en el resto de España, se ve inspirado por toda una serie de hechos de tipo ideológico emanados de la declaración de Alma-Ata, el Programa de Salud Para Todos en el año 2000, así como de la situación político-social que concurren a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Después de una pactada e ilusionante transición democrática (Sartorius. N, Sabio, A.;2007), se crea un ambiente propicio a la permeabilidad ideológica que entre otras cosas, permite a una recién estrenada Constitución, reconocer la universalización del derecho a la salud.

Son así mismo los rescoldos de las crisis económica del 74 y 78, los que causan auténticos estragos en la actividad laboral de la población, por la escasa rentabilidad de ciertas industrias, naval, siderúrgicas, textil etc..., que unido al retorno de los emigrantes europeos, produce un alto nivel de paro. Los niveles de desempleo en el Estado, oscilan desde el 5,3% existente en 1977, hasta casi el 22% del año 1985. La Rioja siempre ha estado por debajo de las cifras nacionales fluctuando del 1,33% del año 77, al casi 17% del año 85, cifras más dulces dada la idiosincrasia del tejido productivo, donde la industria tiene una menor presencia, siendo el sector agrícola el que conserva cierto dinamismo (Arnáez Vadillo. J, García Ruiz, J.M.;1994). Este hecho condiciona directamente la financiación de los servicios de salud del Estado, pues, el Seguro Obligatorio de Enfermedad lo financian trabajadores y empresarios. Como bien indica Arnáez y García, las clases pasivas, (niños, ancianos y parados) aumentan, lo que unido al abandono laboral femenino a partir de los 25 años, por la crianza de los hijos después del matrimonio, tiene una consecuencia inmediata que se ve reflejada en el sistema de salud y lo lleva a una situación de precariedad e importante crisis.

La Atención Primaria en esos momentos se sustenta en el etnocentrismo médico, que descansa sobre la figura del médico de cabecera. Su puesto de trabajo era de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), con asignación de un cupo de cartillas del Seguro Obligatoria de Enfermedad, o bien como Médico de Zona de Insalud, los cuales tenían adscritas un número determinado de cartillas familiares, (**Anexo fotos 44,45**) cuyo titular era el cabeza de familia, el padre y de las cuales obtenían una asignación económica que conformaba su salario, (a mayor numero de cartillas mayor salario).

Así mismo esta figura profesional de las ATS de APD y de cupo, cohabitan con las ATS de ambulatorio, enfermeras de instituciones abiertas de la seguridad social, coloquialmente denominadas, ATS o enfermera de apoyo de consulta. Su retribución a diferencia de la anterior es fija, no depende del número de cartillas, desarrolla su trabajo en la consulta del médico general o del especialista de ambulatorio.

Llegados a este punto, y aunque no es motivo central de la investigación por no estar implicado directamente en la atención primaria, se considera necesario dar unos trazos sobre la figura del médico especialista, que indirectamente, como veremos posteriormente, también influye en la actividad de la enfermera de las instituciones abiertas. El médico especialista de cupo, es aquel médico especializado, que realiza su consulta en el ambulatorio y tiene asignado un cupo conformado por el total de cartillas de tres médicos de cabecera. Cada tres médicos generales, se asignaba un pediatra para atender a los niños menores de siete años, seis para el cardiólogo, etc...(Freire;2004), como se puede deducir la enfermera de apoyo de Instituciones Abiertas de la Seguridad Social, también debe de atender este tipo de consulta de especialista, siendo el contenido de su trabajo muy versátil.

### 9.1.1.-Perfil y contenido de la actividad de las ATS de los ambulatorios de La Rioja

El cometido de las ATS de instituciones abiertas de la seguridad social en La Rioja, era de lo más versátil y polivalente, desarrollaban un conjunto de actividades muy heterogéneo, atendían tanto en apoyo de consultas de medicina general como de especialistas. Como mínimo, se hacían cargo de tres consultas. Tenían dos tipos de contrato, uno de seis horas y otro de siete y media con la diferencia salarial correspondiente, esto lo originaba el tipo de actividad según la consulta que atendía de especialistas, o de medicina general.

Las tareas consistían en proveer al médico de bata limpia semanalmente, proporcionar y tener en la mesa del despacho los elementos indispensables, preparados para pasar la consulta, tales como talonarios, sellos de identificación, partes de baja y demás utensilios necesarios, así como su posterior recogida al término de esta. Debían de llamar a los pacientes por el número de orden, requerir los “cartones”, rellenar las recetas de los medicamentos demandados por los pacientes. Cumplimentar los partes de baja laboral o su confirmación, pasándolo a la firma y supervisión del médico, y si se realizaba algún tipo de técnica por parte del médico proporcionar el material necesario, así como lavar y ordenarlo o responsabilizarse de que lo hicieran.

Como consecuencia de la elevada presión asistencial que soportan las consultas de medicina general y dada la menor complejidad de las enfermedades, las intervenciones de ayuda por parte de las ATS era muy reducidas, con lo cual se dispone que alguna de las auxiliares de enfermería apoyaran bajo la supervisión formal, que no real, de la ATS, en la labor burocrática de la consulta del médico general. Así se podía aprovechar mejor los recursos de las ATS y reforzar en las consultas de los médicos especialistas por la mayor complejidad de las patologías que atienden. Esto que comenzó siendo puntual, se convirtió dado el escaso aumento de plantillas y la elevada presión asistencial, en algo frecuente, a pesar de que la auxiliar de enfermería tiene expresamente prohibido “auxiliar directamente al médico en las consultas externas” según el artículo 85 del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social. Como bien queda de manifiesto por parte de la informante GE05, a la hora de distribuir recursos para apoyar consultas médicas, se aplica el criterio de mayor formación y nivel académico y se

---

\* Nominación coloquial que se daba a las etiquetas de los medicamentos que el paciente necesita que se le dispense

designa a las ATS como el personal que apoya a los especialistas y se sitúa a las auxiliares disponibles con los médicos de medicina general.

*GE005 Qué hacíamos. Yo cuando llegué al ambulatorio me hice un planteamiento Si las enfermeras tienen que estar en algún sitio es en las consultas de especialidades porque teníamos todas las especialidades de todas las consultas de la provincia menos Calahorra que tenía ginecólogo y cirujano, después traumatólogo, nosotros teníamos de todo (se refiere a los especialistas y a los médicos de cabecera).*

*Las enfermeras ocuparon los puestos con los médicos de especialidades y las auxiliares que lo único que se hacían con el médico general era hacer recetas, recetas, recetas, pues, puse ahí las auxiliares. Pues sabes lo que pasó, que algunas se enfrentaron conmigo auxiliares haciendo las técnicas de otorrino, las técnicas de enfermería, en el otro haciendo electros, ¡hombre!, ¡hombre!, yo no es que sepa mucho de...igual la enfermera que llegó en ese momento, igual no sabía, pero bueno, siempre sabría mejor, y además, si eran puestos más cómodos pues mira, que quieres que te diga, y lo segundo que pa hacer recetas pa escribir...Las consultas de medicina general pasaban con los médicos la mayoría de ellos eran auxiliares, si en algún momento quedaban a última hora de la mañana, porque todos los enfermos querían ir de doce a dos bueno pues había enfermeras que pasaban cuatro horas con un especialista y la última hora iban a una de medicina general porque si había que tomar una tensión si había que hacer una cura. Aunque los médicos de medicina general se limitaban a usar el depresor y tomar la tensión si la tomaban y a hacer las recetas. Las inyecciones las ponía el practicante de zona que hacía curas también. La dedicación que tenía era de dos horas y luego los domicilios, y estaba localizado en teoría si de nueve a cinco de la tarde. si le daban un aviso a domicilio o le localizaba que yo de eso no me preocupaba que era el celador De que médico es usted de don fulano, pues el practicante de don fulano, es don piringano, pues le daban el aviso y...Cuando más hemos tenido eran siete.*

La masificación del sistema de ambulatorios, fue otro de los determinantes que condicionó la forma de trabajo y cambió también la forma de asistencia, pero siempre teniendo como bandera del trabajo de las ATS, la aplicación de técnicas derivadas del acto médico.

*GE005.- Si, si, si, si, pero, es que lo tenían todo (los ciudadanos) a su alcance, todo era para ellos, las consulta eran de setenta, ochenta noventa yo que se... ahora, en esos números también estaban incluidos los que iban a por recetas. Al principio no se daban las recetas en el descansillo, eso fue después al principio iban pasando y el médico le decía haber tu que, no recetas, el siguiente, no es que yo...me duele.*

*Luego creció mas que eso, y empezaron a coger recetas las auxiliares y como ellas no podían hacer nada mientras el medico veía la garganta, o veía un*

*oído, o tomaba una tensión, pues yo les prohibía a las auxiliares que las tomaran cosa que hoy no se si debía o no debía, pero en aquel momento era lo mas correcto me pareció, pues entonces las auxiliares iban pidiendo e iban haciendo las recetas, las de los enfermos de los que solo iban a por recetas, y esas, si que las sacaban entreee, entonces en la primer hora del médico en presencia física del médico.*

Esta versatilidad de puesto de trabajo dentro del ambulatorio, viene reforzada por la condición de género y estatus, son mujeres que realizaban su labor buscando un turno de mañanas para poder compatibilizar su vida familiar y cumplir con su función principal la de ser madres y esposas, de acuerdo al modelo social imperante. Solían ser mujeres mayores con cargas familiares, el trabajo era cómodo, exento de responsabilidades y exigencias profesionales, algo totalmente imposible de encontrar en los hospitales, de ahí que éstos cubren preferentemente sus plantillas con profesionales jóvenes y con inquietudes profesionales. Existe alguna incursión puntual en consultas de ambulatorio de algún enfermero varón, que en esos momentos, principios de los años ochenta, suelen ocupar puestos peculiares en servicios especiales y centrales de rayos X, urgencias y de APD o cupo, o como en el caso de los siguientes informantes.

*GE002.-Quizás algo más de un año el resto del tiempo hice sustituciones en hospital y en un ambulatorio de especialidades como enfermero de archivo al que le llegaban las peticiones con dos auxiliares administrativos. Mi labor consistía en buscar las historias en el archivo. Luego hice en algún consultorio bueno periodo muy cortos en la consulta, como enfermero dentro de la consulta del médico haciendo recetas y partes de confirmación, sin contacto con la consulta del practicante al que se le iban derivando actividades.*

El informante GE015 nos ilustra sobre su actividad laboral como ATS en la década de los setenta principios de los ochenta, que peculiarmente entremezcla y compagina su actividad hospitalaria y el primer nivel de atención, con lo cual nos confirma como el hecho de ser varón condiciona la actividad profesional.

*J.-Luego recuerda que me hables un poco de eso, de la Casa de Socorro  
GE015.-La Casa de Socorro pues en aquellos años estaba en el Hospital Provincial (**Anexo fotos 27**) y claro tenía unos turnos bastante buenos para aquellos tiempos, se hacían turnos de 10 a 2 de la mañana, de 2 a 6, de 6 a 10 y noches, en el año 72 ya me fui del Hospital, me sacaron una plaza en la Residencia, (denominación coloquial de la Residencia Claudio Coello de la Seguridad Social) al comienzo del 72 en la Residencia  
J.-Y allí que es lo que haces, a donde vas te mandan algún turno.*

GE015.- Al principio pues fui, es que fui el primer hombre que entro en la Residencia de A . T. S., el primer pantalón, yo tenía un horario que a las ocho de la mañana entraba y entonces pasaba con los de urología la visita y había quirófano, los que operaban y había dos grupos

J.-Todavía no estaban jerarquizados

GE015.- No sin jerarquizar, entonces yo iba de ocho a diez, bueno hasta lo que había de operaciones, que se hacía una próstata, o dos o tres fimosis en cada grupo, cada día y después de esto, me encargaba de todas las curas de cirugía, de las curas en cirugía general

J.-O sea en cirugía general, no solo las de urología, las enfermeras entonces o las monjas para que estaban...

GE015.-No curaban, en la Residencia si que había enfermeras eh, no solían curar

J.-Entonces ibas tú y lo hacías

GE015.-Yo hacía toda la cirugía, o los médicos o yo, y la urología, luego estaba localizado, acababa para las once, once y media

J.-Y el salario, era un salario fijo

GE015.-El salario era fijo aquí eh, era fijo eran 10. 500 pesetas al mes, me acuerdo de eso, entonces en el 72, busqué pluriempleo en la Casa de Socorro, sustituciones, interino estuve

J.-La Casa de Socorro estaba en ese momento y luego donde paso.

GE015.- En el Hospital, (denominación coloquial del hospital de La Rioja dependiente de la antigua Diputación) al principio sí, luego paso a la estación de autobuses, en un local allá

J.-Qué local era, puedo sacarle fotos o sea a los sitios que me contáis así.

GE015.-Uno que se entraba por

J.-La Casa de Socorro primero estaba en el Hospital, pero en que parte, en la casita que esta en la parte de atrás allá hay una casita a la derecha.

GE015.-No, no, en el mismo edificio en el último rincón donde se entra por urgencias ahora al fondo, nos hicieron una habitación, una habitación de consulta, se podía dormir por las noches, había una habitación para ATS y otra para médico con toda clase de lujos eh y la sala de partos y curas y todo eso, era un pozo sin fondo ese santo Hospital Provincial, pero se tiró al poco tiempo y al final nos mandaron en el año 85 - 86 a la estación de autobuses a un local en las bajeras que se va por la que va a la estación de autobuses a mano izquierda

J.-La de la Avenida España o la otra

GE015.-La que va a la estación de ferrocarril

J.-Sí, esa es la Avenida España

GE015.-Por ahí se entraba por esa parte, que duro 3 - 4 años, hasta el 86 duro, en el 86 nos mandaron o la reconvirtieron

J.-Entonces a ti después de la Residencia te dieron plaza en la Casa de Socorro

- GE015.-Sí, la gané por oposición, ya que apelé  
J.-Entonces es cuando la reconvierten y te integran en este centro  
GE015.-No, con la de APD, o sea yo de la Casa de Socorro nos reconvirtieron y les dejaron en el Hospital con turno completo  
J.-Y ahí os mandaron a alguna planta  
GE015.-Sí, yo estuve en psiquiatría 4 años  
J.-Y ahí que hacías rotar  
GE015.-Sí, como todos sí, pero yo tenía la plaza de la Seguridad Social, y después seguía con lo de zona  
J.-O sea tú contabilizabas lo del Hospital con lo de zona y donde pasabas lo de zona  
GE015.- En Labradores, en el mismo edificio, vamos por el 72, por la casa de socorro pues eran unos turnos que nos las arreglábamos  
J.-Pero a lo largo del día a lo largo de días, quiero decir uno estaba dos horas, luego venía otro o uno tenía un día entero  
GE015.-No eran turnos de cuatro horas o la noche completa, entonces si tu no podías hacerlo por la mañana y había alguno que lo hacía, pues lo hacía yo por la mañana y yo pasaba de dos a seis, o de seis a diez y había buen rollo y pues que uno se arreglaba como podía, porque yo tenía algún paciente por ejemplo, o sea que teníamos los turnos y nos llevábamos bien en la Casa de Socorro y yo tenía lo de la Residencia, antes de venir a Labradores. En la Residencia vino la jerarquización  
J.-Año  
GE015.-En el 74  
J.-En el 74 empezó la jerarquización, bien  
GE015.-Entonces ya vinieron cambios de horarios, entonces me hicieron estar de 8 a 2, al principio  
J.-Y tú seguías con lo del  
GE015.- Con lo de la Casa de Socorro, iba a la Valvanera también de pluriempleo con los urólogos  
J.-Con los urólogos, pero ya como privado.  
GE015.-Sí eso como privado y tenía también unas igualas en Varea o sea que esto era pues  
J.-Sí buscándote la vida como se podía  
GE015.-Y eso pues durante tres, cuatro años pues el turno hasta las dos después pasé hasta las tres, hubo que poner, cada uno ya se iba todo a jerarquización pues claro era normal que me dijeran eso sabes, entonces estuve unos tres, cuatro años localizado las veinticuatro horas del día por los sondeos que las mujeres no podían tocar un pito y me tenían a mí localizado las veinticuatro horas del día  
J.-Eso te lo pagaban como horas extraordinarias  
GE015.-Sí, como horas extraordinarias  
J.-Cada vez que ibas

*GE015.-No, no al mes y me lo pagaban bien eh. En aquellos tiempos me llegaron a pagar hasta 60.000 pesetas mensuales por localización cuando el sueldo eran 50.000 o cosa así, o sea me lo pagaban bien*

*J.-¿Había alguno más que tu?*

*GE015.-No solo, ahora me podían volver loco eh, porque había mucho sondaje y se empezó a coger la técnica, la táctica de los enfermos de que había que sondar a todo hijo de vecino para controlar, antes no se controlaba la diuresis, no se controlaba el líquido que entraba, el líquido que salía y a todo el mundo se le ponía una sonda, entonces llegó un momento que, pero bueno así es*

*J.-Bueno, estuviste hasta que año con eso, en la seguridad social*

*GE015.- En la residencia estuve hasta el año 83.*

Respecto a los ambulatorios de La Rioja, existe una particularidad en la asistencia que se presta en el ambulatorio Virgen del Perpetuo Socorro de Logroño, coloquialmente denominado Ambulatorio Central, posterior Policlínico del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro (**Anexo fotos 26**) y es que ahí desde prácticamente los inicios, prestan sus servicios de consulta los Médicos Especialistas de Cupo, dando lugar a una actividad asistencial muy intensa, propiciando una importante la masificación. El personal de enfermería de apoyo a consultas, tanto de especialistas como de medicina general, no se aumenta al mismo ritmo que la demanda de la población genera, produciendo un deterioro manifiesto de la asistencia, viéndose abocados a realizar el trabajo de manera mecanizada, más parecido al trabajo en cadena, que al personal e individualizado.

La siguiente informante, da sus primeros pasos formativos y laborales por plantas de hospitalización, laboratorios tanto públicos como privados etc. en la provincia de Vizcaya. Muestra su dilatado bagaje profesional y nos ilustra ampliamente sobre la actividad enfermera en los ambulatorios de Logroño, puesto que es la encargada de organizar su actividad durante dieciocho años, por ocupar el mas alto cargo que en dicho sector una enfermera podía alcanzar: Enfermera Jefe.

En el primer aparatado de su vida laboral, que no discurre en La Rioja, podemos ver como su condición de madre y esposa subordina y condiciona el devenir profesional y nos proporciona una visión de la época en la forma administrar los servicios sanitarios comparándola con la burocratización actual.

*J.- Eran personas de dedicación plena*

*GE005.-Si, si, si, dos solteras con un par de cataplines las dos. También había un director del hospital un director médico y ellas yo pienso que en*

*teoría un poco dependientes pero hasta cierto punto, no es que tengas que depender del médico o del director en cuanto a labor, pero si en cuanto a la estructura, pues, si a ti no te dicen que un servicio de anatomía patológica se va ampliar, pues no lo puedes cubrir, si no te dicen que se va ampliar el servicio, otra cosa es que te digan como tienes que poner la inyección Pero en cuanto a funcionalidad yo no veo ese malestar de la gente en cuanto...*

Las cuestiones familiares prevalecen sobre las profesionales, como es el ejemplo de la siguiente informante que comienza a trabajar en el laboratorio la Residencia Sanitaria Claudio Coello, como consecuencia de un traslado y desde donde en unos meses cambia al ambulatorio de Perpetuo Socorro para ocuparse de su organización. Este era el recorrido laboral más frecuente que en esos momentos la mayoría de las ATS de ambulatorio realizaban, para poder compatibilizar la vida familiar y laboral.

*GE005.-En Logroño como sabían que conocía el laboratorio, pues en el hospital me mandaron a laboratorio. Pero estando en el laboratorio uno de los médicos Ángel Gómez Soria, total que me dice el Director Provincial del INSALUD que tiene un problema con los ambulatorios de la provincia que necesita una jefe de enfermeras y total que ahí he estado 18 años.*

*Llego en el 76 y en al ambulatorio en el 78, Yo no conocía el ambulatorio. El director provincial como tenía que tener a una persona del ambulatorio y yo no tenía el nombramiento, yo lo tenía de instituciones cerradas pues el hospital eran instituciones abiertas y me pidió una plaza en un ambulatorio y me la dieron en el de Vara de Rey.*

*En ese momento había ambulatorios como en el que yo estaba que compartía especializada con primaria Vara de Rey, Labradores. Estaba en Vara de Rey 72, Labradores que estaba en Calle Labradores 3 y el del Perpetuo Socorro, otro en Haro, otro en Calahorra, Arnedo en Alfaro. Un médico una auxiliar y un celador y una enfermera. Arnedo esta a casi treinta y tantos Kms Cervera, Arnedo, Alfaro, Calahorra y Haro .*

Otra situación peculiar de la atención primaria a principios de los años ochenta, era la de los centros de urgencia de los ambulatorios de la provincia y como el perfil de los ATS que trabajaban en esos servicios fundamentalmente eran varones y solo hasta años más tarde se cubren por mujeres.

*J.- Me podías decir la plantilla de enfermeras. APD, urgencias, ¿urgencias cuando empezó?*

*GE005.-Cuando yo llegué ya estaban. Ya estaban en el perpetuo Socorro y en Haro también había y en Arnedo y en Calahorra.*

*En una de las inspecciones que hacía con el Director Provincial, al hacer la ronda por los ambulatorios de la provincia me encontré con un celador que*

*yo trabajé con él en Cruces y estaba de celador en Haro, Pedro y le suelo ver bastante, le preguntaré.*

*J.- Entonces urgencias había en...*

*GE005.- Calahorra, Arnedo en el Perpetuo Socorro en Alfaro no había y entonces en Haro tenemos duda. La plantilla que tenían eran tres médicos y tres enfermeras. Habitualmente eran chicos porque trabajaban en otro sitio.*

La jornada laboral de las enfermeras de los ambulatorios o instituciones abiertas de la seguridad social se dividía en dos tipos de puesto de trabajo, las de seis y las de siete horas, casi siempre condicionados y adaptados a los intereses de los médicos y no tanto de las necesidades de los pacientes, como bien nos indica la informante

*GE005.-Enfermeras había sesenta y tantas en el Perpetuo Socorro. Algunas de seis horas y otras de siete horas. Creo que esa diferencia era porque un turno de seis horas no se podía partir y uno de siete si, y la mayoría de la gente que tenía turno de siete horas es que iba de nueve a una y de cuatro a siete o a ocho, creo, porque cuando a alguna que necesitabas le decías de venir y te decían no yo soy de seis horas y no puedo partir el turno. No he visto la norma escrita pero yo creo que era eso. Como los médicos eran los que ponían los horarios hasta que llegué yo y dije no me da la gana, yo tengo una enfermera y tengo que rentabilizarla, tengo que poner porque tiene médico dos horas, pues esta dos horas pero una enfermera pasa tres médicos no dos y pasaban dos horas porque dos horas y media yo no los he conocido nuncaaaa, nunca en teoría si, pero nunca dos horas y media. Yo también me beneficiaba de que no estuvieran dos horas y media porque entonces no tenía personal jajajaja.*

Así mismo la informante GE005 nos da una idea aproximada de cómo esta distribuida la plantilla de enfermeras en el resto de la región.

*GE005.-El personal de Haro, había cinco o seis enfermeras y dos auxiliares. En Arnedo tres o cuatro enfermeras y una auxiliar. Calahorra había más pero era porque tenía rayos y laboratorio. En Arnedo en algún momento hubo laboratorio pero nada, nada, una cosa política pa decir ya os hemos traído, pero mentira. En Calahorra habría ocho. Ana Puerta igual se acuerda más...Sabes quien te dirá Maria Jesús Gil de Gómez, no estuvo trabajando en Arnedo contigo es que le perdí un poco el control. Ella es de Arnedo estudió en la misma escuela que yo luego se fue a Calahorra luego a Arnedo hubo problemas con su plaza ...*

*En Alfaro había dos en un principio una. En Cervera había una y una auxiliar, no había enfermera.*

*De Zona habitualmente había uno por cada dos médicos eso era el porcentaje. Yo creo que cuando yo llegué al ambulatorio había seis o siete no*

*mas a medida que se iban jubilando ya, pero no te lo pierdas la enfermera pasaba consulta pero no pinchaba, eso solo lo hacia el practicante de zona. En Alfaro había un APD y en Cervera uno en Haro había quizás dos en Nájera si había una auxiliar sola. En Santo Domingo, creo que solo había un dentista que creo tenía concierto con la seguridad social ni sabia de él.*

La comunicación y coordinación entre los servicios sanitarios dependientes de la antigua Diputación Provincial, (posterior Consejería de Salud), con el INSALUD eran nulos, dado que la dependencia jerárquica, los nombramientos etc., procedían de instituciones y líneas jerárquicas diferentes. Éste hecho genera desconocimiento y cierta desconfianza lo que produce a la larga dificultades para la integración y coordinación de servicios, objetivo que persigue la reforma sanitaria del ochenta y cuatro. Esto se ponen de manifiesto a continuación cuando se pregunta a los responsables del INSALUD por la coordinación con otros servicios ajenos como es el caso de la informante GE005 y como del GM002 que nos indica el cometido fundamental en la gestión de los servicios sanitarios de médicos y ATS de APD (Anexo 7).

*GE005.- No nunca, yo con la Consejería nunca he tenido ninguna relación mi relación era de dependencia con el Director Provincial...*

*Cuando a mi me mandan que pida un centro un ambulatorio para poderme nombrar Jefa de los Ambulatorios, pedí el Vara de Rey y mientras hicieron mi propuesta de Jefa de Enfermera a Madrid porque el nombramiento era en Madrid no a nivel provincial. El Director hacía la propuesta, pero el nombramiento venía de Madrid del INP.*

*J.-Por parte de la Consejería que papel jugaba en ese momento.*

*GE005.-Bueno yo diría que a la Consejería en un principio todo esto le sonaba a japonés, ni le iba ni le venía. La Consejería andaba con el tema de los médicos rurales, que es un mundo completamente diferente ¡eh! al principio era una relación muy escasa entre la Consejería e INSALUD. Al ser el INSALUD un organismo estatal y Consejería un ente dependiente de la Diputación en un primer momento, y después dependiendo de la comunidad autónoma, que empieza a andar con una serie de carencias enormes y con una falta gente de todo tipo y tal y cual, tenía otra serie de problemas diferentes y es que era un tema del que no tenía relación unos con otros y los médicos rurales veían eso.*

A continuación nos ilustran sobre la actividad asistencial ambulatoria de La Rioja a principios de los años ochenta comenzando por la informante GE07 que desarrolló la mayor parte de su vida laboral en el ambulatorio de Labradores, que se pone en marcha junto con el de Vara del Rey en 1978 (**Anexo fotos 14**) que años más tarde se reconvertirá en el centro de salud Espartero (**Anexo fotos 12**), donde reingresa después de una excedencia por la

crianza y cuidado de hijos. La forma de trabajo según los diversos relatos de las informantes esta podías ser el esquema general de funcionamiento de las enfermas de los diversos ambulatorios de la región. Estos ambulatorios tiene una Adjunta a la Jefa de Enfermeras del Ambulatorio del Perpetuo Socorro.

*J.-... entonces tú me dices que reingresas en....¿cuál de ellos?*

*GE007...Por cuestión de organización familiar no pido ingresar en el hospital, yo pido ingresar en los ambulatorios que es así como se llamaban y coincidió que se habrían en ese momento Labradores 3 y Vara de Rey era el año 78*

*J.-Entonces ¿cual estaba abierto?*

*GE007.-Estaba el ambulatorio central el que estaba al lado del Hospital y la Beneficencia y la casa de Socorro....*

*J.-En cuál de ellos reingresas*

*GE007.-En el de Labradores, toda mi vida profesional la he desarrollado ahí*

*J.-Qué personal de enfermería había ahí*

*GE007.-Estábamos tres enfermeras y dos auxiliares*

*J.-¿Había practicantes de cupo de zona, cuántos había?*

*GE007.-Pues tres*

*J.-¿Teníais una dirección autónoma del centro o dependíais del ambulatorio central?*

*GE007.-Dependíamos totalmente del central*

*J.-Entonces había tres enfermeras y tres de cupo, APD ¿había alguno de ellos?*

*GE007.-Sí, había alguno de ellos, estaba Claudio Armas, Claudio vino después, ¡eh!, ¡eh!, Donato Oliván y había otro pero no me acuerdo*

*J.-Y de las tres enfermeras que quedasteis allí cómo se llamaban te acuerdas?*

*GE007.-Sí, M<sup>a</sup> Cruz Pinillos y la otra era una que no tenía la plaza en propiedad que empezó a hacer sustituciones, era Carmen García Jalón, le llamábamos Miluca y yo*

*J.-¿Qué población teníais inscrita mas o menos, cuántos cupos médicos teníais? ¿Sabíais cuanta población era fácilmente...?*

*GE007.-Hombre pues mira unas 25000 personas más o menos*

*J.-¿Para tres cupos no?*

*GE007.-No, para muchos más cupos, la población de cada cupo venía a ser como ahora, quizás algo más*

*J.-¿Qué turno de trabajo teníais allí?*

*GE007.-Teníamos 6 horas, nos pagaban por 6 horas, teníamos tres cupos, cada dos horas uno*

*J.- ¿Qué es lo que hacíais allí? Perdona, ¿esto era de 8 a 3?*

*GE007.-No, era de 8 a 2*

*J.-Por las tardes había alguien?*

*GE007.-Sí*

*J.-¿Y no había ninguna enfermera?*

GE007.-Sí, había una enfermera y una auxiliar por las tardes.

J.-Entonces ¿erais 4?

GE007.-Es que ésta Miluca empezó de tarde

J.-¡Ah! o sea dos por la mañana y una por la tarde, estamos hablando del año78, en el 84 así cuánta gente había? ¿Aumentó la plantilla?

GE007.-Sí, aumentó la plantilla

J.- No estamos hablando de centro de salud todavía

GE007.-No, no, si aumentó la plantilla

J.-¿A cuántas enfermeras?

GE007.-Pues a una más por la mañana y otra más por la tarde y una auxiliar por la tarde

J.-Entonces erais 5 enfermeras ¿y practicantes?

GE007.-Seguían los mismos los 3 que había

J.-Eso antes de convertirse en centro de salud erais 5 enfermeras y tres practicantes. Otro dato importante.

J.-¿Después, cuando empezabais la consulta qué es lo que hacíais por la mañana cuando llegabais, cómo era una consulta normal? Cuenta un poco cómo era en ese momento la labor tuya

GE007.-Era exclusivamente hacer recetas y tomar tensiones, exclusivamente, no había una determinación de glucosa porque entonces no existía aparato, no había medios, no había nada, mas que tomar tensiones, si el médico tenía confianza la enfermera tomaba las tensiones pero como no tuviera confianza ni las tensiones. Era una máquina de hacer recetas hasta el punto de que cuando yo me incorporé dije pero ¡Dios mío esto que es!

J.-¿Era diferente a lo que tú creías?

GE007.-Era diferente a lo que yo pensaba que podía ser aquello, yo no sabía la existencia de practicantes de cupo, yo pensaba que allí se iba a hacer, pues lo que luego íbamos a hacer, pero claro...

En las cabeceras de comarca existen ambulatorios, en los cuales las enfermeras también tienen dependencia jerárquica de la mencionada Enfermera Jefe de Logroño. La actividad laboral es similar a la expuesta anteriormente, aunque mantiene alguna peculiaridad como nos muestran a continuación las diversas informantes, la GE012, nos precisa la situación a finales de los años setenta en servicio de Ambulatorio de Arnedo, en el cual trabajo durante un tiempo, hasta trasladarse al de Calahorra.

GE012.- Pues estoy en el San Millán hasta que voy a Arnedo.

J.-¿Tu estuviste en Arnedo?.

GE012.-Sí, yo estuve en Arnedo, de trauma paso a laboratorio una temporada y Arnedo voy en el 76, bueno en Diciembre del 75 a septiembre del 76.

J.-Se crea entonces el ambulatorio de Arnedo.

GE012.- *Justamente comienza y viene el ministro el Sr. Solís, que estoy en la foto con él en el periódico, porque justamente se inaugura yendo yo a Arnedo, es curioso voy cogiendo unos cambios tremendos*

J.-*¿Cuántos estabais allí en Arnedo?*

GE012.-*Muy poco personal, dos enfermeras, una auxiliar, el personal de limpieza, dos celadores.*

J.-*¿Estaba de celador Teo?*

GE012.-*Estaba Teo efectivamente y luego Antonio que luego se paso a Calahorra.*

J.- *Había urgencias entonces, se inauguró en el año.*

GE012.- *El servicio de urgencias yo creo que ya cuando yo me marchaba ya me parece que empezó a funcionar, entonces se atendía todo ...*

J.-*Qué hacíais en Arnedo, una enfermera de Arnedo en aquella época, qué hacía.*

GE012.-*Pues esta enfermera en concreto, atendía dos consultas médicas, luego empezó pues el almacén un poco también.*

J.-*Estaba Milagritos ya.*

GE012.-*Si Milagros estaba, Milagros era mi compañera Milagros era la dueña del terreno, lo vendió e hicieron el ambulatorio.*

J.-*Que te iba a decir, el atender la consulta que dices, en qué consistía más o menos en preparar*

GE012.-*Bueno yo estaba con el médico y estaba allí rellenando las recetas, lo que él me mandara, lo que el me mandara.*

J.-*Como auxiliar del médico, como Ayudante Técnico Sanitario.*

GE012.-*Eso es.*

J.-*Tenías algún tipo de intervención autónoma.*

GE012.-*Si porque llegué y Milagros era una persona que me dejó hacer, o sea fue así y me empecé a ganar a la gente, estábamos pocos, me gané hasta la administradora, hasta el novio y todo y su hija estaba de auxiliar... Loli estaba de auxiliar y hacía la consulta de dientes y en pediatría estaba parcialmente el tiempo de la consulta, porque yo cuando terminaba con el otro médico pasaba a esa consulta, entonces me toco estar con el doctor Pérez Ruiz y con el doctor, ya te diré.*

J.-*Con Santiago Aparicio.*

GE012.-*No, alguna vez le he ayudado, estaba el doctor Aparicio, estaba el tío de Ramón, se llamaba Martínez y luego estaba el pediatra que era el más joven de todos.*

A comienzos de los años ochenta momentos antes de la reforma sanitaria, otra informante nos indica la dinámica de trabajo en el ambulatorio Nuestra Señora de Vico de Arnedo, concretamente en el año 1983, cuando se instala un laboratorio de análisis de sangre con el cual se evitan desplazamientos de la población de la comarca a Calahorra o a Logroño.

*J.-Empiezas a trabajar cuéntame un día normal del ambulatorio de Arnedo*  
*GE020.-Bueno pues, paso por el laboratorio, después de que se resolvió el tema del traslado un 15 de marzo del año 83 se inauguro el laboratorio. En enero cogieron a una compañera enfermera para que lo empezara a llevar y montar con una auxiliar Loli Heras, contrataron a una enfermera hasta que llegara una propietaria, entonces llegué yo y tuvieron la deferencia de dejarla 8 o 10 días para enseñarme el funcionamiento del montao y la dinámica del laboratorio de entonces. Estamos hablando del laboratorio, que cuando lo contamos hoy día, cuando lo cuentas, era de la época de... Ya había trabajado de alumna en el laboratorio en primero. (Se refiera a que había hecho prácticas en primer curso. En la época es frecuente que se denomine a las prácticas ir a trabajar).*

*J.-Bueno estabas en Arnedo*

*GE020.-Tenía una pequeña experiencia de cuando estudiaba pero bueno la responsabilidad al cien por cien era mía entonces...Lo que hacíamos de 9 de la mañana a 10 hacíamos las extracciones he llegado hacer hasta sesenta una enfermera sola. Puntualizo aparte de Quel, Herce, Arnedillo, teníamos Autol. Año 83 empezamos hacer las extracciones en Arnedo, tenemos Arnedo y todos los pueblos. J.-¿Hacíais las extracciones? ¿Los practicantes no hacían?*  
*GE020.-No, no, no, los practicantes se limitaban, tenían una pequeña consulta, entre ellos se turnaban, porque sus salarios eran muy extraños, hacían como dos horas presenciales en el centro lo que era el consultorio, ambulatorio y luego se iban a los domicilios o a donde se fueran, pero nosotras hacíamos de 8 y media a dos y media igual. En el laboratorio en aquella época era todo manual poníamos las sangres en unos tubos totalmente abiertos no había taponos, las orinas en frasco. Los frascos de lo mas variopinto, en lo que la gente traía, botellas, botes de conserva, vamos de todo. Cuando terminábamos las extracciones entrábamos, centrifugábamos esa sangre de forma manual para separar el suero del plasma. Antes Loli cogía con unos pequeños capilares que pinchaba en plastilina para taponarlos y los metía en una pequeña centrifugadora con el riesgo de cortes pinchazos, bueno en fin, la tecnología de la época, pipeteábamos a pelo a boca. Los chupetones cuando empezamos eran alucinantes, luego ya le cogimos el aires y procurábamos no chupar de nada. Algún trago nos pegábamos, vete tu a saber de que. Las técnicas eran totalmente manuales con un lector y ahí hacíamos el hemograma, hacíamos velocidad de sedimentación el hemograma con su hematocrito luego las lecturas de formulas, que para ello venía un analista que estaba contratado dos horas para cuando el venía ya teníamos los portas teñidos secos y luego todo reciclar es decir luego todo a fregar religiosamente con las escobillas. Año 83 y así estuvimos desde el 83 hasta el 85 jajaja.*

*J.-Tu te dedicabas a eso durante toda la mañana.*

GE020.-De 8 y media a 2 y media el día que podía irme a las dos y media, pues nos marchamos a las cinco de la tarde hasta que le cogimos es aire.

J.-Quién distribuía

GE020.-Como nuestra capacidad de trabajo era inmensa todo lo apuntábamos en un libro de anillas con los nombres de los pacientes y me lo llevaba a casa los volantes que eran pequeñito

J.- ¿Tenías hijos ya?

GE020.-No, no y lo transcribía a mano en mi casa porque muchas mañanas no me daba tiempo y al día siguiente llegábamos y lo distribuíamos a los médicos.

J.- Qué enfermeras había.

GE020.-Tres, estaba Milagros, a la vez que yo entré, llegó Carmen Gonzalo, y María Jesús Gil de Gómez que se marchó a Calahorra y en ese hueco entro Carmen Gonzalo y con la creación del laboratorio entre yo

J.- Entonces con una dotación

GE020.-De tres enfermeras Carmen y Milagros mas Loli que estaba de auxiliar un poco para todo y yo en el laboratorio y eran dos practicantes Miguel y Daniel con la Marcelita que era la Matrona, así era la dotación del año 83.

J.-¿Estas qué hacían?

GE020.-Bueno, Carmen Gonzalo y Milagros tenían la mañana repartida en distintos horarios y se iban pasando de consulta a consulta del Don Iluminado don Santiago Don Ángel y Puri la doctora Sáenz que yo creo que llevaba dos años. Entonces pasaban a ratos las consultas de unas a otras y como en aquella época se pasaban las consultas médicas, se sentaban a su lado en una mesita y tiraban de bolígrafo; Ayudarles a hacer recetas partes de alta baja. **(Anexo fotos 6)**

J.-¿Cuántos estaban en el servicio de urgencias?

GE020.-Cuando yo llegué en el año 83 ya estaban instaurados, podían llevar unos cinco años ya tenían su tiempo ellos entraban a las cinco y salían a las nueve de la mañana del día siguiente. Pues los médicos de cabecera a las dos, dos y media de la tarde se iban a casa y si había alguna urgencia se les llamaba o venían aquí o el celador se le decía vete a casa del don tal que te atenderá allí pues todos tenían consultas en sus casas. Yo en ese sentido he tenido una gran suerte, porque he pasado al ambulatorio totalmente independiente hacía de mi capa un sayo.

Y en el año 85 lo desmontaron y entraron las especialidades, a Arnedo Entraron Ginecología que la hacía Marcelita la matrona. Luego entró Pulmón y Corazón y Trauma. Desmontan laboratorio y antes de desmontar el laboratorio montan el servicio de rayos en la consulta de Daniel y Miguel año 85 en abril....Pone las especialidades en Arnedo como una gran novedad lo ponen por la tarde. Hasta entonces estaban en Calahorra.

*Cuando vinieron en el año 85 Miguel Fernández Ruiz no recuerdo los nombre de los que vinieron a Arnedo trataban a sus pacientes y pasábamos la consulta por las tardes*

*J.- Que papel tenías en esa consulta, aumentaron personal*

*GE020.-Nosotras trabajábamos de 8 y media a dos y media y las consultas las pusieron por la tarde menos ginecología y era Marcelita la encargada del tema y ella pasó de estar por la tarde atendiendo los partos, hoy ya no, pues se iba a parir al hospital. Y nosotras tanto a Carmen Gonzalo como a mi nos ofertaron venir unas horas por la tarde además de a pasar de, pagándonos a pasar la consulta. A ellos los especialistas les pagaban el kilometraje mas a tanto la hora de consulta ya nosotras a tanto la consulta quiero decir muy bien pagadas, muy bien pagadas.*

*J.-En vosotras había sensación de cambio adverso, había sensación de que la política entraba en la sanidad.*

*GE020.-pues en aquella época todavía no, después si, cuando las especialidades empezaron, ellos venían muy tranquilos muy sosegados y los problemas empezaron cuando se empezó a hablar de jerarquización de especializada, ellos venían del ambulatorio o del hospital. Tenían que asumir el pasar a ser trabajadores exclusivamente del hospital ellos ahí tuvieron sus grandes conflictos*

*J.- Eso en cuanto a los médicos a vosotras*

*GE020.-No, no, no nos afectaba, pero oye no hemos hablado de la convalidación a DUE, pues nosotros fuimos ATS y convalidamos los estudios en el año 80, fue con la aparición de los DUE que trato de hacerla en Madrid pero la hago en la Rioja en el año 83, por la cantidad de ATS que había, en La Rioja como éramos menos cada año entraban los que querían por ser menos hice el examen en el año 83.*

*J.-Volvamos a Arnedo*

*GE020.-No hay ningún movimiento seguimos con la tranquilidad de ocho y media a dos y media después de laboratorio pasé al servicio de rayos de forma independiente claro yo salgo de laboratorio me lo desmontan y montan los rayos y yo llevo rayos luego en las especialidades por la tarde y así estos una temporada larga. Yo estaba también de escribiente con el especialista pero estaba de apoyo pero la actividad era mas abierta, pues en la de cirugía veías una apendicitis, veías un pilonidal veías algo mas que una enfermera de la mañana. Ahora que dices. Por la mañana pusieron Ginecología y Traumatología para que a la par se hiciera rayos y por la tarde cirugía y pulmón y corazón. Milagros y Carmen amplían alguna plaza pues ellas eran incapaces de llevar todo y entran dos nuevas personas al ambulatorio de Arnedo que son Esther y Pilu se incorporan con horarios de seis horas pasan consultas ayudan a Milagros y Carmen y nos redistribuimos un poco.*

*J.- ¿Las vacunas?*

GE020.-Las vacunas no, nos hacíamos cargo, eso era Sanidad se ponían por las tardes lo hacía Sanidad entonces lo ponía don Santiago que era el titular de Sanidad con Marcelita o Daniel y Miguel (Comadrona y practicantes titulares de APD respectivamente) lo hacían un día a la semana. Yo a mi hijo me lo vacunaron ellos y a sido una evolución bastante rápida ha sido todo. En otro momento como en la especialidad la carga económica esta siendo importante pues nos tenían que pagar a Carmen y a mi empiezan a pasar las especialidades por la mañana y se reorganiza las consultas con Esther y Pilu creo que entraron en el 87, vosotros (se refiere a el equipo de Atención Primaria) entrasteis aquí en el 89, nosotras no oímos nada de la Atención Primaria, aquí nadie nos informa nadie nos dice nada.... Bueno pues estábamos aquí Esther Pilu, Carmen Gonzalo, Milagros y yo con Loli la auxiliar llevábamos especialidades con el servicio de rayos los de medicina general.

Algo muy similar ocurre en el ambulatorio de Calahorra donde informante GE012, ocupa cargos de responsabilidad en el ambulatorio desde el comienzo de la década de los ochenta, y nos ofrece su versión de la actividad enfermera en esta ciudad, comenzando por el emplazamiento del ambulatorio, hasta los inicios de la reforma sanitaria con la creación del centro de salud.

GE012.- Estaba, creo en una oficina de estas oficiales en el Mercadal, un edificio de estos antiguos (**Anexo fotos 9**) que es donde estaba la Tesorería, (se refiere a la Tesorería de la Seguridad Social).

J.-Tu, cuantos cupos médicos antes de pasar al centro nuevo, cuantos cupos médicos había, te acuerdas.

GE012.-Estaba el dentista, una pediatra y luego estaban de médicos, poquísimos también, es que se llenaba más porque empezaron a venir los especialistas.

J.- ¿Y en el centro nuevo?.

GE012.-No en el antiguo, en el antiguo a mí se me ofreció ya la jefatura en el 84 eh , que creo que fue en octubre del 84.

J.-Y entonces allí ya crece la población, el número de enfermeras y que nº de enfermeras había.

GE012.- En aquel momento ya vino también entonces, es que tengo que pensarlo ¡eh!, cuántas éramos, es que ha habido muchas variaciones, a ver, M<sup>a</sup> Jesús, Maruja y yo que estábamos en laboratorio, luego estaba la de dientes que lo hacía la auxiliar, había dos auxiliares en aquel momento, había tres enfermeras. Seis y dos auxiliares yo creo que estábamos y luego en el centro nuevo se amplía.

J.-Indudablemente ya tenáis especialistas, ya bajaban de Logroño especialistas.

GE012.-Como no había personal, lo que hacían era pagar un plus y se hacía la consulta voluntario-obligado, pero pagaban algo con los especialistas,

*entonces la primera especialidad que se desplazó fue la de trauma y luego quién más vino, ginecólogo...*

*J.-Estaba claro que no aumentaban personal por el volumen de personas que teníais, si no por el número de médicos que había.*

*GE012.- Yo creo que era un condicionante, es más, se hacía más de una consulta o sea que nunca había el mismo nº de enfermeras que el nº de médicos. Te comento, eso empieza, empieza en el otro centro.*

*J.- Ya empezó en el otro centro, pero bueno antes de empezar en el otro centro está claro de que erais seis enfermeras, tres practicantes y dos auxiliares, pasáis al centro nuevo y ya se pasa como centro de salud o cómo estamos ahí.*

*GE012.- Se pasa ya a boca jarro, para empezar a funcionar de otro modo porque las personas que hacen el traslado quieren la primaria funcionando*

*J.-La demanda cómo era, era muy abundante.*

*GE012.- Si, te digo del laboratorio del año que estamos hablando y ¡teníamos para pinchar ciento veinte personas eh, que te estoy hablando que era mucho para dos personas, todo el laboratorio!, ¡las extracciones eh, eran mandanga! yo he trabajado por las tardes también, ¡era muchísimo eh!.*

*J.-Pasáis a otra parte, o sea, que cuando vais a otro centro ya vais 7 en vez de 6, bien allí empezáis a atender tratáis de hacerlo de otra manera pero todavía no hay centro de salud.*

De manera muy resumida esta misma informante nos confirma en su relato que el contenido del trabajo de las ATS de ambulatorio no sufre variación significativa según el lugar, su intensa actividad se limita a ejecutar las ordenes o ayudar a los médicos generales o especialistas. La cultura laboral de las ATS de ambulatorio se reproducen a lo largo de toda la provincia indistintamente del pueblo o ciudad en la que está ubicado el ambulatorio, o dispensario local.

*GE012.- Bueno yo estaba con el médico y estaba allí rellenando las recetas, lo que él me mandara, lo que el me mandara.*

*J.-Como auxiliar del médico, como ayudante técnico sanitario.*

*GE012.-Eso es.*

*J.-Tenías algún tipo de intervención autónoma. ....*

*J.-Lo que hacíais era de enfermeras de apoyo cuando estabais en laboratorio, era diferente.*

*GE012.-Entonces se vivió además una revolución tremenda en laboratorio porque coincidió con los primeros scrining que se hicieron del sida, de la hepatitis, que nos toco todo aquel movimiento también y justamente entonces fue cuando se cambio de la jeringa de cristal a la jeringa desechable.*

*J.-Que fue otro gran logro, eso como lo del pantalón y la falda.*

*GE012.-Es que fue tremendo, yo recuerdo en laboratorio que teníamos que secar las jeringas porque no nos llegaban, las secábamos en la estufa, o sea las lavábamos, que era también una forma de esterilizar un poco y teníamos a*

*medio de pinchar, teníamos muchas extracciones eh, te estoy hablando que estábamos dos personas en extracciones, había ciento y pico personas.*

Como se puede deducir, la forma en que se organizan los servicios asistenciales, es producto de la multicausalidad, son muchas circunstancias que concurren, pero sobre todo de decisiones políticas. En los años setenta se constituyen la mayoría de los Ambulatorios de la Seguridad Social, en sus orígenes, distan tanto ideológica como prácticamente de los posteriores centros de salud. En La Rioja a principios de los años ochenta, se sitúan en los núcleos de mayor población como, Calahorra (**Anexo fotos 9**), Arnedo (**Anexo fotos 4**), Haro (**Anexo fotos 15**), Nájera (**Anexo fotos 21**), Alfaro (**Anexo fotos 2**) y Logroño, que son poblaciones donde existen zonas fabriles con importante número de trabajadores, hecho por el cual se facilita el crecimiento de los servicios de salud, de acuerdo al espíritu con el que nace la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad. El resto de núcleos poblacionales, cuyo sustento económico fundamentalmente es el agrario, tienen una menor concentración de ciudadanos y por ello quizás un menor impulso de dichos servicios.

En el Logroño de los primeros años ochenta, existen tres Ambulatorios, el del “Perpetuo Socorro” denominado coloquialmente el Ambulatorio Central, reconvertido posteriormente en el Policlínico del Hospital San Millán-San Pedro, situado en la Avenida de la Autonomía de la Rioja nº3. Allí se proporcionaban servicios de medicina general, especializada de cupo y de urgencias de ambulatorio, curiosamente a menos de diez metros de distancia del servicio de urgencias de la Residencia de la Seguridad Social de Logroño. (**Anexo fotos 26**) Servicio asistencial, este último, por el que los sanitarios de Logroño tanto médicos como ATS de cabecera del ambulatorio, podía dejar de estar localizados a partir de las cinco de la tarde además de domingos y festivos.

En la capital Logroño solo existen otros dos puntos asistenciales dependientes de la Seguridad Social que son: el Ambulatorio de Labradores situado en la calle Labradores nº 3 (**Anexo fotos 19**) y el Ambulatorio de General Vara del Rey (**Anexo fotos 14**) situado en la calle del mismo nombre en el nº 73, en sus orígenes ninguno los dos, se dan servicios ni de urgencias ni de especialistas de cupo. El desarrollo de la actividad asistencial de estos centros, era desde las nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde, cuando entraba en acción el servicio normal de urgencias, constituido por un practicante-ATS, un médico y un celador cuyo turno de trabajo era desde las cinco de la tarde hasta las nueve de la mañana. Atendían a todos los asegurados de la ciudad de Logroño y los

barrios-pueblos periféricos de Varea, Yagüe (**Anexo fotos 13, 17**), La Estrella y el Cortijo. A este respecto se expresa el informante GM002, que fue médico del servicio de urgencias y de cupo posteriormente desde los inicios de su vida laboral:

*GM002.- “Bien acabo la carrera en el año 78, me voy a la mili que era obligatoria y muy peculiar. Yo tuve la suerte de que me mandaran a Sanidad Militar a Burgos después de hacer el campamento. Bueno paradojas de la vida, se produce una situación similar a la actual de que había una gran carencia de médicos en ese momentos. Entonces se me apareció la virgen como digo yo, y como había tal carencia de médicos al poco tiempo de llegar a Burgos, el Director Provincial de Burgos (se refiere al director provincial del Insalud) a la sazón General de Sanidad Militar, me dice si yo tenía inconveniente en trabajar en el hospital de Burgos en el servicio de urgencias, y le dije, ¡que cosas tiene usted mi General!. Y allí empecé a trabajar yo en urgencia. Ya después, conseguí nada más acabar la mili trabajar en el servicio de urgencias de Logroño en el Ambulatorio que estaba ubicado en lo que hasta ahora ha sido el policlínico. De ahí pase a trabajar en lo que se llamaba las consultas de medicina general, siempre en Logroño nunca he trabajado en el medio rural es una experiencia que no tengo.....Yo llegué en el 76, estaba funcionando con una precariedad de medios importante. Me falla la memoria, pero me parece que estábamos posiblemente tres médicos y tres practicantes que se llamaban antes o diplomados o licenciados en enfermería, ATS, y una mano delante y otra detrás. Para atender a todo Logroño, a toda la ciudad de Logroño.*

En ese momento la distribución de los ambulatorios en La Rioja es un tanto precaria, existen tres en Logroño y luego en los núcleos de población más numerosa como Alfaro, Arnedo, Calahorra, Haro, a este respecto el informante GM003 conocedor directo como gestor que ha sido nos dice sobre infraestructura de los ambulatorios de Logroño y La Rioja:

*GM003.- El Central del Perpetuo Socorro, Vara de Rey y Labradores y punto.  
J.- Ya que hicisteis lo de la Rioja me podrás decir en la Rioja Baja había  
GM003.- Había en Arnedo, Calahorra, Alfaro había consultorio local Lo de Alfaro te cuento había un alcalde a principios de la democracia que engañó a no se que ministro y consiguió un T 3 que era un centro de salud que es el que sigue habiendo ahora Consiguió un T 3 que estuvo abandonado hasta el 85-86 por una carambola ¿sabes? Como el Puente de Hierro de Logroño que lo hicieron para Aragón y luego lo pusieron aquí, ¿no sabías eso? Sagasta engaño no le daban dinero para Logroño lo pidió para Zaragoza se lo autorizó el ministerio y ahí va si no son los ochocientos veinticinco metros, son los ochocientos ochenta metros son los justos para aquí jajajajaja.  
J.-¿En Haro había?*

*GM003.- En Haro había un ambulatorio (**Anexo fotos 15**), en Nájera había un consultorio (**Anexo fotos 21**), había dos o tres médicos en una bajera algo parecido al labrador antiguo de aquí, porque no había extracción tampoco.*

El resto de servicios de urgencias de ambulatorio que estaban situados en Calahorra y Arnedo funcionan con idéntico número de personal y de medios que nos indica el citado informante. Su turno de trabajo es una noche si y dos no.

Por otra parte existía la figura del practicante-ATS de Asistencia Pública Domiciliarias (APD), cuyo origen se remonta a la reforma sanitaria de la Segunda República, donde practicantes y matronas se integran al nuevo organigrama sanitario por el decreto de 14 de junio de 1935 al crearse el Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria y de las Matronas Titulares Municipales (**Anexo fotos 47,48,49,50**). Sus funciones eran de asistencia auxiliar médico-quirúrgica gratuita, de las familias pobres que se le asignen, prácticas profilácticas auxiliares sanitarias, bacteriológicas y epidemiológicas dispuestas por los cuerpos médicos, así como asistencia a partos normales, si no existe matrona en la plaza (Bernabeu Mestre. J, Gascón Pérez. E, 1999), o el practicante ATS de zona, que estaba en la misma circunstancia que el médico APD o de zona, con una asignación de determinadas cartillas que conformaban su salario. Normalmente en los años ochenta la asignación era de cupo médico y medio, o dos, de cartillas por practicante, profesional con alto grado de autonomía e independencia sobre todo en el medio rural, donde las circunstancias laborales eran auténticamente calamitosas, puesto que permanecían en situación de disponibilidad las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días al año. Para paliar esta circunstancia en el año ochenta las Delegaciones Territoriales del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, previo análisis, permiten que dentro del mismo partido médico o de partidos colindantes, se establezcan turnos de sustitución entre los profesionales los días festivos y domingos, que deben de estar localizados en los núcleos cabecera, debiendo dejar notificación en los lugares de costumbre, las oficinas de farmacias, puestos de la guardia civil, los consultorios o en sus propios domicilios (Orden 9 de septiembre 1981). Esta situación se prolonga durante años, como bien ilustran los siguientes informantes, por que a pesar de su precariedad por las carencias formativas institucionales, y a pesar de tener formación en algunos casos como diplomados en enfermería, también viven una situación de precariedad laboral e inmovilismo profesional muy arraigada en el pasado, que por mimetismo o

tradición se mantienen en el tiempo. De esto informan los siguientes tanto en plazas de ATS de APD, como de zona:

*GE004.-Terminé enfermería en el 1981, hice diplomado en enfermería en Zaragoza en el primer curso que hubo de diplomados que hubo, bueno aquí ya sabes lo difícil que era entrar. Soy de un pueblo de la Rioja y ya en agosto empecé a trabajar, haciendo sustituciones de APD aquí en La Rioja. Empecé en Corera después en San Asensio a continuación (año 81) ambulatorio aquí en Logroño en el ambulatorio que había*

*J.-En los pueblos os pagaban era un salario fijo, era por cartillas*

*GE004.- Si, si había una parte fija y otra por cartillas, las cartillas agrónomas se pagaban al doble que las otras,*

*J.-No te acordarás del precio y no tendrás alguna nómina*

*GE004.- Si alguna tendré. (Anexo fotos 45). Era obligatorio vivir en los pueblos, es que fue la forma de trabajar en atención primaria, aunque no funcionaba como atención primaria, había obligación de vivir en el pueblo, pasabas consulta. Se hacían técnicas de enfermería pero siempre hemos hecho de una forma u otra siempre hemos hecho educación sanitaria, sin trabajar por programas como trabajamos ahora pero educación sanitaria siempre hemos hecho, eso esta claro. Entonces hacía técnicas, recetas. Eran consultorios médicos había un despacho para el practicante independiente del médico, yo tenía tres pueblecitos de trescientos habitantes y el primer pueblo que hacía era Corera a las 12 de la mañana, estaba una hora después iba al Redal y después a Galilea y terminaba para la dos y media o así. Entonces tu estabas localizado durante todo el día excepto los fines de semana que hacía guardias con dos pueblos mas Ausejo y Alcanadre con los compañeros y empezaba la guardia el sábado a las tres de la tarde..Eran acuerdos entre nosotros pero que lo permitía la Dirección provincial de Sanidad que era de quien dependían .*

*Hacíamos domicilios y una cosa muy curiosa no teníamos material desechable en los años 81 y entonces lo comprobamos nosotros y no se si has oído hablar de las Igualas que se cobraban Y de esas igualas pagabas el materia pero comprobamos jeringas suturas etc....*

*J.-Tu sabes si había forma de pasarlo al Ayuntamiento o a la Consejería o INSALUD de facturarlos.*

*GE004.- No, no incluso no teníamos obligación de ir a pasar consulta a todos los días a los pueblos porque era el titular, el pueblo titular y luego los anejos. Pero con este sistema de Igualas íbamos tanto el médico como yo todos los días.*

El trabajo que realiza la enfermera en este partido médico esta claramente vinculado al paradigma racional tecnológico, y el origen de su labor fundamentalmente viene derivada del trabajo que le genera el médico, que al ser un profesional de edad parece según la informante GE004 que se ciñe más

al citado paradigma, actitud cambiante cuando se incorpora un profesional recientemente titulado.

*J.-Ibais juntos o ibais uno a una hora y otro a otra*

*GE004.-No íbamos a la misma hora, al principio cuando empecé a trabajar estuve, trabajé con un médico que era muy independiente y bueno el hacia su consulta yo la mía el, era ya de ciertos años, el me daba muy poco trabajo entonces...el trabajo eran técnicas derivadas. Posteriormente a los dos años ya tuve la suerte de que viniera otro médico recién acabado y empezamos a trabajar en equipo, abriendo historias....*

Esta misma informante, nos describe claramente que esta situación adscrita al paradigma racional tecnológico se da a pesar de ser ya Diplomada en Enfermería. En un contexto diferente comienza de forma intuitiva por una parte, e inducida por otra, una transformación de su estrategia de trabajo, a pesar de no haber recibido en la formación de pre-grado instrucción específica sobre la Atención Primaria.

*GE004 A.-Si ya estaba casada ya tenía un hijo, en el 80 tuve el hijo y en el 81 acabé la carrera....No en segundo como ya era universitario, era en la universidad de Zaragoza las prácticas dependían del Clínico Universitario era otra libertad, que no una escuela de un hospital provincial ya era nivel universitario. Tampoco me facilitaron las cosas bien es cierto que no pedí que me las facilitaran entonces.*

*J.-Te condicionaba el estudiar u trabajar tener un hijo etc.*

*GE004.- Pues no porque tuve mucha ayuda para cuidarme al hijo y entonces, ya estudiaba muchísimo porque quería terminar pronto y después a la hora de hacer cursos y demás no tuve ningún problema porque me tenían al crío y bien es cierto que haciendo sustituciones y después me quede en Corera porque pidió traslado la ATS que estaba en Corera y por el hecho de tener un hijo me ofertaron y me dieron la interinidad, en la que estuve diez años, porque en diez año no hubo una oposiciones. Posteriormente se crearon los centros de salud, primero en la capital y entonces convocaron oposiciones. Claro con los APD no sabían que hacer porque nuestro contrato ponía que no te podían quitar nadie una plaza si no era por una oposición y en diez años no ha habido oposición y claro si en diez años no ha habido oposición no había quien te lo quitara, Ni te podían echar ni te podías ir a un centro de salud directamente. Convocaron oposiciones que eran oposiciones a nivel de toda España, eran oposiciones dependientes de la comunidad autónoma adscritos a centros de salud con lo cual yo sigo siendo funcionaria de la comunidad autónoma pero tengo el mismo trabajo que cualquier otro trabajador del centro. Me presento a la oposición del 91 durante ese tiempo trabajo allí.*

*Yo te digo como trabajaba entonces, en el pueblo como APD y posteriormente como empecé trabajando en la primaria. En el pueblo como APD, pasaba consulta bien es cierto como te he dicho antes empecé a hacer historias*

*conjuntamente con el médico trabajando de forma conjunta haciendo historias escritas y ya no a programarnos, por que no era algo programado pero si, no se trabajaba como se trabaja ahora con los programas pero si, ya a citar a la gente a controles y a educación sanitaria, diabéticos, hipertensos fundamentalmente.*

*J.-Esos programas o subprogramas que dices, quién marcaba la pauta de ellos.*

*GE004.-El médico, estaba centrado en esa patología y el marcaba, bien es cierto que me daba, vamos que me dejaba libertad para que según las cifras que yo. Vamos que según..eh! pues actuara. Al principio si que marcaba el pero después ya empezamos a*

*J.-¿ Él era medico de familia?*

*GE004.- no, no, no pero su forma de trabajar.*

*J.-las historias que tenáis eran unas fichitas o sea...*

*GE004.- No eran historias Si empezamos con fichas, pero..*

*J.- Usabais uniforme.*

*GE004.-No, una bata que nos comprábamos nosotros, juntamente con el material, de ahí el dinero de las igualas, a pesar de que los ayuntamientos tuvieran dinero para eso pero no.. Bueno como te digo pasaba media hora en cada pueblo tres cuartos de hora y el resto del tiempo estaba localizada. Era obligatorio vivir allí hasta que se crearon lo centros de salud y entonces yo vivía en Corera y el médico en Galilea en una casa del ayuntamiento que pagaba renta, muy poco, una renta simbólica para arreglos, y al principio la casa estaba bastante mal. Pasaba la consulta en la propia casa porque era la casa la antigua casa del médico del pueblo y aquí en este caso los de Galilea fueron mas listos y le hicieron una casa mejor al médico y entonces el anterior a este se fue para Galilea y quedo la casa de Corera para vivienda del enfermero.*

Dadas las condiciones y circunstancias particulares en las que viven los profesionales sanitarios titulares de los pueblos, tienen que adaptarse a los imprevistos derivados del trabajo típicos de la zona rural, por ello se les facilita por parte de la población, una especie de sobresueldo que garantice el derecho de asistencia las veinticuatro horas que denominan “La Igualada”, que consiste en el derecho a asistencia fuera del horario regulado de consulta de la seguridad social, sea día laboral o festivo, a cambio de una aportación económica que cada familia voluntariamente proporciona al practicante por una parte y por otra al médico, como bien cuenta el informante GE004.

*GE004.-...una cosa muy curiosa no teníamos material desechable en los años 81 y entonces lo comprábamos nosotros y no se si has oído hablar de las Igualas que se cobraban Y de esas igualas pagabas el materia pero comprábamos jeringas suturas etc....*

*J.-Tu sabes si había forma de pasarlo al Ayuntamiento o a la Consejería o Insalud de facturarlos.*

*GE004.-No, no incluso no teníamos obligación de ir a pasar consulta a todos los días a los pueblos porque era el titular, el pueblo titular y luego los anejos. Pero con es sistema de Iguales íbamos tanto el médico como yo todos los días.*

Otro ejemplo de este tipo de salario nos lo muestra el informante GE015 que al preguntarle en que consistía el salario nos dice:

*GE015.-El sueldo era se cobraba, vamos a ver, las igualas y luego un sueldo de la seguridad social y un sueldo de sanidad*

*J.-Y las igualas como las cobrabais*

*GE015.-Había un cobrador del pueblo que se encargaba, que cobraba el 10 por ciento y en una tarde o dos cobraba a todos y ya esta, no había ningún problema*

*J.-En que año era eso mas o menos*

*GE015.-En el 70*

*J.-Cuánto costaba una familia mas o menos, se cobraba por personas o por familias*

*GE015.-Por familias, pues normalmente, pues si quieres que te diga no me acuerdo creo que era entre 60 y 100 pesetas*

*J.-Y que se ganaba mas o menos entonces para comparar un poco*

*GE015.-Con igualas, yo te lo voy a decir con igualas y los sueldos es que no me acuerdo bien ahora, aproximadamente 11.000 pesetas o cosa así*

*J.-11.000 pesetas y se vivía con eso bien*

*GE015.-Sí, con todo que dijeran si*

*J.- Después cuando había algún parto o alguna cosa así mas especial, cobrabais a parte*

*GE015.-Nada*

*J.-Os encargabais de la vacunación para conserjería, la diputación, sanidad*

*GE015.-No no se encargaba de nada*

*J.-Inspección de locales y esto*

*GE015.-Tampoco, nada.*

Este mismo informante posteriormente desarrolla su trabajo en la ciudad de Logroño como ATS de zona en el ambulatorio de Labradores y nos describe la importancia del pluriempleo para los ATS masculinos que ejercen en la capital indicando como los puestos de atención primaria eran ostentados por ATS masculinos ya que según manifiesta las mujeres se dedican más a trabajar en los hospitales

*J.- ....¿Cuántos cupos tenías?*

*GE015.- Llegué a cuatro*

*J.-Cuántas plazas había de APD, que era una de las cosas que yo quería preguntarte importante*

GE015.- *Ya de APD no eran ¡eh!*

J.-*Vaya, perdona de zona*

GE015.-*De zona, aquí en este ambulatorio, en este ambulatorio habría, vamos a ver, de ocho y media a diez, once y media una, dos y media, el trabajo era de ocho y media a ocho y media, doce horas*

J.-*Seis horas*

GE015.-*Sí seis o siete*

J.-*Siete, que mas ambulatorios había estaba el de Vara de Rey, ahí cuantos de zona había*

GE015.-*Pues igual sí, es que los horarios los mismos, empezaban a las ocho y media y acababan a las ocho y media*

J.-*Y el del Perpetuo Socorro, el del San Millán, lo mismo*

GE015.-*Como el del San Millán*

J.-*Sí hombre el ambulatorio que había*

GE015.-*No era de zona el del San Millán aquel era de urgencias*

J.-*Pero también había de zona*

GE015.-*Al principio sí, pero igual cuando empezaron de ocho y media a ocho y media*

J.-*Te estoy hablando que había siete en los tres*

GE015.-*Si siete, se empezaba cada hora y media incluso con tres cuartos de hora empezaron las consultas eh, luego se paso a hora y media y luego ya por fin todos iguales*

J.-*En los barrios había atención de practicante a parte de las igualas o*

GE015.-*¿Dónde en la capital?. En la capital también solía haber igualas pero pocas eh, pocos se dedicaban a las igualas, es que la capital lleva otro ritmo de vida que los pueblos, en los pueblos casi era una obligación y en la capital era mas voluntario, el que quería con el practicante ¡eh!, pero te quiero decir que no, era una obligación en los pueblos que no era legal, vamos a decirlo así pero que todo el mundo lo admitía, pero aquí en la capital no, aquí se igualaban con médicos y practicantes al menos al principio ¡eh!, al principio, en los años 70 o así, pero es que aquí llevaba otro ritmo la vida, en la capital que en los pueblos. Porque alguno de la capital era que los masculinos se situaban en los puestos oficiales, que entonces había que tener dos o tres puestos oficiales, porque aquí masculinos en Logroño habría pues unos en los años sesenta y tantos al setenta habría como quince practicantes, no había mas. Entonces claro tenían el hospital, la seguridad social, el psiquiátrico o yo que se, cosas de empresa y la Biblia y se lo repartían entre catorce o quince o así*

J.-*Las mujeres ahí no entraban*

GE015.-*No, hombre no entraban, de tal forma que no estaban colegiadas en el colegio hasta el año setenta y tantos setenta y cinco, setenta y ocho ochenta, no se colegiaron a las mujeres, las mujeres se dedicaban a la residencia y alguna clínica que había o así*

*J.-Era mas trabajadoras de hospital que vosotros*

*GE015.-Sí, sí, en la calle nada, entonces claro que había que operar a uno, pues llevaba de ayudante a uno o dos ATS y entonces llamaban a otro médico al cirujano y un ATS o dos, para ayudar de campo y a lo mejor si había una enfermera en la clínica y un ATS masculino pues también instrumentaba y todo era de hombres en aquellos tiempos normalmente, quiero decir.*

Situación muy similar es vivida algunos años más tarde en 1983-84 por parte del siguiente informante, que aunque ostenta plaza en propiedad desde el principio de los ochenta en un centro de salud de La Rioja, nos cuenta su experiencias como interino y sustituto de zona y APD en la provincia de Zaragoza.

*GE002.-Hice una primera sustitución en un pueblo. Me gusto bastante y descubrí una atención más cercana*

*J.-En tu formación como enfermero no hicisteis prácticas en centro de salud en atención primaria.*

*GE002.-Para nada no se hacían en AP se hacían todas en el clínico de Zaragoza, que era el de referencia de la Universidad de Zaragoza*

*J.-llegaste al pueblo y eso te.*

*GE002.-Si, llegué al pueblo y ahí coincidí con un chaval, un médico con el que entablamos amistad. Era del pueblo y hacia su primera sustitución, y yo era mi primera sustitución. Era una zona que tenia tres pueblos, dos de cierto tamaño y otro muy pequeño. La costumbre era que el médico vivía en un pueblo y el practicante en otro y **pues la atención que realizabas era el médico venia en tu apoyo y el te apoyaba.** Él te dejaba recetas firmadas en total ilegalidad, tu hacías de médico de forma bastante inconsciente. La verdad es que cuando uno lo mira con el paso del tiempo te asusta un poco, ¡lo que podía haber pasado!. Si es cierto que con muy buena colaboración esa primera sustitución 15 días solamente en el Bajo Aragón, Jarque Yueca y....A partir de ahí hice diversa sustituciones en la zona con una dinámica similar un año aproximadamente, más de un año, casi dos. Estuve en un pueblo casi siete meses y con una particularidad, el médico era el representante en el Consejo General de Médicos y de los médicos rurales y se desplazaba con frecuencia a Madrid y yo me quedaba solo con la atención sanitaria total, además, con el agravante del componente político, se había presentado a las elecciones por el PAR, el ayuntamiento del PSOE y había ciertas ganas respecto a ese médico. Se producían situaciones digamos que difíciles, gran parte de mi trabajo era pasar la consulta de enfermería y consulta médica, el medico se marchaba a Madrid, se marchaba dos días y me dejaba un taco de recetas de pensionistas y si tenía alguna duda, llamaba al del pueblo de al lado, con la consigna de molestar lo menos posible, consigna tacita. En fin no paso nada. Caso atípico, pero no todos los pueblos eran así, pero si me permitió descubrir una nueva forma de atención más cercana al individuo*

*dentro de su entorno dentro de su comunidad, y haciendo alguna labor de educación sanitaria sin saberlo.*

*... Si con todas las carencias inexactitudes, bueno no, interesante. Así pase por varios pueblo Calatayud, Yueca y en el último pueblo fue en Luna con una peculiaridad que no tenía ningún tipo de compañero enfermero en los pueblos de alrededor sin posibilidad de hacer ningún tipo de guardia, y con mala relación con el médico. Esa fue mi ultima experiencia antes de... Estábamos las 24 horas de servicio, en los otros pueblos te combinabas con los compañeros de los pueblos de al lado, nos cubríamos entre nosotros. Al final hacía guardias, hacia guardias con un compañero de Brea y libraba de cuatro una, ¡era! vivía allí y pues al compañero de al lado no le interesaba, pues vivía allí y no le interesaba salir de allí (eran acuerdos personales nada reglados institucionalmente) Y en Luna en Ejea de los caballeros, no había ningún otro médico, y practicante era el único...Varios meses sin salir del pueblo y si quería salir tenia que pagarle de mi sueldo a algún compañero*

*J- ¿Qué hacías cómo lo hacías?*

*GE002.-Había una vivienda propia que proporcionaba el ayuntamiento y allí se pasaba la consulta y era consulta 100% a demanda, eran inyectables y poco más, y luego una atención domiciliaria donde además de la demanda podía hacer alguna otra cosa, era a demanda. La necesidad de estar localizado las 24 horas del día ¿qué implicaba?, pues no había teléfonos móviles, y tenía que cada vez que me movía pegar un papelito en una puerta. Estoy en..., estoy en..., estoy en... que cada vez que me ausentaba del domicilio iba pegando. Esas condiciones eran complejas desde el punto de vista personal. Era una persona de 25 años con una necesidades vitales que iban más allá de un entorno muy cerrado, pequeño. No podía hacer formación continuada desde que salí de Zaragoza y empecé a trabajar por los pueblos, allí finaliza la formación continuada.*

Una de las cuestiones que avalan este forma de actuar puede venir motivada por la falta de formación institucionalizada para este personal que o bien era puntual o casi inexistente, excepcionalmente para la instrucción en el manejo de algún aparato con tecnología nueva, todo ello en consonancia con el modelo tecnologicista en el cual se encuadra y anteriormente ya hemos mencionado.

*GE005.-Yo si que he hecho cuando he estando en el laboratorio, aprender aparatos nuevos que nos iban a traer, pero en realidad era puntual para aprender ese aparato y luego ya en la dirección si que he ido a reuniones Madrid y a ..*

## **9.2.-Arranque de la Reforma Sanitaria en La Rioja**

La Reforma sanitaria en la Rioja como en el resto de España, se inicia con el precedente de la década de los setenta y principios de los ochenta momento en que irrumpe la denominada medicina moderna en los ambulatorios (Ortún, V. Meneu, R. Peiró, S;2004). Esta medicina está sustentada en la figura del practicante o médico rural en los pueblos y la del ATS o médico de zona en el centro urbano. El desarrollo y ejercicio de la actividad profesional se caracteriza por ser individual, centrada fundamentalmente en la recuperación de la enfermedad con escasa eficacia en el trabajo, desigualdad y sometimiento del asegurado. Es un sistema pasivo de escasa o nula participación del paciente, con alta burocratización y amplio desprestigio socio profesional, condicionado todo ello, por el aumento de la morbilidad, el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y la forma de vida poco saludable (Gisper, R. Torné, M. Barés, M.A;2006).

En los primeros años de la reforma sanitaria en La Rioja, se dan una serie de circunstancias que van a condicionar su futuro, y que están relacionadas con el nacimiento de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Más adelante la trataremos en profundidad, es una especialidad nueva y desconocida, (con poco prestigio dentro del colectivo médico), que trata de hacerse un espacio en el servicio sanitario de una comunidad autónoma de pequeño tamaño con hábitos y costumbres muy arraigadas difíciles de cambiar. El referente intelectual en el que se sustenta es la declaración de Alma-Ata de 1978, donde la dimensión social de la salud tiene un peso muy importante pues se centran más en los determinantes que la condicionan que en la propia enfermedad. Este hecho hace que sus intervenciones sean vistas con cierta extrañeza dentro del propio servicio de salud y en algunos sectores sociales incluso levantan alguna sospecha ya que consideran que el contexto ideal de referencia es el Servicio Nacional de Salud de países como Cuba, Chile, Reino Unido, Unión Soviética, etc... países hasta ese momento antagónicos de España y además en poco tiempo, alguno de sus componentes se encargan de gestionar y pilotar los primeros pasos de la reforma sanitaria, aumentando más si cabe el nivel de preocupación que desencadena un importante conflicto en el hospital, con alguna repercusión en la atención primaria.

La reforma estuvo condicionada por el componente político ideológico. Eran momentos de cambio político importante en España, el paso de la dictadura a la democracia, se está haciendo sin ruptura, a través de una reforma paulatina,

pero los sectores sociales más establecidos son reticentes a cualquier cambio. En ese momento en España el peso del recuerdo de la guerra civil es importante (Vicente Aguirre;2007) y mucho más en regiones y provincias tan pequeñas como la Rioja, región agrícola, que no ha tenido revolución industrial ni tampoco revolución agraria, donde la estructuración social moderna no se ha conformado. Por esto mantener un compromiso ideológico de izquierdas todavía es sancionado socialmente, “*las familias perdedoras aun tienen hematomas en el alma*” (Rojo;2007) como bien queda plasmado en ésta frase del periódico diario regional El Correo.

La siguiente informante, que a mediados de los noventa será directora de enfermería de AP, nos da su visión como enfermera del hospital sobre la situación socio-sanitaria de la enfermería principios de los ochenta.

*J.- Año 82, estamos en plena transición política*

*GE025.- Yo a nivel político te diría que aquí en La Rioja toda la vida ha sido una política muy, cómo te diría yo, de andar por casa, ¿no?. Que estos mandan y los demás hacen su vida y pasan. Siempre nos cachondeábamos porque yo me acuerdo en el Sagasta (se refiere al Instituto de Enseñanza Media de Logroño) que decíamos: en el cielo manda Dios y en la tierra los gitanos, en Logroño y su provincia San Baldomero y su hermano, San Baldomero era el político y el hermano el poder religioso*

*J.-Te decía que estamos en la transición política, en esos momentos gana las elecciones el PSOE en el 82 y bueno yo sé que aquí ocurren cosas, se cambia el director provincial, aparecen nuevos gestores en el Hospital y empieza a haber algo de gestión y eso crea conflicto*

*GE025.-Sí, pero a nivel en el que yo trabajaba no percibía esos conflictos y con ser supervisora en absoluto*

*J.- ¿No te tocó la época de los cubanitos?*

*GE025.- Sí, estando de supervisora en Trauma*

*J.-Y eso, los follones que otra gente me contaba...*

*GE025.- Pero eran problemas médicos a nivel de enfermería, yo por lo menos a mí, yo seguía organizando mi planta y yo tenía mucha libertad en la planta y se trabajó muy a gusto y de hecho me felicitaron los cubanitos por mi trabajo, tengo carta de felicitación, animándome a seguir haciendo el trabajo como lo estaba haciendo. En aquel tiempo no había en la administración mas que el Gil que yo creo que llevaba la contabilidad en la cabeza y me acuerdo que me llegó una carta interna y luego me llegó una oficial a través del administrador y pese a tener la fama de puño prieto, me la mandó Paco Hernández, el Gil dijo, toma, pero esto no me parece bien porque esto tenía que venir con una gratificación económica y te juro que con que me lo dijo me sentí como si me hubiesen dado la gratificación económica*

*J.-En ese momento empiezan las transformaciones importantes en AP, se culmina la jerarquización, que ahí vienen los conflictos de esta gente, lo que yo se, y empiezan a crearse los centros de salud*

*GE025.-Pero yo viví muy al margen de los centros de salud porque era no era un tema que me interesara, no me interesaba la primaria, estaba muy interesada por mi hospitalaria, yo era muy feliz cuidando a mis enfermos del hospital y yo la primaria era un mundo que lo dejaba para otros, es mas había hecho ATS de empresa, hice el diplomado en Salud Pública y me llamaron de IberCaja mismo para trabajar como ATS de empresa, me mandaron tres o cuatro cartas y ni siquiera me molesté en ir porque tampoco me interesaba la empresa.*

La coincidencia de la reforma sanitaria con una administración gestionada por el partido socialista, produce entre los sectores profesionales más asentados y conservadores, ciertas reticencias, pues la reforma viene impulsada, como se menciona anteriormente, por profesionales con ideas diferentes del exterior, sus fuentes están documentadas en el extranjero. Éste es otro componente peyorativo, pues el largo aislamiento internacional por motivos políticos, hizo que determinados sectores sociales y políticos viesen con ciertas reservas todo este movimiento de cambio. Así a este grupo de médicos de familia utilizando un tono despectivo, les denominan los cubanitos.

*J.-Y a vosotros os llamaban los cubanitos*

*GM003.-Sí, porque estuvo Félix un fin de semana en Cuba, en un congreso. ¡Y yo he tenido que oír..!: que yo he vivido en Cuba varios años. Me preguntan ¿yo que debo de ver o puedo ver en Cuba?, yo que he vivido ahí varios años, ¡cosa de estas, lo sigo oyendo!. ¡Bah, no me molesta! La gente dijo, estos que han vivido en Cuba y que vienen a hacer la reforma. Pero los hechos están ahí, se lograron vistas las cosa que había que hacer. Hechos como la cita previa, la gente...*

*Hemos tenido grandes enfrentamientos no te voy a contar ya en el 84. Bueno para que te hagas una idea, el Colegio de Médicos, una sección, por unas encuestas que hicimos en las zonas rurales, nos quiso hacer un expediente. Te hablo del año 83, por que decían que las preguntas eran capciosas: qué opina usted de su horario, cómo se siente usted atendido por tal, te hablo del año 83, bueno en el 85 ya ni te cuento, cuando hicimos las zonas de salud, por ejemplo.*

A este respecto, amplía y matiza otro informante sobre los movimientos que se producen en la entidad corporativa Colegial, donde parece existen reticencias no de forma tan abierta contra la reforma, sino contra la imagen que públicamente se esta dando con los conflictos públicos del médico. Estilo diferente al que mantiene el Presidente del Consejo General de Colegios

Médicos Ramiro Rivera, como queda constancia en la prensa nacional donde muestra su disconformidad por la ley de incompatibilidades y las consultas de enfermería (**Anexo fotos 37,38**).

*GM004.-No, no, no tan en contra como expectante.*

*J.-Ramiro Rivera Presidente del Consejo General de Colegios Médicos*

*GM004.-Yo creo que, a ver, a mi no me parece que este fuese un, creo que era un tema más político que ideológico, por tanto sabes, el Colegio de Médicos siempre creyó que esto no tenía ningún futuro, entonces dejo que nos desnucásemos. Sin embargo, sin pretender ser mediador si moduló la respuesta de los hospitales, hubo un par de críticas en el Colegio, respecto al daño que a la imagen del médico le hacían aquellas cosas, ¿vale?, pero siempre bajo este punto de vista nuestra imagen se esta deteriorando se esta quedando..*

*J.-Ya parecemos a los del metal*

*GM004.-Eso es, esa es la clave. No era tanto una posición abierta Que claro Marcial (médico general significado, titular de Lardero) estaba en el Colegio y había hecho ...*

*J.-Yo recuerdo una inauguración de la Semfyc en la que fue Milazo (Presidente del Colegio de La Rioja) y levantaba la voz a favor del especialista de cupo*

*GM004.-Pero no era tanto yo creo una oposición como un tanto no creer*

*J.-Tu abandonas la atención primaria..*

*GM004.-Yo cometo otra vez el mismo error. Cuando nos ponemos a jerarquizar y ahora van los especialistas, primero van los centros de salud. Paco hazte cargo de los centros de salud, Jorge vente a la dirección y yo de director de ambulatorios y cuando empezamos con la jerarquización cometo el segundo error, similar le digo a Javier me voy de director médico al hospital y te los jerarquizo jajajajaja. El segundo simétrico, y entonces Macho (director gerente del hospital) modula y Macho dice (Macho es del equipo somos queridos, nos queremos) y Macho dice yo no quiero de director medico porque este me levanta al hospital y entonces veo por primera vez lo que es la cabeza de la gestión en sentido puro. Dice esta guerra hay que ganarla, por lo menos hay que empatarla, pero no se puede perder porque el linier levante tarde o mal el... Entonces me doy cuenta por primera vez soy consciente un poco de que ideología va por un sitio y la gestión iba por otro y los enemigos o los amigos no son necesariamente los que te dan o te quitan la razón Eso fue un acto de maduración profunda en mi. A pesar de todo Alfredo pone unas condiciones: un segundo plano la jerarquización la ultima palabra la tiene él que es el gerente, la organización de servicios la pacta con los jefes.*

*J.- Ya había habido el expediente a los jefes de servicio de urología*

*GM004.-Si porque yo no soy director médico si no de ambulatorio. Estas fechas como todo era tan parecido los límites de cuando empiezas una cosa o terminas otra no lo tengo claro.*

Este conjunto de jóvenes especialistas el medicina de familia, como cualquier otro grupo social va tomando identidad gracias a los distintos dicho y hechos que realizan, con los cuales se sustentan, referencian y facilitan su propio crecimiento. Esto produce diversos movimientos y tendencias dentro de este grupo social, llegando a concluir entre otras en la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sobre ello nos ilustran diversos informantes como el GE003 que es uno de los socios fundadores a nivel regional y nacional y ante la pregunta sobre dónde se fundamenta teóricamente la especialidad y cual son los textos de referencia nos dice:

*GM003.-No, no, el Martín Zurro viene después, nosotros fundamentalmente de la, de las guía del Ministerio del programa de formación de la especialidad de medicina de familiar y comunitaria y luego hay mucha, de González Dañino un chileno, un chileno exiliado de Chile que vino a España y estuvimos varios cursos con él en la Consejería de Salud. Hicimos varios cursos que íbamos por los pueblos y hacíamos clases prácticas.*

*Del Ministerio de Sanidad por ejemplo, recuerdo unas jornadas con Lluch que en paz descanse, que eran sobre la Ley General de Sanidad en el 86, ¡si es que se sale, se publica entonces!. Estuvimos dos o tres días allí en Madrid. La base esta ahí, ¿no?, la base esta un poco ahí.*

*J.-El conocimiento de Salud Para Todos en el año 2000, conocimiento de la declaración de Alma Ata.*

*GM003.-Alma Ata es la base de nuestra especialidad en le año 1978 y lo de salud para todos en el año 2000 es muy moderno, del 86 me parece. Nosotros nos guiábamos por Alma Ata y un poco de conocimiento que teníamos de la salud pública de Chile y de Cuba.*

*Yo recuerdo textos de la OMS de Vuori sobre control de calidad, la salud en peligro, pero muy al principio. Yo recuerdo que estando en la Consejería, fuimos Javier Guerra y yo a presentar una comunicación al congreso internacional de control de calidad y allí salió Logroño, “Análisis del tiempo como mejora de la calidad de la atención primaria” ¡Fíjate que cosas se nos ocurrió! y yo estuve con Rosa Suñol y Vuori leyendo la comunicación en el año 83, 84 en el hotel del colegio de médicos de Barcelona. Teníamos yo creo mucha intuición Jorge, por que esto fíjate tu, cuatro chavales de Logroño y allí se presentaron diez o doce comunicaciones libres, no creo que nunca más haya ido La Rioja ni le han admitido una comunicación, por cierto bastante mala, no valía gran cosa..*

El INSALUD como se ha dicho anteriormente, es la estructura que sustenta el peso de la asistencia sanitaria, y hasta que se crea a finales de los años ochenta la Gerencia de Atención Primaria compuesta por: un Director Gerente, una Dirección de Enfermería, de Gestión y Administración y una Dirección Médica

(**Anexo fotos 18,59**), no existe una estructura real, ni una cultura de gestión en sanidad (Real Decreto 521/1987, de 15 de abril). Se puede afirmar que nace a raíz del Informe Abril, presentado en el Congreso de los Diputados el 25 de septiembre de 1991 (Abril Martorell;1991). En años anteriores y siguiendo algunas argucias como consecuencia de la rigidez de la propia administración se crea la figura del Técnico de Salud. Es digno de resaltar, que el personal contratado por el INSALUD cuando es Director Provincial del mismo Javier Pérez Santo Tomás (**Anexo fotos 78**) son los médicos de familia anteriormente mencionados, a los cuales encarga la gestión sanitaria de la región en el primer y segundo nivel asistencial. Entre sus primeros cometidos está jerarquizar a los especialistas de ambulatorio en los equipos del hospital e integrar a los médicos y enfermeras titulares y de cupo a los distintos centros de salud que paulatinamente se van constituyendo, como a continuación nos relatan estos informantes con antiguos gestores:

*GM003.-Estábamos en el 83-84, en enero del 85, viene un catalán del INSALUD muy listo, que no me acuerdo ahora del nombre que hace una cosa que se llama Técnicos de Gestión, que era una cosa que había abogados, médicos, economistas con el sueldo mínimo de nuestra categoría, pelillas de entonces, como asesores de las Direcciones Provinciales y entonces sale una convocatoria en La Rioja (se refiere al periódico). Me acuerdo perfectamente entonces nosotros estábamos todo el día mirando La Rioja. Fuimos a Vitoria, intentamos conseguir una plaza de urgencias.*

*Bueno, Técnicos de Gestión eso porque estábamos todavía en la Consejería. Nos presentamos unos cuantos y nos cogen a Félix y a mi aquí y el Consejero con unas cuantas abogadas algunos de ellos siguen como Nati Avellaneda. Esto es en el 85, así de memoria. Ya estaba el Decreto de Estructuras Básicas ¿no?. Entonces me he equivocado es en el 83-84 cuando entramos de Técnicos de Gestión. Fíjate tu 80,81,82, San Millán 83 en el paro y la Consejería y finales del 83 primeros del 84 Insalud Técnicos de Gestión, y nos permite ver el otro lado: Labradores, Vara del Rey...*

*Bien, estábamos en el Insalud, que de los siete que éramos cinco fuimos a la Consejería una se fue a Pamplona, y nos quedamos cuatro Pepe y Antonio se quedaron en la Consejería contratados y Félix y yo al Insalud. Sale el Decreto de Estructuras Básicas El Director del Insalud empieza ya a implantar programas nos toca por ejemplo conocer la extracción periférica de muestras, no existían, cualquiera que se tuviera que hacer un análisis en la Rioja o se lo hacía en Logroño o en Calahorra en una farmacia privada un convenio muy raro que había con un analista y en Haro no funcionaba y entonces tenía que venir a Logroño.*

*Íbamos por las tardes los sábados y domingos el Director del INSALUD Félix y yo y entonces nos reuníamos en una sala con el Alcalde el de la farmacia el practicante y el médico. Claro el alcalde se dedicaba a procura que el*

*practicante y el médico no pusieran pegos, era un día a la semana hay que sacar sangre a la gente y claro el practicante decía y quien la va a sacar, el alcalde le miraba, y decía bueno ya lo haré yo, jajajaja ¿sabes no? y así empezó yo que se, se empezó a sacar sangre en Murillo del Río Leza en Alfaro, Cervera cosa que ahora están implantadas de forma normal y cotidiano fue entonces. La gente para hacerse un análisis tenía que venir a Logroño. En mi centro cuando yo comencé en mi centro en el año 85, hay un glucómetro para todo el centro 35 mil habitantes y se hacía un día a la semana todas las glucemias basales, en mi centro. Había una enfermera encargada como ahora hacéis con el sintrom, por eso me acorde ahora igual que cuando empezamos con el glucómetro.*

*J.- Cuando eso comenzó yo dije lo mismo*

*GM003.-Claro dentro de nada la gente tendrá su sintronero, como debe ser.*

Nos completa y afianza ésta información otro de los miembros de ese grupo de médicos de familia, que en este caso se refiere a los trabajos que desarrollaban en la Consejería de Salud como asesores:

*GM004.-No terminamos eso, (se refiere a el primer estudio socio sanitario de La Rioja que realizaban en la Consejería) no terminamos eso porque en su formación en su configuración tal como esta en el Insalud necesitan a técnicos de gestión para llevar a acabo las reformas del Insalud, porque hasta ahora estábamos a nivel político en la Consejería y Javi Pérez dice: “me conceden tres técnicos de gestión y necesito dos que sepan de esto de medicina. No, me conceden cinco técnicos de gestión y necesito un economista, Carmelo Suárez, una abogada otra economista y dos médicos”. Aparecemos cinco técnicos, dos procedemos de ese grupo y Jorge y yo y vienen civiles dos economistas una Nati Avellaneda otro Carmelo Suárez y la otra Ana que esta en la empresa privada, una mujer encantadora.*

Se ha de tener en cuenta, que en los años ochenta y cuatro y ochenta y seis son años cruciales, pues a nivel central del estado se promulgan dos leyes de amplio calado para la reforma sanitaria como es el Real Decreto de Estructuras Básicas y la Ley General de Sanidad, las cuales, obliga a cambios de la estructura de forma profunda, dotación personal, centros, espacios como sigue informando GM004.

*GM004.-Llegamos al INSALUD con lo que ya es el otro tema, que es la gestión y estamos en el año 84 hasta el 85 y en ese tinglao hasta el 87. Y en ese tinglao, nos toca el Decreto Estructuras Básicas, Ley General de Sanidad etc., todas esas cosa las vivimos nosotros en el Insalud. Y nada Javier llamó para empezar a poner unidades y centros de salud, esa es un poco la idea y nos dedicamos a ambulatorios, consultas distribución de espacios a construcción de no se que, a enfermeras, a plazas de no se, a lo que es la gestión dura del Insalud, que es menos planificadora porque la gestión se*

*hace a nivel central y por tanto muchas cosas venían hechas. Tuvimos que diseñar centros de salud pero tuvimos que llevar las mesas. Había un librito de las guías aquellas eso se genera todo en aquel momento en el Ministerio con el hijo de Ruiz Jiménez que viene y trae de la mano o lo traen de la mano de Carmen Cuesta.*

Carmen Cuesta era una de las primeras enfermeras que lideraron intelectualmente la reforma sanitaria, dada su densa formación, Enfermera en Salud Pública, Master en Ciencias Sociales, autora del libro de salud en la convalidación de ATS por la diplomatura de enfermería. Como conocedora y experta en el tema, ya en el Primer Congreso de Salud Pública de la Enfermería Asturiana marca líneas a seguir por parte de la enfermera en salud pública (De la Cuesta;1982). Es asesora a nivel central al ministerio, al igual que Manuel Ruiz Jiménez, médico interlocutor en los conflictos de la creación de la especialidad.

*GM004.-Manuel que no era uno de los miembros de la mesa del encierro (se refiere al encierro que mantenían en Madrid los primeros médicos de familia para reivindicar su espacio y estatus). ¡Plazas no, centros de salud! jajajajaja Siempre lo cuento vosotros pedís ahora las guardias y lleváis toda la razón, pero a mi me han dado una plaza, cuando no había plazas, porque ahora se rifan a un médico de familia, pero dijimos no, ¡centro de salud!*

Este grupo además de la planificación y organización de la reforma sanitaria de Atención Primaria, como estrategia pretenden que los primeros centros tengan una garantía de continuidad, para ello, tratan de mostrarlos como un elemento atractivo, que sirva de ejemplo e incentivo al resto de profesionales para que se incorporen a esta nueva empresa. Con esta premisa constituyen el primer centro de salud el Joaquín Elizalde (**Anexo fotos 16, 17,18**). A la par se les encomienda otra nueva etapa en la gestión del sistema de salud, que es la organización de la asistencia especializada y la integración de los especialistas de cupo que aunque no pertenece a la Atención Primaria si repercute directamente en el desarrollo general de esta por el conflicto que genera.

*GM004.- Se empieza a planificar centro de salud, Yo paso a puesto de gestión en el 87 creo, no en el 86 porque se termina de hacer. A nosotros nos tocan hacer dos cosas gordas gordísimas y conflictivas que no te puedes imaginar, los centros de salud que había que reconvertir a gente que quisiera y además había que hacerlo con la suficiente mano izquierda para tapar alguna puerta porque aquello era el buque insignia, y en el buque insignia no podían aparecer los más antiguos porque se acabó la reforma! entonces había que hacerlo con cuidado y entonces se presenta (esto ya por ideas políticas acertadas yo creo) una reconversión para unos señores que se respetaría si querían y se sacan unas plazas libres para que hubiera un contrapeso si la*

*cosa salía muy mal, y así se constituye el primer centro de salud. Y con eso empieza el Elizalde, entonces llamado el centro de salud del ambulatorio del Perpetuo Socorro, porque Elizalde se lo pone Paco siendo Director Provincial o a punto de serlo, el nombre formal de Joaquín Elizalde (Anexo fotos 16).*

En esta misma época se acomete la reforma del segundo nivel, cuya principal labor es la integración de los especialistas de cupo, en el servicio jerarquizado del hospital, bajo la tutela y responsabilidad de un jefe de servicio. Todos ellos dependientes del director del hospital, situación no exenta de dificultades y conflictos importantes que repercuten en el general funcionamiento del sistema sanitario.

*GM004.-Y la otra cosa gorda que nos toca hacer es la jerarquización, la integración a los hospitales. Nosotros salimos de esta filosofía (la de la Atención Primaria) y claro que aquí el personal no está en las mejores condiciones, pero el personal mejor atado que suelto, y toda la población, la que sea, bajo los servicios jerarquizados que sean ellos los que ponen el personal que les parezca más oportuno o no se que... Pero la responsabilidad en neurología pasa a ser responsabilidad del director del hospital a través de su jefe de neurología, y no el no se sabe, o no se que.*

*Bueno pues para hacer eso, y yo creo que lo puedo decir en primera persona y aquí yo me auto-propongo para pasar a ser director de ambulatorio, le digo a Javi, Javi esto necesita una mano y tal, yo me hago cargo de la dirección de ambulatorio si quieres y a Javi le parece bien y accedo a eso y Jorge accede a la subdirección de servicios y a por ellas y a si fue, Jorge con mucha más experiencia que yo porque es mucho más inteligente, más prudente que yo, era más fácil que un franco tirador me diese en la sien, claro yo tenía reuniones, tenía conversaciones con gente y estaba por los servicios.*

Con la jerarquización los conflictos se multiplican, los recortes económicos son importantes, se expedienta a tres jefes de servicio, las relaciones entre administración sanitaria regional local e INSALUD no son precisamente modélicas.

*GM003.-Yo expediente a tres jefes de servicio Yo suspendí de empleo y sueldo una mañana porque claro, no te he contado que Pérez Santo Tomas se pone un codo malo y me deja a mi de subdirector en el 87 estoy solo, a Otero, lo recuerdo, porque los estoy viendo entrar en el despacho con sus abogados, a Infante, y a los tres que me desobedecieron claramente Ruiz el de trauma o Rayos o Rehabilitación, no recuerdo muy bien. Les di la orden: desde mañana la consulta jerarquizada se pasara en tal, y me contestaron los tres que no y al día siguiente los tres expedientados....*

*La relación con la Consejería de Salud y el Insalud fue buena, fue buena hasta que la consejería empezó a tener un poco más competencias. Creo que*

*al final fue muy mal, creo yo que en la época final no nos dejaban hacer nada. Esto que hicieron ahora de cerrar el Hospital de San Millán y tener el Provincial no lo pudimos hacer nunca. Si por ejemplo queríamos hacer una obra en San Millán grande para poner el scanner, si se nos ocurría decir a la Consejería oye el hospital provincial nos podría dejar una planta, no, no, no, imposible.*

En otro momento de la conversación refiriéndose a las dificultades y turbulencias del periodo de implantación respecto de la relación con otras administraciones nos comenta el informante GM003.

*GM003.-El Ayuntamiento nos hizo hacer el ridículo, no con este centro de salud, pero si con el de la parte vieja o con el de donde yo trabajo, que por cumplir la ley, no subimos una altura más porque decía Manolo que era un Alcalde tan honrado y tan honesto que no podía incumplir y ahora incumplen todas normativas que les da la gana, ¿si o no?. Pues tenemos un centro con planta baja y semisótano por que no quiso incumplir la legalidad Manolo, ¿sabes lo que te quiero decir? Hay una rampa de acceso hay que bajar las escaleras en lugar de hacer tres o cuatro plantas que es un espacio inmenso por no incumplir lo de los metros...Por no hablarte de la muralla que salió en el Casco Viejo y por poco no podemos hacer ese centro de salud, después de estar lo cimientos echados. Todos los problemas de la parte política que nos toco vivir a nosotros fue o de excesiva legalidad por el ayuntamiento que era muy,, muy honorable con ellos mismos o por la Consejería por lo que fuera por falsa envidia o por Todo eran pegas. Ya te he contao la anécdota de las zonas de salud de la comunidad, se las dejamos hechas, se las mandamos y entonces ellos la Consejería dice que las quince zonas de Logroño son estas, perdón las diecisiete zonas de la Rioja son estas (Anexo fotos 51) ¿Pero bueno?*

*GM003.-Dificultades todas, nadie quería aumentar el horario, el sueldo prácticamente no se aumentaba, les prometíamos que seguramente harían guardias de 24 horas, que luego no se ha cumplido Ese era un poco el modelo que les vendía.*

*J.-Trozabais con la iguala.*

*GM003.-Es que esto en el área rural esto se ha vendido mucho después, con la iguala muy poco, La iguala muy poco. Tu ten en cuenta que los primeros puñetazos iban con la extracción periférica de muestras ahí ya la gente no lo recuerda sabes, yo muy poco, muy poco.*

Es la OMS quien recomienda eliminar peldaños en los niveles asistenciales de los sistemas de salud. En España es la Ley General de Sanidad quien crea dos niveles asistenciales el primario y el especializado, y se suprimen los especialistas de cupo de ambulatorio. Este hecho se denomina coloquialmente

el conflicto por la jerarquización, e invita a los especialistas de cupo a integrarse en los servicios jerarquizados de los hospitales. Estos a cambio, se hacen cargo de las consultas que hasta ahora se realizan fuera del hospital por parte de los especialistas de cupo, cosa que no es aceptada con agrado por algunos adjuntos y jefes de servicio. Esto es el desencadenante de todo un conflicto laboral en el colectivo médico que desde hace un tiempo estaba larvado y que en su interior se entremezclaban cuestiones salariales, escasez de medios técnicos, pérdida de prestigio social y pérdida de poder dentro del propio sistema de salud que establece otro tipo de gestión que diversifica el poder. Esto en una comunidad autónoma uni-provincial como La Rioja tiene gran repercusión local. Hasta ese momento nadie cuestiona que las cosas puedan hacerse de otra manera y mucho menos que lo realicen unos chicos jóvenes, y según rumores muy generalizados con formación en Cuba, agravado por el hecho de no ser ni “especialista de hospital”. Unos médicos que hace pocos meses, andaban demandando formación de una especialidad de la que no se sabía su cometido dentro del sistema sanitario.

Es necesario mencionar someramente este hecho, por no pertenecer a la esencia de nuestro estudio, pues la actitud de rebeldía contra la administración “sienta cátedra” y crea un precedente que apunta al desgobierno del sistema pues anula y elimina el principio de autoridad. Esto por mimetismo produce efectos similares en la atención primaria. Como indicador de la gravedad de la situación, el informante GM004 nos transmite la preocupación del antiguo director del Hospital Ciria, que alejado de la gestión por una letal enfermedad y una vez ingresado en el hospital, en sus últimos días, baja a despedirse del nuevo director tratando de aconsejarle al respecto para neutralizar un conflicto de imprevisibles consecuencias.

*GM004.-Ciria murió tres o cuatro meses después y bajó a despedirse de mi personalmente, porque claro, era tan grande el problema que se sabía como había empezado pero no se sabía como podía terminar. Yo creo que parte de las cosas que están haciendo hoy en éste hospital (se refiera al Hospital San Pedro) en concreto, proceden de aquel entonces. Me acuerdo que Pascual Vadillos (un médico internista del hospital) un día en el despacho dijo: Ves ese ciprés de ahí fuera, pues sí, pues este conflicto sobre todo, sobre todo, lo que va hacer es que los próximos directores sepan donde van a estar colgados sus .....¿vale?. Y yo creo que lo que ha habido en ese hospital es una falta de autoridad en el sentido más amplio de la palabra, deslegitimación, basada en la legitimación que da la consecución de objetivos legítimos.*

*J.-Es que sí, estamos en un mundo feudal, era la gran revolución de la modernidad que llegaba, cómo iba a entrar "la razón", cómo ibas a legitimar algo que no fuera*

*GM004.-Lo estábamos, pues esto son anécdotas que yo tengo en mi memoria y que bueno, hacía mucho que no las recordaba.*

*J.- Hago un paréntesis por favor escribirlo, haz una publicación con todo esto.*

*GM004.-Esta historia sabes quien me lo dijo, terminábamos el conflicto fíjate como somos, terminábamos el conflicto chamuscaos hasta las orejas y Javier Pérez y me lleva a hablar con Freire entonces Consejero de Salud en el País Vasco. Bueno pues vas a trabajar de asesor con él a poco que te intereses en ello ¿no? y entonces voy yo y me dice ¿que sabes de ello, como has vivido esto? le digo pues buuuuuuffff y me dice pues escribe una memoria. No lo hice por, no se por qué no lo hice. No lo hice por que pienso, que yo entonces no tenía ni perspectiva suficiente, y estaba demasiado caliente o demasiado frío, depende del por donde lo miraras y poco objetivo, sabes en caliente no tenía ganas de levantar algunas heridas que fueron dolorosas yo siempre recuerdo que he recibido amenazas de muerte en mi teléfono y se además quien me las mandaba porque coincidía con la guardia de algún traumatología a las cuatro de la mañana, cada vez que ese tío tenía guardia yo recibía en mi casa una amenaza de muerte entre comillas, digo entre comillas porque la amenaza no era de muerte, lo vas a pasar muy mal que no se que... ten cuidado con tus hijos, ese tipo de cosas cosa que comente en su día al Delegado de Gobierno y dijo: ¡qué, cómo, vaya lío!. Pufff dijo vaya lío jajaja ¡Jorge: dijo, vaya lío dijo!, ¡esto es todo y eran amenazas!. Para que veas con que apoyo contábamos dentro de lo que es el aparato. Porque yo creo que con el apoyo del aparato sanitario si contábamos, sobre todo de corte ideológico. Estábamos los curritos los que entendíamos de una determinada manera la filosofía y luego estaban los políticos que tenían que llevarlo adelante. Entiendo que con la distancia que me da la perspectiva me doy cuenta que muchas de las cosa que decíamos eran irrealizables, fuera como fuera, y claro les pedíamos a los políticos que hicieran cosa que no eran realizables pues era su suicidio político, pues claro, no se le puede pedir a nadie que se suicide por muy justo que parezca.*

*En fin, yo he perdonado a mucha gente, incluido al que me llamaba a las cuatro de la mañana. Es una cosa que si he hecho bien y es metabolizar todo esto y ver que los grandes errores nos sitúen en nuestra parte, las razones eran nuestras y los errores también. ¡Bueno así lo tengo yo interiorizado!. No se si consentiría a mi edad que un chiquillo de 29 años venga a decirme a mi edad ahora, ahora tal y como yo soy las cosa que yo les decía a algunos de ellos.*

A finales del ochenta y siete principios del ochenta y ocho se termina el conflicto con la restructuración del gobierno y la destitución del Ministro de Sanidad Ernest Lluch, que fue el gran iniciador y motor de la reforma sanitaria. Se nombra a García Vargas que tras una visita a Logroño invitado por el

Colegio de Médicos fuerza la dimisión del director médico del hospital. Esto pone al descubierto las discrepancias sobre la estrategia a implementar entre el grupo de gestores que llevan a cabo la reforma, como se deduce del conflicto interno entre el incipiente gobierno regional y el equipo gestor del INSALUD que trata de integrar a los médicos de cupo en los centros de salud.

*J.-Terminas marchando en el 87.*

*GM004.-Si a finales del 87 en enero del 88 ya acabo.*

*J.-¿Cómo vives tu toda la historia de los cubanitos?*

*GM004.-Bien sin grandes traumas, ni en ese momentos. Yo sabía que era un elemento de descalificación que llamarte cubanito en ese momento era como llamarte negro. Bueno pues a mi los negros me parecen una gente encantadora. No influyó sobre mi para marcharme, yo me voy. Bueno yo no me voy, a mi me echan. Cuando llevan seis meses aguantando, mareando la perdiz aguantando en mi puesto, digo: chicos esto no puede ser, se caerá el tinglado o no, pero tenemos que dar una salida para que la institución no sufra Soy una piedra de toque en el entendimiento con el profesional médico que no queda otro remedio, nos guste o no, me tengo que ir.*

En el ámbito enfermero y desde principios del año 1984 que se inicia la reforma de Atención Primaria se superpone una bicefalia en dicho estamento, conviviendo la Jefa de Enfermeras del Ambulatorio, con la Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Este hecho, no bien explicado por parte de los líderes del proyecto, produce ciertas desconfianzas entre ambos sectores como queda de manifiesto en el testimonio de diversos informantes, alentado y aumentado por los conflictos que se viven en la Residencia Sanitaria, debido a la jerarquización de los médicos especialistas que en ese momentos están regidos y gestionados por médicos de familia recién titulados.

Cuando se crean los primeros centros de salud piloto en los barrios-pueblo del cinturón de Logroño, a la antigua Jefa de Enfermeras de Ambulatorio se la mantiene al margen de dicha gestión, lo cual es interpretado por su parte como una autentica desconsideración. Este tipo de acciones unido a los múltiples rumores e incertidumbres del nuevo proyecto de reforma sanitaria, así como la percepción que se tiene por cierto sector de la enfermería sobre el carácter político más que profesional de la reforma, lo convierte en un buen caldo de cultivo generador de amplias tensiones, nunca puestas de manifiesto públicamente de forma explícita. Una muestra de ello es esta manifestación de las informantes, donde expresan su percepción de cómo eran vistos y tratados por los nuevos gestores:

*GE015.- Horroroso, además de mala educación y mal de todo, de muy mala educación. ¡Hombre a una Jefa de Enfermeras le dijeron que ya no era jefa*

*de enfermeras en la calle, paseando!, sin comunicarle por escrito ni nada de nada. ¡O sea de vergüenza! ¡de vergüenza fue aquello!, estuvimos en unas listas, se hicieron listas negras.*

La siguiente informante nos da su versión de cómo se siente tratada en el momento que se dan los primeros pasos de la reforma, y los motivos para no integrarse en los centros de salud

*GE005.- Si, si eso se ha hecho a raíz de crearse los centros de salud crearon centros piloto La Estrella, Yagüe y allí no iban enfermeras.....*

*J.-Se crean los centros de salud, hay rumores de que se van a crear, cómo se cuenta contigo en eso, cuéntame ese momento.*

*GE005.-Se cuenta conmigo pero me utilizan...yo no soy la que planifico la nueva atención primaria, si estoy informada pero no participo. Pero que ocurre en ese momento estaba el PSOE, Maribel y su marido son personas muy vinculadas al PSOE entonces me utilizan para salvar información hasta que yo me doy cuenta y me retraigo Por que es que a mi, desde un principio nunca me ha gustado, es decir me ha gustado como enfermera, pero no me ha gustado como se ha planteado la atención primaria. A mi me pareció que íbamos a perder un poco el contacto con el enfermo, quizás una ordenación si que se merecía en ese momento, porque estábamos llegando a unos extremos que aquello no era, (se refiere al trabajo) y a los centros de salud que excepto tres o cuatro servicios que estaban bien organizados y bien estructurados como rayos laboratorio y las especialidades en medicina general y pediatría aquello era un disloque y algo había que hacer. Pero, realmente en aquello yo participé muy poco*

*J.-Te refieres..*

*GE005.-En la afluencia de gente en que todo el mundo se cree que, bueno te cuento una anécdota: Una vez, pasado un día yo con el doctor Arroyo una señora que si no le daba algo a su perro que lo tiene con diarrea y le dice el doctor Arroyo, y como se llama el perro Lulu pues a Lulu no lo veo aquí en la cartilla jajajajajajaja.*

*Algo había que hacer para controlar un poco el abuso de, y a mi lo de Atención Primaria no lo veía, ¡porque no se ha llevado a cabo la mitad de las cosas que ellos intentaban hacer en un principio!. Y entonces yo personalmente que no me gustaba enseñar como ya he demostrado en un principio me propuso el doctor Manzanares cuando el estaba en la EUE haber ido de directora de la EUE y le dije que a mi no me gusta enseñar. Entonces, que si teníamos que ir a las empresas a dar charlas a los trabajadores para formarles, a las escuelas, no, no, no, ¡conmigo que no cuenten!, a mi los enfermos siempre me han gustado y los enfermos me encantan, quizás será los únicos que me ha retraído a la hora de jubilarme, pero el resto de las cosas, tiene que haber otros profesionales que se encarguen de esas cosas que estén formados y que lo hagan bien y que sirva*

*para algo. Eso no quita que tu aportes tu granito de arena siempre que puedas, y ¿me entiendes Jorge?, cada uno conoce sus limitaciones, y a mi no me gustaba enseñar. Eso no significa que en un momento determinado que luego te contare una anécdota a título particular. Yo si veo una alumna hacer una cosa mal le digo oye mira esto se hace de esta manera o intenta hacerlo así, ¿sabes? pero yo el estar pendiente de alumnas y eso quita, quita.*

*J.- Bueno hay ese gran caos que tu dices, de gente, de la exigencia de la gente y aparecen los centros de salud y estas informada pero*

*GE005.-Pero no estoy colaborando en eso porque yo hablo con el director provincial y le pregunto por donde van a ir los tiros, porque yo tampoco quiero extorsionar a la gente. Yo entiendo que estoy en un puesto de responsabilidad porque vosotros me habéis nombrado. Porque mi costumbre ha sido siempre que llega un director nuevo plantearle mis papeles.*

*J.- Había director de ambulatorio.*

*GE005.-¿Si yo he conocido 14!. Cuando llegaba uno nuevo yo le decía, yo soy la jefa de enfermeras me nombró don fulano, pero si usted considera que yo aquí pinto menos que Caramba el de Navarrete, no dude en decirme mira gracias por tu servicios y punto y pelota. Yo no tengo afán de, si lo he hecho ha sido en afán de servicio de pensar que podía hacer algo por la enfermería o por la institución o por la, pero no por el afán de, ¡Por eso yo conocí a 14 alguno de ellos repetidos!. Como don Venacio. Cuando llegue en el 78 estaba el Dtr Falcón, después creo que don Venancio López Suria, después María Ángeles Tabón, Félix Fernández, Jorge Oyoqui, Enrique Gómez, muchos de ellos dependían de la Dirección Provincial y en algún momento el Director Provincial del INSALUD fue el Director de Ambulatorios.*

Otro testimonio ilustrativo es la óptica del ATS de zona, que está en una especie de limbo jerárquico por su doble dependencia la mayor parte de las veces y cuyo horario de trabajo en el ambulatorio era de dos horas y media, el resto se encuentran localizados. Mayoritariamente eran varones y lo compatibilizaban con otros trabajos de enfermero. Estos elementos hacen que su percepción particular venga condicionada puesto que los cambios afectaban a sus intereses más inmediatos, y cuando se les pregunta por los gestores de la reforma inmediatamente muestra su disconformidad, pues considera que la gestión no la realiza el más preparado sino el que políticamente es más afín, así ante la pregunta sobre si consideran que los gestores favorecen o dificultan la labor del trabajador nos dicen:

*GEO15.-Dificultan totalmente, totalmente. Los gestores es que son cuestiones de política y cuestiones de tinglados, es que yo no veo un profesional dirigiendo bien la medicina en La Rioja, ni en ningún sitio, no solo en la Rioja, es que claro si empieza por el Consejero que es un político, los directores generales, que te los ponen a dedo, el otro, el otro, los cargos,*

*carguitos y tu por designación, por designación, yo conozco personas impresentables de cargos, de aquí y son impresentables, como profesionales y como dirigentes, te digo la palabra impresentable, porque hay que decirla como suena ¡eh! o sea que y por no dar golpes, aquí los cargos, es que tenía que haber una carrera profesional como Dios manda bien montada, si en eso estamos de acuerdo todo el mundo ahora hoy en día y ha cambiado y que los méritos se apoyen y quiero decir méritos, no los cursillitos es que a mí me parece bien que digan pues soy doctora pues muy bien eso vale 20 puntos o 40, no me digas que ese cursillo vale un punto y un doctorado vale dos puntos o tres, a ver si nos entendemos, un doctorado de la universidad no se puede comparar con un cursillito de tres meses que me de un punto, dado por cuatro que van allá a cobrar 20.000 pesetas por charla que dan, eso es una. Quiero decir que cuando es una carrera profesional, yo presento mis méritos, yo presento mis idiomas, mis cursos bien sacados en la facultad o donde sea, es que tienen cargos es que puedas dirigir, que puedas organizar es que puedas hacer alguna cosa es que aquí no te dan opción, claro cuentas con el director de no se que, que es un puesto a dedo, que no sabe hacer la o con un canuto de nada, no, no, que eso es lo de siempre.....*

Este informante considera que el problema en esta época se concentro en dos puntos, la reforma de la especializada y la reforma de atención primaria, en la primera se jerarquiza a los médicos especialistas de ambulatorio, los denominados coloquialmente especialistas de cupo los cuales se les invita a integrarse dentro de los equipos médicos de las diversas especialidades de los hospitales y la creación de los centros de salud donde se invita a integrarse al personal de enfermería de ambulatorio, tanto de zona, APD, como de ambulatorio, así como al personal médico de cupo y APD. Todo ello genera en la mayor parte de los casos un conflicto de intereses no solo profesionales sino también laborales y personales. Para poder comprender todo este momento histórico se debe recordar como se indica anteriormente que se están produciendo cambios sociopolíticos muy importantes y a todo aquello que se hace por parte del personal enfermero se le atribuye un perfil revanchista y político más que profesional.

*GE015.- ¡En los centro de salud al principio ni te cuento, ni te cuento lo que había al principio! ¡si es que!, ¡eso, amén Jesús!, ¡geniales!, ¡eso ha sido! ¡Ya!. ¡Eso al principio aquí fue el no va más!. Los que mandaban cargos, carguitos y cargazos, a mí me da igual entiendes, alguno estuvo a punto de ir de la Consejería abajo. Entre la jerarquización y los centros de salud aquello fue historias para no dormir, saco la gente la cara y de todo.*

*J.-Pero porqué, por que obligaban a la gente a jerarquizarse.*

*GE015.- Eran los modales y todo, que había unos modales que no había educación ni había nada, era impresentable muchas cosas.*

J.-Por parte de la Conserjería, por parte del INSALUD.

GEO15.-Sí, sí del Insalud, si, si del NSALUD ¡eh!, entonces estaban divididas la consejería y eso no, **pero por parte del INSALUD muy impresentables al principio de todo, amenazas y de todo ¡eh!**

J.-Amenazas para que..

GEO15.-Sí, sí, amenazas para hacer cosas, para todo ¡eh! seguían amenazando.

J.- A vosotros os hicieron hacer las extracciones de sangre.

GEO15.- Si.

J.- Y eso como fue hecho.

GEO15.-Coaccionando, nos pusimos de acuerdo enseguida los compañeros de zona, porque me tuve que quedar yo, porque los otros tenían otros empleos y otra cosas, me quede yo y ya está, ya las había hecho en la Residencia allá y no había ningún problema, ¡pero vamos, pero coaccionando eh!, pero en fin.

J.- Las coacciones de que tipo eran, quiero decir.

GEO15.- **Es que si no haces esto te vamos a poner el horario que a mí me de la gana, como yo quiera y como tal, ¡hombre pues déjanos ponernos de acuerdo y ya!**

J.-Y nos pusimos no y el servicio salió para adelante.

GEO15.- Sí, pero ¡era coaccionando eh!. Al principio ¡caramba!, cuando te empiezan a amenazar y que no te dejan hincar el diente y que estaban amenazando, amenazando a mucha gente ¡y muchas cosas eh! en aquellos tiempos, amenazaban, ¡Vino muy mal el cambio socialista eh!, se hizo muy mal en el 82.../...

J.-A algún tipo de gente.

GEO15.-Sí, sí, si entre ellas estábamos como fachas, además nos ponían a unos cuantos supervisores, en el año 82, algunos supervisores nos ponían como fachas que nos tenían que quitar del puesto, si no pintamos nada como fachas, ni no fachas, pregúntale a tu mujer.

J.-Que eran el grupo de los cubanitos.

GEO15.- Sí, sí, sí y todos los socialistas que había por ahí, socialistas, o sea y nos pusieron en una lista, yo me acuerdo de la Pilar, una que estaba en la UCI que se fue con Macho que era muy buena, era una enfermera extraordinaria, preparadísima, como Macho que estuvo también en la UCI, jefe de la UCI. que era un anestesista y ahora debe estar por Madrid, ahora debe estar para jubilarse o se habrá jubilado, que era militar y era un gran anestesista y un gran intensivista de cuidados intensivos, muy bueno y se fue de director pues algún hospital grande de Madrid o algo así, valía mucho y Pilar que se fue con él porque se compenetraban muy bien trabajando y todo eso y era una gran profesional.

J.- Y ese también era de los socialistas.

GEO15.-No, no, ese era un anestesista y un gran profesional.

J.-O sea tú crees que hubo ahí un gran componente político importante.  
GEO15.-Mucho, mucho, mucho miedo, y los cubanitos estuvieron algunos a punto de romperles la cara en la Consejería eh , entre médicos y ya en la consulta alguno de ellos recibió eh , en urgencias recibió alguno castaña.

J.- Y después en el 82 – 83 – 85 no se cuando era ,estaba Mayca en el hospital y en atención primaria había alguno de los socialistas

GEO15.-Mayca, Mayca fue una mujer de los socialistas eh.

J.-Pero fue en el 82, o sea, estaba Mayca y Lucía Vélez y Pilar.

GEO15.-Yo es que me vine aquí y nos toco hacer guardias a los supervisores, que nos daban las llaves de toda la residencia de todas las plantas de no se que, aquello era un desmadre a la americana, aquello al principio.

J.-Que te iba a decir y Maribel Robertson, con vosotros cuando llegó, luego en el ochenta y tantos, noventa.

GEO15.-Pues yo tuve muy buena relación con ellos, tanto con ella como con el marido.

J.-También eran socialistas sabías.

GEO15.-Sí, sí, pero oye que hay personas que no es que sean todos socialistas, yo me llevo muy bien , quiero decir la gente que se creó de que fue un choque porque no fue ni elegante, de hacer las cosas con elegancia y con cosas así tampoco, si también la gente. Si no creas que esto de los centros de salud que no estuvo bien planteado, si fue por cabezonada muchas veces, por querer plantear un nuevo sistema.

J.-Pero no se os explico nada.

GEO15.-Que no se explicaba nada, no. Te quieren meter las siete horas de trabajo tacatá y aquí pues ya nada. La gente de los pueblos estaban cansaos de estar localizaos veinticuatro horas al día.

J.- En los pueblos si, aquí en la capital.

GEO15.-Los del pueblo estaban todos encantaos, las igualas estaban desapareciendo ya y ya la gente no quería pagar y entonces con el sueldo que había, subían un poco los sueldos y a las tres de la tarde me voy a Logroño a donde me de la gana y no quiero sabe r nada es que veinticuatro horas al día también era pesado, porque la iguala venía uno del campo a las diez de la noche o yo no se que...le cobrabas igualas. La gente estaba deseando pasarse a un trabajo fijo, bien remunerao decentemente porque las veinticuatro horas.

J.- La convalidación y eso a ti te tocó

GEO15.-Si, si la hice, no recuerdo en que año fue, la primera que hicieron, no la segunda

J.-Se dieron cursos para la convalidación

GEO15.-Se dieron nos llevaban unos cuadernillos para rellenar no recuerdo muy bien y luego un examen al final que nos soplaron las perras Eso es lo que había eso fue una era pa luego coger otras cosas pa ir sacando dinero las igualas y entonces la gente quería tener un horario fijo lo que pasa es que se

*explico muy mal aquí, no se explicó nada cambiarse o no cambiarse a centro de salud y ya esta*

*J.-Nadie os hablo de la s tendencias internacionales*

*GEO15.-Nada de nada, no nada de nada, que ahora se va a montar aquí esto, pero si tampoco se sabía si era definitivo o si era, nada de nada, nada, nada Y luego también a los de zona tuvimos una cierta suerte relativa, de los sindicatos nos la jugaron en sanidad en la seguridad social*

*J.- En qué sentido*

*GEO15.- En el sentido siguiente, hasta el año 84-85 en la seguridad social el trienio era el diez por ciento de lo del sueldo y a partir de entonces nos lo quisieron vender como que era una gran hazaña, de que habían conseguido, no se que habían conseguido, y entonces vinieron los módulos de los trienios que quedaron en una cantidad esa. Entonces nos quedamos excluidos los de zona y a mi me han pagado el cien por cien hasta el final del sueldo eso compensaba con el dinero del centro de salud, fíjate yo tenia antigüedad creo que tenia en la última nomino ciento diez mil pesetas de trienios claro con esas cantidades de tres mil cuatro mil pesetas de ahora fíjate, lo que haces en toda la vida laboral de ahora no lo haces en nada de nada. Eso fue una engañufla la que metieron ahí luego les aplicaron eso a los de zona no, no se porque. Hemos sido los únicos que, claro el diez por ciento de, claro los últimos trienios creo que fueron veinte mil pesetas o no se cuanto quiero decir que había unas compensaciones que eso que no era Y no entramos que si no nos hubiéramos pasado al centro de salud casi todos porque se ganaba mas dinero en el centro de salud, pero el trienio compensaba en parte casi todo lo de allí lo que había en esos años.*

Esta percepción de que es una reforma sanitaria con tintes políticos, viene alimentada como se indica anteriormente por la deficiente información que se tenía del proyecto, que en realidad estaba cargado de más voluntarismo que método, y una de las cosas que más han fallado ha sido la descoordinación de la explicación de un plan claro de trabajo en realidad todo eran rumores, lo cual daba lugar a la incertidumbre sobre todo en los profesionales más asentados con un estatus quo determinado. Además de las dudas derivadas de acceder a lo desconocido. Así nos lo confirma la siguiente informante

*GE007.- Se empieza a hablar de los centros de salud, no, pero habíamos pasado algún año con las consultas de enfermería y se empieza a hablar de los centros de salud pero nadie nos decía lo que era y en qué consistía, no teníamos información*

*J.- Ahí tuvisteis un pero o sea que la gente cuando se construyó el Gonzalo de Berceo ¿estuvieron las enfermeras de ahí?*

*GE007.-Se ubicó una parte para centro de salud y el resto como hubo médicos que decían te reconviertes, no te reconviertes, a mi no se, cómo no había ninguna información y había unos materiales en consulta de*

*enfermería, a mí me dio miedo, yo digo no sé qué va a ser esto porque nadie te decía nada, cual iba a ser tu función entonces me dio miedo en un principio. Pero consentimos en centro de salud y el ambulatorio y entonces yo vi cómo funcionaba el centro de salud, claro porque estábamos muy en relación, era una planta sola y nos obligaba inevitablemente a compartir*

*J.-¿Cómo compatibilizas tú esa época de madre y tu trabajo?*

*GE007.-Pues muy bien, eran seis horas y entonces pues bueno yo tenía una chica por la mañana y me arreglaba muy bien.*

*J.-En ese momento o hasta ese momento había posibilidades había necesidad de una formación o ni siquiera se os pasaba por la cabeza eso, de una formación de postgrado, ¿no había cursos?*

*GE007.-No, no había nada de eso*

*J.-Entonces tú eras la jefa, la adjunta, la jefa era Carmen Costilla del ambulatorio, el médico era el centro del sistema lógicamente, teníais una presión asistencial muy importante, en conjunto me refiero, ¿todo lo que hacíais era para tratar de quitarle la presión asistencial al médico?*

*GE007.-Sin duda*

*J.-No tenéis información o poca información sobre lo que era el centro de salud, nadie os había hablado de eso*

*GE007.-Previamente al existir los centros de salud se monta también en el consultorio la extracción periférica de sangre, pero no nosotras, sino los de zona*

El halo de miedo esta presente, la incertidumbre es amplia y las profesionales tienen recelo de lo que pueda ocurrir, pues no saben si va a estar a la altura de las circunstancias de acuerdo a lo que se considera van a ser los centros de salud. La percepción que tienen, es de estar presionados para incorporarse a dichos centros.

*GE007.- Yo no me sentí porque era lo que quería pero hubo gente que se sintió presionada. Yo no se, también habían pasado muchos años, los cuidados de enfermería ya se empezaba a hablar de ellos, pues lo típico que hacía el practicante, cambiar una sonda, poner una sonda nasogástrica. Pues aquello a enfermeras, que a mí también me daba un poco de miedo ya, a pesar de que lo había hecho, yo decía sabré afrontar todo eso? Había gente que le daba miedo incorporarse a los centros de salud y se sentían un poco*

El siguiente informante aunque en el momento actual no tiene relación directa con la enfermería de AP, es conocedor y en su momento fue protagonista de algunos de los cambios que se producen en la Consejería de Salud como consecuencia de haber ostentado algún cargo de responsabilidad en dicha entidad. Además de ilustrarnos sobre los distintos directores provinciales durante el periodo de estudio, nos da su visión desde el ámbito del gestor sobre

el origen de las reticencias laborales y políticas que existen en aquel momento por parte de médicos y practicantes respecto de la reforma sanitaria.

*J.-.... cómo fueron los primeros años, año 83, que dificultades existen para que se empiecen a formar los equipos de primaria, que se pinta desde el gobierno regional en ese asunto, la voz cantante la llevan desde el INSALUD, o sea que directores provinciales hay en ese momento.*

*GEO17.-Mira en ese momento, el primer director provincial del INSALUD que hubo aquí con el gobierno socialista en el año 82 fue Javier Pérez Santo Tomas actualmente director provincial de la Unidad de Incapacidad, inspector médico, después le sucedió Paco Hernández que es un médico de atención primaria, después Pedro Bados y después ya con el gobierno del PP esta señora la médica que se ha ido a la privada María Tormo y ya creo que fue la última y ya desapareció, porque significo la transferencia y ya no tenía sentido, entonces ahí en ese periodo de tiempo había también sus tendencias evidentemente pero desde el ministerio se potenció bastante la atención primaria, se consideraba que era prioritaria, siempre se valoro. Yo recuerdo oírlo en el grupo de salud que el PSOE apostó la conferencia de Alma –alta. Vicente no era médico pero ya hablaba como ¡eh! y Pablo Recio que estaba con él, entonces nos machacábamos con el tema eh, yo recuerdo a Vicente aquí en Vara de Rey en la sede del PSOE un domingo y decía que eso de trabajar dos horas no era concebible. Después... luego había rechazo por parte de los profesionales tanto médicos como practicantes, que eso no lo querían, es decir no convenía. Además hay que reconocer que era un cambio muy brusco de forma de trabajo y si ya te cogía con una edad de 60 o mas años y entonces era muy difícil adaptarte a eso, tu que eras autónomo y había que ser comprensible. Los practicantes rurales habían hecho una labor de educación sanitaria tal vez más que en las ciudades, pero adaptarles a un equipo así y hacer guardias en un sitio de presencia física era muy duro y entonces como ya sabes se hizo de forma voluntaria. Desde un punto de vista político de la oposición, también voy aprovechar esto y decían, pues bueno esto no se va hacer nunca.....*

*J.-Se politizó el asunto, ¿eso creo reticencias?.*

*GEO17.-Sí, porque si estabas en contra de un gobierno, pues todo lo que hacías aunque fuese a nivel profesional lo manifestabas. Había también un grupo intermedio neutral que yo recuerdo no de practicante pero si de médicos, porque entonces el peso lo llevaban los médicos, sobre todo en el medio rural.*

*Hay que reconocer que cuando había un aviso, una necesidad iba el médico y el médico no llamaba al practicante, porque a lo mejor ni lo tenía, ponía el inyectable y yo te puedo contar una anécdota que un día en una gran superficie me encontré a un médico lo salude, salude a su esposa y me dijo tu eres el que te tengo que agradecer que haya yo dejado de ser enfermera, telefonista y estar las 24 horas del día pendiente de mi casa de hacer*

*consultorio y era la mujer de un médico, eso sí que me acuerdo, claro fue cuando su marido empezó hacer guardias, y era de la zona de Haro concretamente había sido médico de Briones. Claro la mujer se sintió liberada, y eso socialmente la gente no lo valoraba.*

*Entonces en aquella época como te digo yo creo que los practicantes rurales hicieron una labor sanitaria, rurales eh, importante pero no estaba reflejada en ningún documento y lo que no está reflejado no existe y yo creo que lo hacían eh. Yo por lo que he vivido en mi casa con mi padre y después he visto a bastantes practicantes rurales que así lo hacían, así como reconozco que a la hora de integrarse la compensación económica a veces no cubría lo que eran las igualas, la gente prefería ir cobrando sus igualas y bueno, la verdad es que la resistencia por los practicantes fue mínima porque eran pocos, es decir a nivel rural es que eran muy pocos.*

Mas adelante en la propia entrevista y después de repasar algunos acontecimientos paralelos, reitero mi pregunta sobre la percepción de politización que en los primeros años se tenía sobre la reforma sanitaria y la oposición que ello generaba entre los profesionales rurales que fundamentalmente eran APD.

*GE017.-No tenían fuerza y quien se oponía mas eran los médicos, algún practicante.*

*J.-Había componente ideológico ahí claro*

*GE017.-Sí, sí.*

*J.-Todo lo que hacía el partido socialista era visto como una reforma de partido, tú lo percibías así.*

*GE017.-Mira era un rechazo, mira era ir a un pueblo a decir que ibas a montar un equipo de atención primaria y te decían que era quitarles el médico y la oposición intentaba utilizar eso para decir que les quitabas el médico .....*

### **9.2.1.-Nacimiento de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en La Rioja, repercusiones en la atención primaria y en las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería**

Dado el peso específico que socialmente tiene la figura del médico tanto dentro como fuera del sistema de salud, es necesario para tener una visión más completa del contexto y las circunstancias en las que se desarrolla el nacimiento de la atención primaria, el mostrar unas pincelada sobre el nacimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en La Rioja (Real Decreto 3303/78 por el que se establece el título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria de 29 de diciembre ).

Es de resaltar la creación de la especialidad de medicina de familia elemento clave para reforzar institucionalmente el trabajo de salud comunitario. El inicio y desarrollo de esta especialidad han sido las unidades piloto de Medicina de Familia y Comunitaria que es el embrión de los Equipos de Atención Primaria, como indica la disposición transitorias número seis del RD 137/84 “*las Unidades piloto de Medicina de Familia, serán transformadas en Equipos de Atención Primaria*” (Real Decreto; 137/84 de 11 de enero). El objetivo que se pretende con esta especialidad médica es tener un médico bien formado, en medicina interna y cirugía, con visión integral y salubrista de la comunidad, trate de elevar y emular lo que tan buen resultado estaba dando en los hospitales proyectándolo en la atención primaria (Freire, J.M.;2004).

Éste alumbramiento indirectamente también fue importante para la enfermería comunitaria, por que con su creación se inicia institucionalmente el trabajo comunitario en salud. Esto contribuye a la renovación del paradigma hermenéutico enfermero y agiliza el cambio de paradigma enfermero socio-crítico, puesto que también el médico necesita su espacio comunitario. La formación de los médicos de familia hace que actúen de cuña en el sistema asistencial y proporcione un impulso importante al desarrollo de la Atención Primaria en España.

Indirectamente esta formación entronca con el proyecto de salud comunitaria iniciado en los años treinta, cuando se crea institucionalmente la Escuela de la Enfermera Visitadora, intentando aglutinar al colectivo de visitadoras sanitarias, cuya labor profesional gira en torno a la prevención, este intento, quedó frustrado por el golpe de estado del año 1936 (Bernabeu Mestre. J, Gascón Pérez. E.;1999). Los orígenes de la reforma de la Atención Primaria en

La Rioja se producen en los barrios periféricos del Logroño como indica la informante

*GE001.-Si hubo una experiencia anterior en la que participaron unos residentes de medicina de familia, hicieron un consultorio en la Estrella y allí pasaban su consulta. Hubo una o dos enfermeras que estuvieron allí trabajando con ellos, empezaron ahí un poco a hacer prácticas alumnos de la EUE de aquí.*

Llegados a este punto es necesario conocer la percepción que tiene los médicos sobre la situación sanitaria extra-hospitalaria que se dispensa en los ambulatorios fundamentalmente de Logroño. Así nos lo describe e ilustra el informante GM002 que es médico protagonista de ella y nos muestra desde sus inicios en la vida profesional cual son los avatares que le toca vivir, al principio con una total desconexión y desinformación sobre la formación y especialidad de la medicina familiar y comunitaria.

*GM002.-Bien, acabo medicina en el año 75 me voy a la mili, que era obligatoria y muy peculiar. Yo tuve la suerte de que me mandaron a sanidad militar a Burgos después de hacer el campamento. Bueno paradojas de la vida, se produce una situación similar a la actual de que había una gran carencia de médicos en ese momento, entonces se me apareció la Virgen como digo yo y como había tal carencia de médicos al poco tiempo de llegar a Burgos el Director Provincial de Burgos a la sazón general de sanidad militar, me dice si yo tenía inconveniente en trabajar en el hospital de Burgos en el servicio de urgencias, y le dije que cosas tiene usted mi general. Allí empecé a trabajar yo en urgencia y ya después conseguí nada más acabar la mili trabajar en el servicio de urgencias de Logroño en el ambulatorio que estaba ubicado en lo que hasta ha sido el policlínico. De ahí pase a trabajar en lo que se llamaba las consultas de medicina general siempre en Logroño nunca he trabajado en el medio rural es una experiencia que no tengo*

*J.- Sabes cuando empezó el servicio de urgencias de Logroño*

*GM002.-No lo sé pero cuando yo llegué en el 76 estaba funcionando con una precariedad de medios importante. Me falla la memoria pero me parece que estábamos, posiblemente tres médicos y tres practicantes que se llamaban antes o diplomados o licenciados en enfermería ATS y una mano delante y otra detrás.*

*J.- que zonas atendíais.*

*GM002.-todo Logroño toda la ciudad de Logroño.*

La asistencia sanitaria de los médicos de ambulatorio se dividía en urgencias y medicina general esta última cubría la asistencia desde las nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde, con dos horas y media de consulta en el ambulatorio y luego a disposición de la demanda del asegurado, desde las cinco de la tarde

a las nueve de la mañana era cubierto por el servicio de urgencias, que lo conforman por turno celador, ATS y médico como bien nos sigue describiendo el informante médico

*GM002.-Había más ambulatorios donde se pasaba consulta de medicina general pero sin servicio de urgencia que se centralizaba en ese ambulatorio, a partir de las cinco de la tarde hasta las nueve de la mañana del día siguiente y los festivos las 24 horas... No había ningún partido médico porque la sanidad de la Seguridad Social o del INSALUD en aquel momento dependía del INP no tenían nada que ver con los partidos médicos ni con los médicos de APD que se llamaban antes. Y esos hacían un servicio parecido con mucha menos gente en lo que era la beneficencia municipal... en un consultorio que había en la Avda. España donde esta hoy la estación de autobuses en algún local que hay por ahí. La beneficencia atendían a lo que era el padrón municipal de beneficencia, aquellas personas que estaban inscritas como pobres que no tenían derecho a asistencia sanitaria por trabajar o ser jubilados, funcionarios.*

*Hacían una medicina pa los medios que tenían allí muy, muy digna y luego lo que te decía y si había casos de médicos que eran funcionarios de APD trabajaban en algún consultorio, claro era una dedicación que ya sabes que antes en los consultorios o ambulatorios, los médicos de familia trabajaban en una consulta de dos horas y media y el resto del día era para avisos a domicilio.*

A pesar de que se inicia el camino para la reforma del sistema de salud no existe una ruptura radical con el sistema ambulatorio y continua el sistema de provisión de plazas por concurso oposición, tanto de APD por parte de la Consejería de Salud, en los primeros ochenta por parte del INSALUD para médicos de Zona de la Seguridad Social. A una de éstas accede el siguiente informante en el Ambulatorio de Labradores, que nos informa de la situación de la asistencia deficiente y masificada, lo cual produce insatisfacción en usuarios y profesionales conscientes de no realizar adecuadamente su labor.

*GM002.-Yo siempre recuerdo cuando me dieron la plaza en Labradores la masificación era inmensa. ¿que ocurría?.. bueno cuando hay mucha gente el tipo de demanda que se atiende es muy peculiar es decir, la gente sabe cuando puede acudir a un sitio y lo que no puede encontrar entonces allí. Te encontrabas con muchas cosas que eran una patología diaria y eso pero actividades de tipo preventivo lo que se han llamado ahora programas de salud y eso no existía. Tomar la tensión era un acto heroico ¡ahí va! me han tomado la tensión.....la gente iba por otros motivos, había mucha demanda de recetas recuerdo que era un acosa tremenda, tremenda, tremenda. Pero lo que decía yo empecé allí yo no se porque comencé a hacer una especie como de historia clínica por cierto no había manera de conseguir que la dirección del Insalud*

*nos facilitara cualquier documento que nos serviría para escribir y archivar, recuerdo que una especie de caja de zapatos que llamaba yo que hice una especie de fichita que me compré y ahí iba apuntando yo.*

*J.- No tendrás alguna de esas por alguna parte*

*GM002.-La verdad es que no se donde habrán ido eran las típicas fichas de siempre tradicionales que venden en las librerías de esas de rayas. Yo les ponía el nombre y las ordenaba alfabéticamente y cuando venía un paciente sacaba la historia. Todo esto era por iniciativa propia por supuesto Además la gente con gran sorpresa veía que había un médico que apuntaba las cosas le preguntaba al paciente por los antecedentes y las alergias y al día siguiente no se lo tenía que volver a preguntar la gente estaba alucinada, yo recuerdo aquella experiencia pues que la gente alucinaba, pero si es cierto que también hay que decir que al cabo de cierto tiempo, me decía no mire ya me lo mirará usted en la historia esa que tiene por ahí. Es decir que lo veían como una herramienta muy, muy, muy, útil. Entonces lo que decía, y creo que también el darte cuenta de que a la gente no le estas dando todas las cosas que profesionalmente la medicina le puede dar y te lleva a plantearte la necesidad de como estábamos no podíamos continuar yo recuerdo que no era un clamor solo de los médicos generales.*

Los cambios sociales que se producen en España en esos momentos son muy importantes, esa dinámica contagiosa también se produce entre los diversos grupúsculos de profesionales del área asistencial, cuyo objetivo dada la situación, es tratar de mejorar el modelo asistencial aunque sin una estructura coordinada entre ellos, prueba de esto, es la desconexión entre el tipo de formación a implantar (la medicina de familia y comunitaria) y el modelo asistencial que se desarrolla en los ambulatorios.

*GM002.-Nosotros una serie de utópicos de la medicina de Logroño, nos reunimos varias veces para ver que podíamos hacer a raíz del comienzo de la democratización del país, cuando ya se podía hablar y podías ir a sugerir cosas a los responsables de la política sanitaria y decirles que ¡Así no se podía seguir!. En este grupo de gente no es que estábamos médicos de familia es que había gente de todas las especialidades, cirujanos traumatólogos oftalmólogos que todos tenían el mismo problema, pasaban en una consulta de dos horas y los quirúrgicos iban al hospital a ver a los sus enfermos operados Que no todos que era muy distinto los médicos extra-hospitalarios de los hospitalarios y era una demanda generalizada de todos los profesionales que no se podía atender a la gente en dos horas a ochenta personas. Pues bueno eso te hace sensibilizarte más con el problema y tal y recuerdo que tuvimos una entrevista con la gente, con Javier Pérez Santo Tomás, que fue director provincial del Insalud con el triunfo del partido socialista del año 82, cuando en aquel momento no había ningún soporte legal para hacer nada. Bueno fueron conversaciones con gran voluntarismo "pues ya veremos lo que se puede hacer"*

*pero al final afortunadamente lo que es la iniciativa de el Ministerio de Sanidad nos tomó la delantera y se aprueba el Decreto de Estructuras Básicas de salud que abre la puerta a las posibilidades de la creación de los equipos de atención primaria.*

En Logroño, la necesidad de introducir cambios y ampliar servicios se considera cada vez más necesaria, de ahí que se comience en el año 1982, coincidiendo con el triunfo electoral del partido socialista, con el cambio estructural del sistema de salud, antes de constituir el primer centro de salud en el año 1985, se crean las primera unidades piloto para formación de médicos de familia en los barrios de Varea y La Estrella.

*GE001.-Dos años antes por lo menos, el 82 o así y también en el barrio de Varea son dos barrios obreros, en el que bueno, pertenecen a nuestra zona de salud. Aunque no había zonas de salud había partidos médicos.*

*Las zonas de salud se crean mas tarde, ya te dejaré lo que se hizo al principio en toda la zonificación y distribución de Logroño forman parte en la comisión los médicos residentes que habían trabajado en los barrios (no teníamos especialidad (se refiere a las enfermeras), los médicos si la tienen, y junto con el Director de INSALUD de entonces que era Pérez Santo Tomás y bueno hacen la reestructuración y plantean la asignación están (Félix, Jorge médicos de este centro que ocuparon cargos, Félix Director Médico del hospital y Jorge Subdirector INSALUD).*

En la convocatoria de MIR del año 1979, aparecen por primera vez la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Se convocan entonces aproximadamente 500 plazas para todo el Estado. En La Rioja según el informante GM004, son siete las que se cubren y de las cuales, en enero del siguiente año cuando se incorporan otros siete, abandonan cuatro de los primeros candidatos. La información sobre ella es escasa, es una especialidad que nadie conoce, no esta muy organizada su formación, por tanto resulta poco atractiva. Veamos las circunstancias por las que atraviesa el informante siguiente, que forma parte del grupo de primeros médicos de familia formados en La Rioja

*GM003.-Mientras, me fui a la mili, eso se lo cuento yo a mi hija y se tira de los pelos, ese mismo año 79 en marzo me examino del MIR en Alicante. Saco el MIR y me caso. Acabo la Mili, y voy empezar el MIR a Vitoria (me dan una especie de prorroga. Bueno les vendría bien quedarse con ese presupuesto por que empezábamos ese año en julio y yo empecé en septiembre que es cuando acabo la mili), en Chagorrichu que inauguran un hospital en el que es mi mujer enfermera.*

El desconocimiento por parte del colectivo sanitario en general sobre la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria era importante. Esto a su vez era un gran impedimento para los médicos recién terminados que elegían la vía MIR de formación, por la carencia de prestigio, y las deficiencias estructurales como la inexistencia de tutores, etc.. Estas impresiones negativas, permanecerán sobre el colectivo a lo largo de los años y por tanto se proyectarán sobre la atención primaria como servicio de segundo orden.

*GM003.-No cojo medicina de familia. Mi mujer es enfermera, y de echo yo me preparo algún examen en 5º y 6º en Vitoria algún examen con ella. Ella esta de enfermera en Chagorrichu un hospital nuevo y por estar con ella, intento coger Vitoria. Allí había dos hospitales el Santiago apóstol y Chagorrichu, cojo Chagorrichu y lo único que quedaba, era rayos y laboratorio (que no me gustan nada) cogí laboratorio. Estuve tres o cuatro meses, y en diciembre me vuelvo a examinar del MIR y en enero del 80 me vengo a Logroño. Nuestro objetivo entonces era el traslado a Logroño. Para la enfermería era muy difícil, entonces si yo me vengo a Logroño por derecho de consorte era mas fácil ella embarazada por derecho de consorte, ella viene.*

*J.- Tu terminas laboratorio o cambias*

*GM003.-Cambio.*

*J.- ¿Tu que sabías de la medicina de familia?.*

*GM003.-Me acompaño mi mujer a elegir plaza, claro no había salido plazas el año anterior en el hospital de la Princesa que me parece que fue donde elegimos. Había uno, que delante de mi había elegido medicina de familia y dije que es eso, porque era el primer año, porque era una cosa nueva Mucho mas sencillo que todo eso. En Logroño había varias plazas una de medicina interna, cirugía, pediatría, pues como quiero Logroño y había muchas plazas Pues el año pasado no oí hablar mal, que era una cosa nueva. Sonaba mucho mas lo de comunidad mucho más que lo de la medicina de familia, bueno pues vamos a eso Ya no me marche mas de Logroño.*

*J.-Vienes al hospital 80,81,82 os recibe el tutor, el director quién*

*GM003.-El director, entonces éramos pocos. Para que te hagas una idea, como anécdota había un médico de guardia. Yo he estado un año solo en la puerta al año siguiente, nosotros mismos cambiamos eso un poco y le dijimos al director del hospital que eso no podía ser, y al año siguiente ya estábamos uno de nosotros que éramos R2 y un R1 de los de familia y al siguiente ya éramos un de nosotros R3, un R2 y un R1, ahora habrá 25. Para que te hagas una idea, los días malos de verano veíamos uno setenta ochenta, pendientes todo el día Pero el nivel de exigencia yo recuerdo que eran, tres o cuatro radiografías al día La gente iba con un golpe, les mirabas, les tocabas, le dabas un abrazo y les mandabas a casa. Ahora se van con el escaner y nadie les mira jajajaja. Es completamente científico ya*

*J.-Entonces tutor de familia teníais*

GM003.-*No que va, eso es otra historia. Mira en el 80, 81, 82 estábamos médico de familia. En el 82 nos dan un abrazo y nos mandan al paro y entonces había un contrato que te corría el paro, que cobrabas el paro y trabajabas en la Consejería de Sanidad como labor social. Sí, nos pagaban por ejemplo cien mil de aquellos tiempos, la Consejería nos pagaba cuarenta mil el paro sesenta mil. Entonces estuvimos un año y pico con Gost (6 de junio del 1983 al 29 de julio de 1987) que era entonces Consejero de Salud. Bueno primero con Caro. De los cinco médicos de familia De lo siete u ocho que acabamos cinco estuvimos haciendo una investigación en La Rioja baja.*

J.-*¿Porqué llegasteis a la Consejería hubo azar o...?*

GM003.-*Pues como te cuento como acaban y es mano de obra barata y no tenían nadie en la Consejería Entonces en la Consejería era el Consejero Caro (Antonio Caro), el Viceconsejero, Antonio Comunión o sea un administrativo. Entonces, por medio de no se quien ya no te se decir yo llegue un buen día y cinco médicos de familia, ¿hay algún contrato? Una cosa ridícula como te digo nos corría el paro y nos pagaban ochenta o cien mil pesetas cuarenta mil las ponía la Consejería, pero seguíamos yendo al paro a cobrar Un trabajo que nos sirve de experiencia. Teníamos una sala como esta y una mesa empezamos a pedir libros a pedir me acuerdo que fuimos a la Comunidad autónoma, datos al banco de Vizcaya, de población de comunidades de Logroño, capital de la provincia no se que mas tal, empezamos a estudiar un poco la región*

J.-*En la formación en esa búsqueda de datos socio-demográficos etc. lo habíais recogido de donde.*

GM003.-*Del Diagnóstico de salud.*

J.-*Teníais algún, si no teníais tutor que os dirigiera un poco, la formación cómo...*

GM003.-***Nunca hubo tutor**, lo que pasa es que, nos hemos auto-formado. Lo que pasa es que había un libro que era el de la especialidad de medicina de familia en el que venía diagnóstico de salud de la comunidad diagnóstico de salud del área y un poco tirando de ahí que es ese el modelo ya sabes conocer la comunidad conocer las patologías prevalentes priorizar dar recursos.*

*Entonces con esa auto-proclamación del diagnóstico de salud nos queríamos vender a la Consejería. No teníamos trabajo entonces hacemos el diagnóstico de salud de la comunidad. ¿Qué es eso...? Pues una cosa que claro, el Caro sobre todo que era mucho más ignorante que Javier Gost pues como tenía nos mandaba a los pueblos a dar conferencias sobre las vacunas y cosas así. Fíjate que eso era el año 83 me parece.*

J.-*Era dar un poco palos de ciego con la salud pública.*

GM003.-*Si, Si, luego recuerdo que hicimos tres planes Rioja baja, Rioja, media y alta Logroño no lo metimos porque Logroño era del Insalud ya sabes que estaba separado ¿qué hicimos? Como nos tomábamos nuestro trabajo en serio, dijimos vamos hacer un diagnóstico de salud y vamos a entrevistarnos*

*con el alcalde, el practicante, el médico y el farmacéutico de todos los pueblos grandes y entonces entre los cinco que éramos hicimos todas las áreas de salud nos entrevistamos con todos los profesionales e hicimos unas encuestas y con eso publicamos una serie de resumencillos*

*J.-Los tenéis publicados.*

*GM003.-Publicados a nivel de la comunidad autónoma, de la Consejería como documento de trabajo Rioba era Rioja baja quedaba muy bien pero la rioja alta, pero Rioba quedaba muy bien. Recuerdo que nos entrevistaron unos periodistas presentaba Javier un compañero que esta en Madrid el plan Rioba, que no era nada, era describir la realidad de Calahorra los habitantes y luego nosotros. No recuerdo muy bien la encuesta pero preguntaban que opinaban el farmacéutico de los medios, qué opinaba el médico de los horarios un poco metiendo ya el dedo en la llaga, qué no podían aguantar 24 horas.*

Así mismo el informante GM004, otro de los primeros médicos de familia formados en La Rioja, nos confirma que al ser una especialidad de reciente creación, se acercan a ella una minoría de médicos por auténtico interés, pues la preferencia mas normalizada en la elección son las de corte hospitalario (cirugía, dermatología, cuidados intensivos, etc..) todo ello de acuerdo al modelo formativo del pre-grado, que prioriza más el etnocentrismo médico y el hospitalo-centrismo (Bonal; 2007). Si a esto se le une las adversidades con las que se tropiezan en el comienzo de la formación de la especialidad, se obtiene: o bien una importante deserción, o por el contrario se adquiere un compromiso casi militante con la especialidad. Es el caso de algunos que en La Rioja, vuelven a presentarse al año siguiente con la única intención de volver a escoger la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Así nos lo ilustra el informante.

*GM004.-Termino en el 79 tengo un ejercicio rural de cuatro meses en Santa Engracia de Jubera, Ya estoy casado cuando empiezo a trabajar, de hecho una de las cosas que me llevan a Santa Engracia es la situación familiar necesitar ingresos. Bien esto es el 79 y en el 80 apruebo el MIR y comienza la residencia de medicina de familia en Logroño.*

*J.-Cuando coges medicina de familia, coges sabiendo lo que cogías ¿qué se sabía entonces de eso?*

*GM004.-Yo estoy en santa Engracia y un amigo mío pediatra insiste en que se crea una nueva especialidad de medicina de familia que permite abordar la medicina general con mayores garantías, esto es lo que dice el ministerio porque entonces no lo sabía nadie, él tampoco Los que tenían esta idea lo tenían más por una creencia que por conocimiento, lo que ello veían que podía ser ¿vale?. Efectivamente cuando aprobamos el MIR aquí en Logroño hay cuando a mi me toca elegir, están las plazas de medicina interna libre,*

*dos de cirugía y lo mío eran los cuidados intensivos y no me digas porque, me inclino por coger la de medicina de familia.*

*J.- Tu fuiste de los cabezas locas que os tiráis a una piscina, el médico lógicamente quiere ser internista o intensivista...*

*GM004.-Lo mío era ser intensivista, venía de Pamplona de hacer las prácticas en cuidados intensivos y por cierto con mucho gusto, me encantaba y me encanta de otra manera. Para reforzar un poco esa idea decir que de los residentes de familia de ese año tuvimos la dificultad de poner en marcha la unidad, todo el día broncas, la poca experiencia en el hospital, todo el día broncas, que si las guardias y en un acto mas de orgullo vamos a Madrid a presentarnos, en el segundo año a presentarnos al MIR, volvemos a presentarnos todos sacamos todos la plaza menos uno y elegimos la plaza de familia de Logroño Esto no te lo contó Jorge, este es un dato un poco que habla del orgullo de aquella promoción, somos de familia pero no solo que no podamos ser otra cosa, o querer ser otra cosa si no que aquí estamos. No digo yo tanto por pretensiones porque no era la primera promoción muy ideológica inicialmente un poco por orgullo personal. Mira, Yo elegí esto y voy a defender lo que tengo, y además en un contexto y tal me gustaba más o menos ser otra cosa. Era más de compromiso más que de idea de organización sanitaria ni cosa parecida.*

*J.-Hay algún componente de tipo emocional que a ti te lleva a hacer medicina.*

*GM004.-Si cuando yo reflexiono sobre esto, recuerdo a mi médico de familia de cabecera de entonces Don Daniel García Tancio que luego he conocido profesionalmente a sus hijos y son García Villanueva y su hermano el digestólogo. Y recuerdo con certeza en tercero de bachiller un cuadro febril largo de varios meses creo cuando hice medicina creo que era una brucelosis...bien no se. Recuerdo un poco la atención y el respeto aquella figura, daba valorar a la familia por que era una situación grave en una familia humilde donde la única atención que recibí fue la del médico APD de entonces de la que salí supongo que por crisis porque no recuerdo grandes tratamientos. Igual algún inyectable que es lo que se ponía para la fiebre entonces cuando reflexiono sobre esto quizás esa figura si fue importante en la configuración de la medicina de familia tal y como yo la entiendo, de apoyo de prestación de servicio cerca del domicilio, tecnología accesible, todo ese tipo de cosas.*

La adversidad con la que se encontraban los MIR de Familia al llegar al hospital a era tremenda, no solo por el desconocimiento de su papel dentro del sistema de salud, si no también por la carencia de medios, por supuesto la falta de tutor, la ausencia de guardias salvo las de urgencias de puerta. Los residentes de las demás especialidades cuando hacían guardia de la especialidad, estaban bajo la tutela del adjunto correspondiente, pero en este

caso como no existía la figura del adjunto de familia en el hospital, no hacían esas guardias. De hecho, eran considerados residentes de segunda, no solo por eso, si no que también, por la representación simbólica de la diferencia de prestigio por el estatus especialista del hospital respecto al médico generalista o de cabecera de la atención primaria. Así continúa el informante

*GM004.-Pues bien, aprobamos el MIR, como anécdota eso de que nos volvemos a presentar.*

*Aquí pasaba lo siguiente: la primera promoción que habían venido siete residentes R1 sobrevivían tres R2 de familia sobrevivían tres. Sobrevivía Antonio Abus que tu llegaste a conocer Villaruelo y Pepe Fernández. Te suena Villaruelo porque esta en cosa de diabetes ahora Y nuestra promoción fue la que rompió muchas barreras la de las guardias en los servicios, la igualdad de trato con los residentes de la especialidad.*

*Entonces los de familia no hacían guardias, nada más que las de puerta, vale y entonces el argumento era que no sabíamos, nuestro argumento fue, ¡parecido al de interna, por lo menos los tres primeros meses!. No había ningún tutor, todas estas cosas, no existían no se si éramos siete, nos presentamos allí bajo la dependencia de Ciria que era el director del hospital y jefe de servicio de pediatría y una institución en La Rioja. Entonces Ciria cogió aquello como.. Ciria era un hombre corte liberal un poco de los de antes, encajaría muy bien en aquella UCD aperturista, es decir, aperturista desde el punto de vista sociológico, pero no político, pero si sociológico, reconoce que las cosas estaban cambiando que bueno que y aquel hombre se lo llevó siendo yo director médico un tumor cerebral por delante, en pleno conflicto hospitalario.*

Este es el germen (*la falta de prestigio de la especialidad*) que va alimentar un importante conflicto en la sanidad de La Rioja, pues son médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, "Los Cubanitos" los que piloten el inicio de la reforma sanitaria, conflicto de vital importancia, no solo por los orígenes sino por las consecuencias. Los gestores de la época del hospital también desconocen cual es el contenido de la formación y sin embargo, se dejan llevar probablemente por el espíritu aperturista del momento y se dejan influir de los mensajes difusos del ministerio, y de algún hálito que comienza a llegar del extranjero.

*GM004.-Ciria recibe esta idea como muy positiva, la hace suya desde el ministerio forma parte de un globo sonda de un señor Sabino Aranaga, el de medicina interna del 12 de Octubre creo pero no me hagas mucho caso. Que dice oye necesitamos médicos de familia que sepan hacer algo más que nada ¿vale? Una forma injusta porque yo después conocí médicos del área rural que los hay muy buenos. Los hay pero ¿que pasaba? que la imagen del urbanícola era el del ambulatorio Y la medicina de ambulatorio no se parecía*

*en nada a la medicina que se hacia diez kilómetros más allá en Navarrete y no se parecía en nada. Yo esa medicina la conocí luego. Dije ¡coño, también hay de todo! También hay de todo hay mucha gente mayor con pocas ganas de moverse. Empezaron a aterrizar a aparecer una serie de tipo por allá con ilusión con ganas de estudiar con ideas tal...es distinto. Claro las condiciones eran muy distintas aquel señor dedicaba a su vida profesional lo que quería y aquí era dos horas.*

Las influencias directas de la declaración de Alma-Ata se dejan ver más adelante, siendo la impronta personal alimentada por el contexto social que en ese momento se respira en España, actitud que facilita estos cambios que están a punto de producirse, no sin dificultad, producirá un reforzamiento del efecto militante de alguno de los primeros médicos de familia que consideran que su especialidad cumple un importante papel social en la mejora de la región como bien indica el informante.

*GM004.-Entonces no, no me aproximo a la atención primaria desde ese punto de vista, sino desde la experiencia individual sino más bien de que los buenos profesionales y los buenos médicos son los honestos y que a mi me gustaba picotear un poco de todo, la medicina clínica además, entonces yo no pienso en otra cosa.*

*Bueno ya sabes que eso era una expectativa ciega, esto va a cambiar, va a cambiar en una determinada posición, nos vamos a acercar a posicionamientos más de Europa, tanto políticos como de frontera..¿qué se hace en Europa? pues también lo hacemos, pero nada mas, no había una ideologización de otro tipo nada más que de organización de servicios. Es un poco lo que empezamos a formarnos En gran medida son los residentes de estas tres o cuatro primeras promociones en este país los que cogen, no se sabe muy bien que bandera. Unos tipos que yo siempre he considerado muy listos, muy listos y se dan cuenta por los escrinig de una serie de cosas y se comienza a hablar de accesibilidad, de equidad, de Alma Ata, de que si queremos poner los avances tecnológicos al alcance de los ciudadanos, no puede ser en los hospitales. Esta era un poco la filosofía. Y ahí se va cuajando, yo recuerdo los cristos para la formación (esto te lo contaría Jorge porque es algo..).*

*Estamos encerrados en el colegio de médicos en Madrid yo entonces era R3 supongo que era entonces el 82 y viene el adjunto al ministerio , creo que se llamaba secretario general y dice bueno si ustedes terminan este encierro de una santa vez tienen todos plaza en los ambulatorios pasado mañana, Y ya esta asi de claro, y lo entrega firmado.*

*Entonces la asamblea dice, no, no queremos plazas para nosotros, queremos centros de salud, ¡Buaff, se montó un cristo en ese encierro! Vale?. Dura varios meses de ocupación permanente en el Colegio de Médicos de Madrid. Era permanente sin abandono de la guardia. En Logroño las tres*

*promociones de familia se sentaba y decía lunes, martes y miércoles guardia tu, jueves, viernes sábado y domingo a Madrid y lunes y martes siguiente descansas con tu familia, lunes martes y miércoles a Madrid etc...y organizamos una estancia permanente en Madrid, que se mantiene la asamblea permanente con al menos 500 tipo allá que duermen se duchan etc..Para mi han sido los momentos mas gratos de mi vida pues te ibas a mear y veías una tía que estaba como un pan duchándose ¡buuuuuuu!!!! ¡que pinto yo aquí !*

*En aquel encierro tengo sentimientos muy profundos porque nos metíamos a dormir en el anfiteatro aquel y recuerdo haberme dormido dos veces, dormido porque estaba machacado, cantando en el escenario Luis Eduardo Aute por ejemplo y Javier Krahe y así metidito en el saco y dormidito hasta la mañana siguiente. Esto son cosas que.. Bueno allá creo yo que es donde se forma la ideología que después sustenta la ideología de la medicina de familia como organización, con una gran firmeza en las convicciones, pues eso, estoy en el buen camino Bueno pues así terminamos la residencia.*

Un informante de la tercera promoción de médicos residentes de familia completa y corrobora las dificultades por las que atraviesa este largo parto, aunque ya cuenta con una mayor reglamentación gracias a los esfuerzos y organización de compañeros de las dos promociones anteriores.

*GM001.-Nosotros caemos en un hospital como caen la mayoría de los que...pero caen en un hospital y nadie sabe lo que es la medicina de familia y bueno pues vas a lo que te manden los adjuntos especialistas que es claro su especialidad Sin ninguna idea dirigida a lo que es la medicina de familia Lo cual andábamos como franco tiradores intentando coger de cada especialidad lo que nos podía interesar.*

*J.-Había un tutor de medicina de familia.*

*GM001.-Específico yo creo que no y si lo había no se le veía por ninguna parte A nosotros nos recibió el director y nos dio una pequeña charla, y nos fuimos a el servicio correspondiente Hacíamos las guardias del servicio y aparte hacíamos las guardias de urgencias, las de puerta que estábamos dos, la promoción anterior estaba uno solo que mas o menos por la tarde era el jefe del hospital el R2 de familia.*

El nacimiento de las unidades de prácticas extra-hospitalarias de médicos de familia se producen de manera similar, al conjunto de acontecimientos novedosos que ven la luz en ese momento en nuestro país. Casi todo están llenos de muy buena voluntad y bastante poco método y ningún recurso material, como bien se demuestra en la siguiente descripción por parte del informante GM003 en este apartado de su entrevista.

GM003.-Si, bueno en el 82 el tercer año era extra-hospitalario y como no había nada hecho, pues fuimos a ver a un concejal o al alcalde este que es ahora Senador Bermejo y dice bueno, pues si hay que abrir, si pues abrimos y los conseguimos. La casa donde vivía el guardés del hospital de San Pedro, a mano derecha había una vivienda pequeñita justo abajo en el San Pedro No se te explicar donde estaba ahora. ¡Fíjate una casa!, en el cuarto de baño ponemos unas baldas para historias clínicas, en una sala, la salsa de espera y hacemos dos consultas y empezamos. Y en La Estrella (ahora te cuento porque) y en Varea, conseguimos una carnicería abandonada. Entonces vamos al alcalde. Había una clínica aquí en Logroño lo que es ahora la comisaría en la calle doctores Castro Viejo eso era una clínica de monjas y abajo en el sótano conseguimos alguna camilla vieja sillas y con eso dotamos los dos consultorios.

J.- Eso por vuestra cuenta.

GM003.-Si, y en el coche de mi suegro que nos dejó una 4L. Y te cuento porque nos dejaron el barrio de la Estrella. Entonces Logroño no estaba repartido en zonas, miento, había zona uno, dos y tres y extra-radio, es decir extrarradios era que podías irte del Cortijo a La estrella porque todos esos eran tus pacientes, extra-radios todo lo que no querían los del centro, los señoritos. Entonces en extra-radios estaba Luís González de la Reguera, por poner un nombre que merece la pena citar, que nos permite trabajar con sus pacientes. Pero claro nosotros, bueno y otros dos que no voy a nombrar que eran indeseables que nos obligan por ejemplo a hacerles el verano ¡sin cobrar!, Por sustituciones de verano llevábamos Varea y La Estrella mas las consultas del ambulatorio central de esos dos ínclitos, y bueno. Pero bueno estábamos deseando trabajar éramos siete residentes no sobraba hacíamos las guardias y además por la tarde trabajábamos gratis en el asilo de las hermanitas, todos los días. Entonces teníamos Varea, La Estrella, eso fue el año 82, Varea, La Estrella y el asilo de las hermanitas, mas luego el primer verano los tres meses de los titulares los hacíamos también nosotros, y así empieza y empieza te he explicado porqué, porque era una zona que nadie la quería, nos dan un poco de cuartelillo. ¡Miento!, Nuestra primera promoción porque en el setenta y nueve ya hubo, médicos de familia porque estuvieron en el Labradores antiguo, donde esta ahora, en una consulta de Enjuto y otro más que les dejaba ir por la tarde un rato con ellos vale. Y ya nosotros lo organizamos un poco mejor Bueno y aún siguen funcionando, el centro de salud de La Estrella y Varea eso siguen funcionando, eso esta hecho y sigue funcionando porque esta en manos de tres o cuatro. Me acuerdo que nos pusimos el chándal cogimos el 4L furgoneta, nos fuimos allá a Castroviejo, llenamos de muebles viejos y lo montamos, la papelería íbamos a la Residencia y robábamos folios, historias clínicas de no se donde, las sabanillas se llevaban.

Esta otra información nos confirma la misma visión sobre las unidades de formación extra-hospitalarias, a la cual también acceden meses después alumnos de enfermería.

*GM004.- Se monta de forma literal, pues desde el ministerio se habilitan para que aparezcan las unidades docente. En concreto entonces se llamaba el tutor extrahospitalario para la rotación extrahospitalaria y se presionan y el Ciria que es un hombre que veía venir las cosas bastante más de lejos que nosotros pues nada hay que empezar a hacer y dice ¡valla cristo pa montar todo esto! ¡pero en Varea deben de esta deseando tener un médico!, va y habla con Bermejo y le dice: si tu pones el local yo te pongo los médicos (Bermejo es el que es senador del PP) y le dice situ pones el local yo pongo los médicos, Y el puso el local y nosotros somos los médicos ¿vale?, montamos allá una consulta en Varea, porque la de La Estrella dice: no te preocupes en La Estrella que yo les habilito un local en el San Pedro. Y en la casa del conserje, lo que era el conserje del San Pedro pasaban consulta, un sitio cojonudo, jajajaja era a mano derecha del hospital pasillo solo pa nosotros, estancia sola pa nosotros tres despachos, éramos los reyes del mambo y la gente mucha gente hemos visto mucha gente, en mi vida pensé que cuatrocientos pacientes diesen pa tanto. Fue la primera reflexión importante cuando hacíamos la especialidad, No puede ser que siete médicos no podamos con lo que antes hacía uno, ¡algo estamos haciendo mal!. Claro historiábamos a todo dios: hola buenos días y usted cuando nació jajajajaja de esas historias siguen estando por ahí en los ficheros Tienen este volumen, yo cuando me toca ver alguna me emocionó. Ahí hay un trabajo de una enorme sensibilidad, no se si calidad médica pero si sensibilidad a por todas. Esa era la militancia, la militancia.*

*Ahí convivimos los siete médicos de la promoción, pues se hacía en tercer año y lo que hacíamos si Yo tenía la consulta fundamentalmente en La Estrella pero había otros que la tenían fundamentalmente en Varea, y después había guardias y había vacaciones , y con alguna frecuencia yo pasaba la consulta en La Estrella, pero no dentro de los siete estábamos ubicados, dos en el Cortijo, tres en Varea y dos en la Estrella.*

*Y efectivamente ahí pasan también alumnos de enfermería, yo se que se esta hablando de la enfermería comunitaria, se está en la convalidación nuevos planes de estudio y claro la enfermería comunitaria su trabajo supongo era la comunidad y entonces la especialidad que hace la de comunidad, era la de familia y pues ya sabes, esto es como lo de los dados todos al mismo cubilete.*

La aparición de los alumnos de la EUE en esa unidad de formación extra-hospitalaria probablemente es por puro azar. La planificación no era precisamente la norma que rige en ese momento los estudios, se acaba de iniciar un nuevo plan de estudios con un área de conocimientos que es la salud pública, y se pretende desde el ámbito asistencial, que los alumnos de

enfermería deben ser conocedores de la atención primaria. Pero en realidad nadie sabe como y porqué se envía a los alumnos a hacer prácticas a los centros de salud.

*GM004.- Esto no lo sabrá nadie más que Ciria que esta en una caja pino. Ya has visto como han sido lo de los ambulatorios, Bermejo..eso lo se porque viví esa conversación: si tu pones los ambulatorios yo pongo los médicos, me imagino que la jefa de enfermería de la Escuela recibiría alguna misiva del ministerio, de forma que habrá que buscarle práctica y hablaría con Ciria y diría me imagino diría tengo los señores idóneos Pero esto no lo se, solo me lo imagino....pondría la mano en el fuego porque yo me acuerdo como eran estas cosas. Una orden del ministerio rebotaba en un inspector que no sabía muy bien, y caía en los servicios asistenciales para que se las arreglaran, y ellos entre si, se las arreglaban. Me imagino a la Jefa de enfermería ¿que es esto de la enfermería comunitaria? ¡vaya lío! y además habrá que hacer prácticas de eso ... No se como aparecieron los alumnos de la Escuela hacían rotaciones cortas con alguno tuvimos gran confianza lo recuerdo, si , aunque yo me toco más pienso cuando fui coordinador de la unidad docente donde compartíamos asignaturas y creo que dimos, esto ya no te lo digo con certeza porque mi cabeza ya hace aguas, no me pasaba y ahora me pasa con mucha frecuencia. Pero si creo que hemos hecho estadística y epidemiología y los cursos de promoción de la atención primaria hicimos en la escuela de EUE bastantes. ....Si era un clima de colaboración no de competencia. El trato era personal no había estamentos y después de la unidad que dimos de epidemiología y estadística la daba yo...Trabajadores sociales si hubo pero después ya no éramos nosotros residentes fue desde las gerencias pero ya hablamos del año 84.*

Al cabo de los años se logra la formalización de la formación de la especialidad de medicina de familia. Se hacen cargo ya como tutores estos primeros médicos de familia que en un esfuerzo personal muy importante, se había auto-formado, y salvando multitud de dificultades e incomprensiones, son los que en la práctica consolidan la especialidad.

*GM004.-Entonces el Ciria, que en paz descanse, director del hospital, nos hecho una mano, porque creía algo en la medicina de familia, ¡no mucho, pero algo! Creo que él quería apoyarse en nosotros para seguir, pero bueno alguna mano nos hecho. Pero bueno con esos antecedentes, ya claro, llegan algunas generaciones que siguen con la unidades docentes y nosotros nos vamos en el 82 y en el 83 damos alguna clase a los residentes uno, dos y tres. Luego nos hacemos cargo de ese programa, que nosotros nos auto-formamos, cada uno nos daba, estudiaba un tema tu estúdiate la artrosis, de nuestro programa de formación del ministerio empezamos a impartir, lo que hacen ahora los Técnicos de Salud cobrando, pero nosotros lo hacíamos gratis por las mañanas también llevando la Consejería.*

*J.-Se había formalizado la formación de medico de familia.*

*GM004.- Si se tutoriza más seriamente Fijate que en el año 79, que casi no te he hecho referencia los que eran R mayores empezaron diez y yo solo conocí a tres, cuando yo entre de RI solo se quedaron tres, ¿Porqué? ¡Por que es que estaban, estaban ninguneados! Yo recuerdo que nosotros tuvimos que luchar por hacer guardias, lo que ahora nos hubieran pegao, Nadie nos quería, estorbábamos, entonces se pagaba la guardia, Los de especialidades nos veían un poco como, no se como metetes no, supongo que como algo nuevo*

Los médicos se ven abocados a cambios e intentan redefinir la profesión para el siglo XXI con nuevas formas de organización de su práctica profesional, reafirmar y orientar el servicio como su contribución y papel social (Rodríguez;2004). El impulso de todo este movimiento formativo institucional se da por los influjos exteriores tanto del Estado como del extranjero, que se van mostrando mediante eventos de tipo científico que dan lugar al asociacionismo científico-profesional, como bien nos confirma los informante siguientes.

*GM003.-A ver te cuento, claro nosotros nos nutríamos, yo me hago socio en el Congreso de Cataluña que creo recordar que fue en el 81 o en el 80, en el verano, que ahí sale el primer libro de Control de la HTA, programa de lucha contra la hipertensión en el que poníamos higrtona 200 mg. Empezabas con 50 luego cien y hasta que no llegabas a 200 no tenías que pasar a otro escalón, pa que veas como ha cambiao esto.. Era en el 80, 81 entonces la sociedad no tenía ninguna fuerza, éramos 200 ó 300, porque había que pagar, no teníamos ninguna fuerza, creo que era el 80, 81 en el 85 el programa ya funciona mucho mejor esta estructurado ya hay reuniones en Madrid, la Sociedad, la Comisión Nacional de Especialidades ya sabe de que ha de ir, tiene cinco o seis años.*

Otro informante nos confirma el deterioro por el que pasaba la asistencia sanitaria en el nivel primario y el papel que jugaba la enfermera en los ambulatorios

*GM001.-Seguimos estaba comentando que era una excentricidad y allí la forma de trabajo era dos horas dar números Había, decían que había médico que quitaban la silla para que los pacientes nos se sentaran y estuvieran menos tiempo, el que más, tenía un fichero como este con una tarjeta así que anotaba (me muestra un fichero con fichas en blanco de aproximadamente 7x 5, cuatro cosas Y lo típico era que la enfermera saliera de la consulta a la sala de espera y preguntara quien había para recetas y recogiera las cartillas con los cartoncitos y sin mas preguntas las hiciera mientras el médico veía a la gente ella iba haciendo las recetas si le decía el médico que le ayudara a*

*desnudar a algún paciente paraba, y una vez que acababa de hacer las recetas ente enfermo y enfermo el médico las firmaba Yo creo que incluso muchas sin mirar la enfermera salía las repartía y cogía más y así.*

Igualmente nos constatan la no existencia de historia clínica alguna en los ambulatorios, solamente una rudimentaria ficha que era controlada por la enfermera donde se hacían anotaciones muy elementales referidas a la medicación del individuo. Esto presentaba cierta dificultad puesto que la cartilla de la seguridad social (**Anexo fotos 44**) todavía era un documento familiar, donde constaba, el titular cabeza de familia trabajador y en el dorso constaba su mujer y los hijos, lo cual impedía conocer cual era el número de personas estaban adscritas al cupo, teniendo que hacer cálculos para aproximarse a su realidad asistencial. Todo en esos primeros momentos era un poco contradictorio.

*GM001.-Eso eran unos ficheros como estos, con unas fichitas como estas Había de todo porque cada uno se lo hacía como podía No había una institucionalizada. No venían datos ni nada. Porque cada uno se lo hacía lo que más tenían historia clínica tenían un fichero como este (Me muestra un fichero de un armario). Las cartillas eran colectivas de tal manera que en torno a la cartilla podía haber un titular o un numero de personas cinco seis y no tenías el listado de los pacientes, Bueno ni si quiera el listado de los titulares Ya cuando se hicieron los centros de salud se hicieron las tarjetas individuales Mucho después. Una vez pedimos el listado de los pacientes y nos dijeron que era secreto informático. Nosotros cuando había cartillas colectivas se cobraba habían hecho una media y se calculaba que cada titular de cartilla tenía una media de no se cuantas personas y se cobraba por no se que aproximada población y se cobraba sobre esa población. Había gente que se las apañaba para tener gente con muy poquitos y otra. Los cupos por tanto eran muy desiguales y se cobraba parecido. Después conforme se fueron haciendo las cartillas individuales se fue sabiendo que población había que cartillas había individuales hacían el ratio de las colectivas que cada vez se iban acercando mas a uno Cuando quedaban muy poquitas fue anularlas que eran de gente que se había muerto o que se fueron a otro sitio o alguno despistado que se informaba al venir que esa cartilla ya no servía que tenía que hacerse la otra Fue poco a poco durante unos años coexistieron las cartillas colectivas y las individuales*

*J.-Ese fue otro problema que condicionó bastante la propia dinámica de la asistencia primaria*

*GM001.-Pues no sabia cuantos pacientes tenías ni quienes*

*J.-Eras médico de familia pero no tenias familia ni como se componía la familia*

GM001.-Eso tenía consecuencias económicas importantes, de tal manera que si no te decían que número de pacientes y podía venir cualquiera poner la tarjeta con tu nombre que lo hacía el administrativo y bueno en Andalucía hubo bastante polémica gente que estaba atendiendo tres mil y solo tenía cupo de dos mil y J.-Eso era dinero a final de mes. Bueno Tu te recuerdas después de la zonificación los partidos médicos de Logroño de La Rioja GM001.-Estaba el centro que más o menos estaba dividido en sectores y después la periferia que la atendían entre tres médicos Alfredo Sanz Fdez de la Reguera y María Jesús Martínez. Cuando estaba yo y atendía lo que era Varea, La Estrella, Yagüe el Cortijo y todo lo que era la periferia y pasaban la consulta en el ambulatorio central.

J.-¿Eran titulares de APD?

GM001.-Yo creo que sí pero no estoy seguro....De todas maneras cuando se hicieron las unidades docentes nos cedían los pacientes y ellos seguían viendo al resto de los pacientes en el ambulatorio y nosotros teníamos que hacer las recetas a nombre de cada uno de los titulares.

J.-Vosotros no pintabais nada allí ellos delegaban en vosotros

GM001.-Es más, hasta pequeños chantajes yo te cedo los enfermos y tu me tienes que hacer los avisos. Entonces al principio las primeras promociones cubrían sus vacaciones los avisos por la tarde llevando un asilo de ancianitos No recuerdo cual ya te lo contará Jorge y Félix Cuando empezamos nosotros los avisos por la tarde los hacían salvo en vacaciones que teníamos que seguir cubriéndoselas y tampoco el asilo de ancianitos. Por la tarde he tenido que ir al cortijo a hacer algún aviso. El servicio de urgencias funcionaba con dos médicos que la mayoría de las veces uno estaba afuera y el otro adentro haciendo lo que venía pero en ocasiones no estaban porque tenían que salir los dos y ...

J.-Sabes si había practicante o ATS de urgencias.

GM001.-Yo creo que había un practicante de urgencias

J.-La zonificación dices que era

GM001.-La zona centro y después la periferia dividida en dos o tres ambulatorios La periferia hasta que pusimos los consultorios de Varea y tal tenían que venir al ambulatorio..Después se abrió uno en el cortijo después de no se cuanto Pero no me toco y por tanto no me acuerdo muy bien.

J.-Qué estructura jerárquica teníais

GM001.-Prácticamente no había ninguna, los titulares cedían a sus pacientes y no les veíamos el pelo Había un director de ambulatorio que mandaba en su ambulatorio pero nosotros estábamos ahí abandonados completamente de por libre, Nosotros hacíamos lo que queríamos que era lo bueno. Sin norma Estábamos tres de residentes en La Estrella cuando estaba yo y en Varea estaban dos Escudero y después estuvo de interino y titular y un chico de Bilbao Pablo Ferreiro que no se si esta de coordinador en algún centro de salud de Bilbao y en la Estrella estábamos Fernando Sanz, y Marina Pinilla

que es de Zaragoza estuvo en Pravia, ....Muchas veces estábamos solo dos porque uno le tocaba estar de guardia y después aparte había alumnos de enfermería que estaban haciendo prácticas de enfermería Gracia López Javier Soldevilla.... y como trabajador social de practicas

J.-Era la enfermería que había, no había ningún titular.?

GM001.-Era la enfermería que había, los residentes los alumnos de enfermería y los alumnos de trabajo social Todos alumnos. Yo después estuve de interino y cuando estaba de interino estaba yo de tutor que entonces era el responsable de tres residentes Casajuana.. y otras dos Cristian y la Santesmases.

J.-Como resumen de este periodo las dificultades abundantes y elementos favorecedores.

GM001.-Elementos favorecedores. Bien para empezar llegabas a un sitio Esto parecía la selva porque estaba inexplorado. Encontramos patología a manta y era hacer un experimento Todo era un experimento, como nunca se había hecho nada desde inventar un estadillo hasta planear como se hacía un diagnostico de Salud y dificultades Todas y ninguna como te dejaban un poco por libre. Cuando necesitabas material ibas a urgencias y cogías lo que te hacia falta

J.- todo por vuestra cuenta.

GM001.-Sí, sí, sí, sí cuando ibas a hacer guardia Qué necesitabas nos se que pues cogías y después la población nos acogió muy bien Gente que tengo en el cupo de esa época y que todavía se recuerda y te comenta Y bueno no se pasaba mal se pasaba bien.

J.-Del resto de los pueblos de la Rioja tenias referencia de como era la situación sanitaria, había residentes

GM001.-No siguen sin haberlos ahora En los pueblos se funcionaba de manera tradicional y entonces existían lo que se llamaban las iguales

J.-Aquí en Logroño no existían

GM001.-Que yo sepa no pero bueno, tampoco estábamos muy metidos en lo que era la estructura del la medicina de cabecera o de ambulatorio establecida lo único que sabíamos un poco era que nos cedían pacientes que pasaban en el ambulatorio que pasaban allí dos horas y que poco mas no nos relacionábamos demasiado.

J. No teniais sesiones con ellos

GM001.-Nada de nada, las sesiones que teníamos éramos nosotros de los residentes que nos juntábamos y después aparte de las sesiones clínicas y las sesiones del hospital del servicio donde rotaras o tal las reuniones organizativas Era una época de reivindicaciones sobre la atención primaria centros de salud. Hubo un encierro en Madrid tengo recortes de periódico, fotos las tengo si te interesa....

J.-Cuando crees que se gesta la nueva organización sanitaria, como consecuencia de ese desierto o selva que tu dices

*GM001.-Aquí hubo una cosa casi fortuita, cuando nosotros estábamos de R3 que estaba entonces que no recuerdo como se llamaba nos convocó a una reunión para saber como era eso de la atención primaria y en que consistía eso de la medicina de familia y tal El consejero nos convocó a unos residentes Iba yo con otro residente y nos encontramos con un R3 que ya había terminado y estaba en el paro Le comentamos a donde íbamos y nos acompañó. Estuvimos hablando con el Consejero le pareció muy interesante supongo que ya sabía por donde iban los tiros de lo que iba a ir viniendo y tal y quería estar un poco enterado Y por medio de este residente lo contrataron en Sanidad y tal*

### 9.2.1.1-Prácticas clínicas fuera del hospital de los alumnos de enfermería

Los cambios democráticos y la modernización del Estado a finales de los años setenta principios de los ochenta, se produce paulatinamente y esto se va reflejando en todos los niveles sociales, de ahí que en el ámbito educativo se produzcan transformaciones como consecuencia del nuevo plan de estudio de la Escuela de Enfermería de Logroño (Orden 7 de septiembre 1978) cuyas consecuencias es que se introduzcan cambios en la formación práctica de las enfermeras al albur de las nuevas corrientes teóricas, y por primera vez en La Rioja las prácticas clínicas se realizan fuera de los hospitales. Este hecho, coincide con los primeros pasos de la aún no nacida reforma sanitaria, donde por primera vez de la mano de los futuros médicos de familia, logran colarse en las primeras unidades piloto de formación de Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria que se crean en el barrio de Varea y La Estrella. Este es el embrión del futuro centro de salud Joaquín Elizalde, como a continuación nos indicará la siguiente informante.

Posteriormente en el curso 1990-91 y de acuerdo a los criterios que impone Milagros Herrero (coordinadora general de las Escuelas del INSALUD) desde Madrid, se contrata a tres profesores, dos enfermeros Javier Iruzubieta Barragán y el propio autor, con dedicación plena a la EUE, para impartir y planificar las prácticas en los centros de salud de Logroño y puntualmente en alguno más del resto de la región. Junto a un médico técnico de salud, Antonio Pareja, que nunca llega a dar clase por cuestiones personales, el cual es sustituido por otro médico Adolfo Cestafe que con la colaboración de Enrique Ramalle imparten la Salud Pública durante unos años y por cuestiones de incompatibilidades cesan en su cometido, quedando la materia a cargo de los dos primeros.

Anteriormente a principios de los años ochenta ya existen alumnos que van a realizar esas prácticas en las Unidades piloto de formación de medicina de familia en condiciones un tanto precarias, pues carecen de un programa formativo bien estructurado, ni si quiera tutores enfermeros. Nos cuenta su experiencia un informante que experimenta su primer contacto con la AP allí como alumno en prácticas de la ya Escuela de Diplomados en Enfermería de Logroño.

*J.-Cómo eran los estudios en aquella época (Se refiere al curso 81-82 de Logroño). Teníais prácticas en que tipo de asignaturas quien las impartían. GE023.-Entonces la carrera de enfermería era una cosa muy curiosa, tenía*

*práctica y teórica se daba en la escuela, la enfermería fundamental la daban enfermeras, se reducía a enseñarte a pinchar en aquel muñeco hacer camas a enseñarte a hacer camas a cambiar el camisón de una manera con el paciente en cama con unas sabanas y tal. Las asignaturas teóricas las daban fundamentalmente médicos, concretamente a mi casi todo médicos, anatomía, biología, lo daban todo médicos*

*J.-Salud Pública*

*GE023.-Salud Pública nos lo daba un médico también que luego fue Consejero de Salud Gost y todos los profesores eran médicos, había alguna enfermera que pasaba a hacer alguna cosita pero eran lo menos aparte del psicólogo y del señor cura que nos daba religión.*

*J.-Dónde haces prácticas*

*GE023.-Las practicas se hacían el plan de estudios era desde la una o dos de la tarde clases por la mañana de teoría hasta las tres o cuatro de la tarde y las prácticas desde las ocho de la mañana hasta las doce y media o una, en el hospital San Millán, en ocasiones en el Hospital de La Rioja y una cosa muy interesante que es donde empezamos a descubrir la primaria donde empezamos a funcionar con los famosos Centros Piloto de Atención Primaria que entonces en Logroño eran la Estrella y Varea que formaban a médicos de tercer año de residencia de médicos de familia y a alumnos de tercer año de enfermería. Pues ahí terminé haciendo las prácticas de mi último año*

*J.-Cuánto rotabais por ahí.*

*GE023.-Hacíamos rotaciones de tres meses por unidad, yo estuve tres meses en la unidad del centro de salud de La Estrella que entonces estaba en el sótano del antiguo hospital San Pedro estuve tres meses trabajando Allí hice mis primeros programitas protocolos de hipertensión.*

*J.-Cuéntame como era un poco todo eso*

*GE023.-Allí funcionábamos, estaban dos médicos de familia de tercer año y dos alumnos de enfermería dependientes de la Escuela*

*J.-Había algún tipo de tutor allí en ese momento*

*GE023.-Lo que es en el centro no y de enfermería tampoco, éramos autodidactas absolutamente, autodidactas absolutamente, de hecho la única persona que era profesional entre comillas que trabajaba allí en aquel tinglao era la asistenta social era la única que tenía un puesto de trabajo allí, lo demás éramos todos en formación. Y era bueno, una consulta de medicina una consulta de enfermería, nuestros avisos a domicilio y nuestros programas de ir a ver encamaos y estas cosas pero bueno, era la base, la base de lo que sería después la enfermería comunitaria que entonces lo hacíamos como podíamos y como sabíamos. Un programa de hipertensión entonces era exactamente folio y medio por una sola cara todo aquello, luego se convirtieron en un libro pero al principio era folio y medio, tampoco sabíamos mucho mas por eso no podíamos aportar mucho mas pero bueno fue una experiencia muy bonita y fue lo que a mi, mas me gustó de las prácticas*

*que había hecho, me lo pasé muy bien en otro tipo de prácticas pero fue lo que más me impactó y lo que realmente me engancho, es lo que más me gusta.*

*J.-Qué fue lo que te pareció interesante de aquello*

*GE023.-El contacto con el paciente, era el contacto directo con la persona en su entorno en su casa no era tanto una persona enferma era una persona que tenía un problema de salud y al que cuidabas le ayudabas a sobre llevar su enfermedad con, no sabíamos un carajo entonces pues fijate, lo ayudabas lo que podías pero lo que realmente más hacías era comprender como era la situación de una persona que sufría un problema de enfermedad y descubrías que los problemas no eran solamente el sarampión si no que alrededor del sarampión había un montón de gente que se podía contagiar y que algo había que hacer y estas cositas. Y una úlcera por presión que ahora esta en las alturas con esto de la GNEAU, entonces no era más que una herida que no se curaba que luego se denominó crónica y ahora ya es ciencia pura aquello y sin embargo el trabajo que eso te daba y que ahora hay que formar al cuidador, entonces era pues te imaginabas que había que ayudar a la familia que le cuidara porque no podías estar todo el día allí a todas horas, sobre todo porque no te dedicabas solo a eso, pues lo que estabas era solo haciendo las prácticas y el practicante, los practicantes de entonces estaban por ahí, pero yo seguía sin conocerlos, yo en aquella época seguía sin conocerlos, yo en aquella época nunca me crucé con ninguno y era época de formación de prácticas en la que se suponía que hacía prácticas de atención primaria, pues no coincidimos.*

*J.-Sin una supervisión de una tutora de prácticas como tal una enfermera como pueden tener los alumnos como ahora*

*GE023.-Joe si te digo la verdad es que no se si habría alguna enfermera que se dedicara a la atención primaria o a la atención, creo que éramos los primeros aquí en La Rioja, entonces quién nos iba a tutelar una cosa que éramos los tuteladores.*

*J.-Eras de la promoción de Javier Soldevilla y esta geste*

*GE023.-Somos una promoción anterior a Javier Soldevilla, Javier era de la tercera promoción creo recordar.*

*J.-Ya hacíais intervenciones con grupos con la asociación de vecinos de la Estrella y todo esto o*

*GE023.-No con la asociación no pero empezamos a hacer los primeros grupos de educación a grupos en tema de diabetes y de estas cosas. Bueno juntabas a un grupo de diabéticos y porque todo esto sonaba a chino a todo el mundo, no te creas que esto era llegar allí y que esto era*

*J.-Quiénes dirigían intelectualmente todo esto eran los médicos no*

*GE023.-No, no, intelectualmente no, allí nos juntábamos a la mañana organizábamos lo que íbamos a hacer, si decidíamos hacer un protocolo lo organizábamos entre todos cada cual cogía su parcela y lo unía a un todo y el todo final era el trabajo de todos y así lo hacíamos*

*J.-De donde sacabais la documentación*

*GE023.- ¡Aay amigo! Entonces había los libros de Salud Pública, porque los de atención primaria vinieron después. Entonces los de salud Pública que empezabas a sacar allí cositas y tal y cual y esto si que te tengo que dar la historia de que realmente manejaban mas documentación los médicos residentes que nosotros porque en el plan de estudios no entraba la, si entraba la Salud Pública pero no te entraba la Atención Primaria*

*J.-O sea que fue una experiencia potente y...*

*GE023.- Hombre fue el primer contacto además con una cosa que yo creo que eran sus primeros pinitos y los primeros, el amanecer de la AP, y entonces ¡los amaneceres son muy bonitos eh!, luego ya cuando te pega el sol en la cabeza ya es peor.*

A continuación se muestra la experiencia de otro antiguo alumno de la EUE de Logroño que también nos informa de la situación formativa y sus vivencias respecto del periodo de prácticas en el ámbito de la Atención Primaria, desde la unidad experimental de formación de medicina familiar y comunitaria. Así mismo nos da una explicación de su percepción mas global sobre el contexto formativo de la Escuela en los primeros años ochenta y que considera altamente medicalizada (**Anexo fotos 32,33,34,35**) no solo por el perfil global de profesores que mayoritariamente son médicos si no por la escasa fundamentación enfermera existente en esos momentos, pues la actividad docente de las monitoras se reduce a el ámbito de enseñanza de técnicas y cuidados básicos, inyectables, hacer camas, higiene y movilidad de enfermos en estas etc. Se comienzan a impartir las primeras clases de fundamentos de enfermería donde se esbozan las teorías enfermeras, pero el informante percibe que a pesar de esto no hay un cambio cualitativo y la formación continua siendo de ATS, profesionales dedicados a la ayuda sanitaria de los médicos, es una época de gran incertidumbre intelectual de las enfermeras y eso parece se respira también en la Escuela. La opinión sobre la distribución de horarios es coincidente con los demás informantes desde las ocho de la mañana a la una de la tarde es horario de prácticas clínicas y después las clases teóricas.

*J.-Empiezas en la Escuela estás de que año a que año.*

*GE009.-Del 81 al 84, Septiembre del 81*

*J.-Desde la Escuela en ese momento palpáis los alumnos, transmiten los profesores los cambios que se están dando en la enfermería y en la enfermería comunitaria.*

*GE009.-No, desgraciadamente no, primero por lo que te he contado de que*

*J.-Los profesores me decías que seguían siendo.*

*GE009.-Mayoritariamente, yo creo recordar que teníamos tres monitoras porque era otra elección que nunca entendí, monitoras que nos daban talleres mas prácticos, mas de cómo hacer la cama y como doblar o vendar, o mas*

*bien de cómo recoger las vendas, como hacer los muñecos, si, esas fueron nuestras prácticas, como hacer un pinchazo, una administración entre venosa o intramuscular o sea todo ese arsenal de técnicas*

*J.-Había distinción en la acción entre los hombres y las mujeres*

*GE009.-Yo creo que no la palpé, la verdad que era una escuela médica donde había, he de reconocer que había algunos baluartes enfermeros calcula que la perspectiva de un alumno es distinta a la que ahora puedes tener, incluso hasta puede ser equivocada no, creo que la entonces no se llama subdirectora, creo que era la responsable Maite y Begoña hacían un papel, pero era un papel mas de ayuda.*

*J.-Había un director médico.*

*GE009.-Claro, en aquel momento yo conocí a dos, se sucedieron el doctor Infante y el doctor Dulín, pero ellos eran figuras ornamentales a nivel administrativo tenían muy poquito que decir, veías que todavía había un patronato y que se juntaban y dirían que tenía que ser la formación de las enfermeras, pero el papel en ese momento de la enfermera era totalmente discreto, se dedicaban a las prácticas y a las técnicas y yo tuve el honor de recibir formación de fundamentos de enfermería de una indocumentada entonces no se como será ahora que es la actual directora de la escuela de enfermería, yo no recuerdo nada de esa formación, me sorprende porque los alumnos que ahora compartimos creo que se hacen las mismas preguntas que yo me hacía entonces pero estamos hablando de cuando empezó a enredarse lo que eran teorías de enfermería, el papel de la enfermera como profesional autónomo, aquello nos transmitió que lo que veíamos en frente eran ATS, buenas técnicas, en muchas ocasiones magníficas técnicos, pero sin ningún ánimo de rebelión de masas, al contrario eran ayudantes con mejor o peor crédito de los médicos que era un cuerpo, siempre recordare esas frases que se te quedan marcadas porque eres alumno porque eres muy virgen no, mis primeras prácticas fueron en cirugía en primer curso en el año 81, yo creo que fueron incluso, compartíamos, teníamos prácticas desde el primer día, hacíamos unas prácticas muy intensas de ocho de la mañana a ocho de la tarde casi todos los días y las mañanas siempre se dedicaban a la práctica y siempre recordaré.*

*J.-Las clases eran por la tarde.*

*GE009.-Eran clases por la tarde, o quizá desde la una, quizá teníamos de una a tres, o de una a dos y luego volvíamos a las cuatro,....*

El nuevo plan de estudios de los diplomados que está regulado por la Orden 7 de septiembre 1978 ya incorpora la Salud Pública, pero dada las características de Escuela adscrita de Logroño a la Universidad de Zaragoza y el tipo de relación de los profesores con ésta, no hay una clara profesionalización de la función docente y hasta principio de los años noventa no existe una fidelización de profesores en el área de la Salud Pública. Esto no facilita la

continuidad del proyecto docente, que por otra parte esta poco adaptado a las necesidades formativas de las enfermeras de los centros de salud, por ello se regula y aprueba el nuevo plan de estudios de la Universidad de La Rioja en el año 1997 (Resolución de 31 de octubre de 1997). Asimismo este informante desde su condición de alumno ya tiene interiorizado que su profesor de Salud Pública dado que fue Consejero de Salud forma parte del grupo de médicos que dirigen la reforma sanitaria en La Rioja que popular y quizás malintencionadamente denominan “los cubanitos”, lo cual nos da idea de hasta donde la reforma sanitaria estaba contaminada de tintes ideológicos.

*J.-En la formación ya dabais Salud Pública vosotros.*

*GE009.-Sí, pero era una Salud Pública que daba un medico.*

*J.-Estaba dentro del área de la ginecología también.*

*GE009.-No, en nuestro caso estaba separada.*

*J.-El otro día me hice con un plan de estudios de la época, yo firmé durante años hasta el 95, yo firme un acta de ginecología*

*GE009.-Tienes razón, nosotros no se, porque luego a nivel administrativo no se como lo separaban, pero nos dieron dos, uno Javier Gost, que luego fue Consejero al poquito tiempo. Si te soy sincero no se de que me hablaba, ellos creo que habían hecho su primera experiencia ya entonces, o no habían ido a Cuba, porque Javier (se refiere al Director Provincial del INSALUD) yo no se si llegó a ir, pero estaban sus dos compañeros Félix y Jorge.*

*J.-(aclaro el error sobre los cubanitos)*

*GE009.-Pues mira si no me lo hubieras aclarado yo siempre pensé porque vino como una ola la revolución de esa salud pública nueva, que yo no recuerdo lo que me transmitió, la verdad es que tengo ahí una laguna importante, que había cambios en el sistema pero claro yo creo que esa figura estelar que ahora reconocemos independiente de la enfermería, yo no la vi allí presente*

*J.-Términos de higiene y salud pública*

*GE009.-Sí, sí, ya se empezaba, vamos yo creo que esa doctrina de cuidados de la población de prevención.*

Hasta estos años era frecuente ver como las alumnas de la Escuela eran utilizados como mano de obra y en algunas plantas del hospital las del último curso en algunos casos se quedaban al cargo de las unidades asistenciales sin una profesional responsable. De forma similar ocurre en la Unidad de Formación de Medicina de Familia de La Estrella pues son los alumnos quienes se están haciendo cargo de la actividad enfermera sin profesional alguno que se responsabilice de sus acciones, salvo los propios médicos especialistas también en periodo formativo de su especialidad sin tutorización alguna, los cuales ejercieron de modelo en las prácticas como enfermeras.

*J.-Estaban los servicios jerarquizados, había supervisoras.*

GE009.-Totalmente, ya estaban los turnos mas o menos controlados sí, me contaban como antes los veranos se quedaban los alumnos al cargo de plantas pero yo ya no lo viví, en mi experiencia la única unidad de la cual hablaremos exclusiva de alumnos, porque todos éramos alumnos fue la unidad piloto fue la unidad familiar y comunitaria en la que estuve, te decía que en tercero yo me decante seis meses o lo que eran dos módulos completos no los raquíuticos de ahora, estuve en esta unidad en la Estrella y seis meses estuve en geriatría, luego ya me quedé

J.-Cuéntame como llegas ahí a esa unidad, porque llegas a esa unidad, puesto que me dices que os daba clase Javier Gost

GE009.-Yo nunca hable con él.

J.-Cómo llegaste allí.

GE009.-Pues yo creo que también por azar, no se si recuerdo ahora si lo llegue a solicitar o quizá sí, no había demasiadas posibilidades porque éramos dos alumnos de enfermería que íbamos a convivir con dos alumnos de trabajo social y creo que eran cuatro médicos en formación, médicos de familia, serían de tercer curso, yo creo que estaban ya en el final de su formación y eran un poco, pues bueno los mas de los mas.

J.-Estamos hablando del 80 y.

GE009.-Eso tuvo que ser 83, finales del 83 principios del 84 y además recuerdo que estaba Marina, estaba José Luis, estaba Fernando y había un cuarto que compartía formación con nosotros , ceo que era Fernando también pero que estaba mas en el barrio de Varea, José Luis, Marina no lo recordaré se que pasó a Asturias después, aprobó creo que allí alguna plaza y Fernando que era una persona que dejó mucha huella tampoco recuerdo.

J.-Hablas de médicos de familia

GE009.-Sí, para nosotros fueron los que realmente ejemplarizaron ese nuevo modelo de atención y que nos enseñaron.

J.-Tú sabes su formación quien la llevaba, de donde adquirieron ellos, de donde mamaban ellos puesto que tutores no había.

GE009.-No, no, pues no lo se si eran autodidactas, presumo que no, o a lo mejor sí, nunca les vi tampoco despachar con nadie, al contrario cuando hacíamos las sesiones, porque era algo reglamentario y que además nos hacía mucha ilusión a todos, calcula que es llegar de alumno a un paraíso donde tu voz tiene resonancia, donde tus propuestas tienen acogida y donde la población es enormemente cercana y enormemente agradecida y esto cuando te comes el mundo con esos años y cuando ves que con el mismo ritmo, la misma intensidad los que están de otras disciplinas se lo comen contigo, vamos eso es que retro alimenta como nunca lo hubiera imaginado, haces un juego de médicos o haces un juego de enfermeros, o haces un juego de trabajadores sociales cuando todavía te tomas muchas mas responsabilidades de las que yo había vivido en un hospital que eras un mandado, siempre eras un mandado y aquí no, aquí pones en escena lo que sería llegar

*a la población, hacer intervenciones con la población, visitarlos en sus casas, citarlos para que te vengan a ti, bueno teníamos allí bueno pues calculas el Hospital de San Pedro de hace veinticinco años, remozado, teníamos tres habitaciones, una que hacía de archivo, una despensita, otro archivo que sería pequeño y para ya de contar, pero tenías tu puerta, tu autonomía, tenías tu letrero que ponía enfermería, tenías al lado la figura del trabajador social y en frente los médicos, te ibas con ellos de paseo, léase hacer las visitas a domicilio, de planificar para controlarle, porque ya teníamos programada la obesidad, teníamos controlada la diabetes, teníamos controlada la hipertensión yo recuerdo todavía hoy.*

*J.-De dónde había salido eso.*

*GE009.-Pues no lo se, me imagino del instinto de esta gente, porque ellos llevaban mas tiempo de andadura, ellos ya habían tenido esta experiencia creo, llevaba ya como un año abierto ese centro creo, o sea tenían ya un rodaje y lo que hicieron fue contagiarnos a nosotros.*

La actividad normal en esa unidad estaba presidida por la creatividad y la ilusión de sus componentes tanto médicos como alumnos enfermeros y además no se limitan solo a la actividad asistencial, sino que se hacen trabajos descriptivos de los problemas de salud, como es el caso del primer trabajo sobre obesidad que realiza en ese periodo de prácticas el alumno informante. La percepción que los componentes de esta unidad tienen es que se encuentran en una auténtica isla dentro del mar que es el sistema tanto sanitario como docente, pues no se sienten supervisado ni controlados.

*J.-Cuéntame como era un poco la vida normal allí, entrabais a que hora, salíais...*

*GE009.-Bueno, yo creo que era un horario parecido al de ahora, serían mas o menos las ocho cuando llegabas.*

*J.-Eras consciente de que la población que teníais adscrita era de unos médicos de cupo de la seguridad social que estaba prestada.*

*GE009.-Sí, yo eso me entere un poquito mas tarde, en aquel entonces no te preguntas esas cosas.*

*J.-Ves como esta montado y no te preguntas.*

*GE009.-Claro, montado, rodado, sabíamos lo único que éramos todo alumnos, pero claro no es lo mismo un alumno, alumno, que un médico que había cursado sus seis años y además estaba en formación por aquello.*

*J.-Ya tienen autoridad.*

*GE009.-Eso, ya tienen autoridad y además una capacidad, nosotros cada vez no se, cada vez que tenías que tomar una determinación mayor decías oye esto quien nos respalda o quien nos acoge, pero la verdad es que ese clima, el clima que yo viví allí a nivel personal y a nivel profesional, si no me hubieras invitado a esta charla lo hubiera tenido yo clausurado otros dos siglos eh, que es lo que pienso vivir, jo fueron unas experiencias emocionantísimas de*

*autonomía, de reconocimiento, de ver como lo que invertías revertía en la población, de recoger mieles de la propia población, bueno aquello fue fantástico.*

*J.-Porque no tienes un espejo y no te ves la cara, pero transmites con la cara esa ilusión, que es curioso que casi toda la gente del inicio tiene la misma sensación.*

*GE009.-Yo lo viví, si me dijeran describe, no me puedo acordar de detalle, pero me estoy viendo, entrabas a las ocho, hacías pues posiblemente una toma de contacto con los compañeros, te planificabas que avisos, porque también se recibían avisos de domicilios y quien iba a ir a verlos, si tu, la compañera, si eran cosas a lo mejor planificadas, alguna cura, que también nos dedicábamos a ello, tenías pues lo que sería una consulta convencional o había que administrar algo en domicilio o había alguna de esas visitas concertadas que habías tenido, pues para hacer valoraciones, porque yo creo recordar que teníamos algunos instrumentos, que no se quien los había agenciado o si nosotros mismos, hacer valoraciones no solo de las constantes.*

*J.-La Escuela no.*

*GE009.-No, la Escuela no, la Escuela yo creo que desgraciadamente vivía muy de espaldas a esa unidad, que solo la catamos unos pocos porque nadie puso problemas para que yo me quedara un trimestre mas, es decir, no se si porque caía bien en la estructura o porque realmente el rendimiento era bueno y no me habían echado o porque no había gran demanda, yo recuerdo que han sido mis dos únicas experiencias que duplique a nivel clínico y que bueno lo hice encantado.*

*J.-Estabais, ibais a los domicilios o sea.*

*GE009.-Íbamos a los domicilios, hacíamos nuestros cuidados, veías gente en la consulta que venían, pues esos programas, siempre recordare porque además yo era ya muy*

*J.-Cuando ibais a los domicilios teníais la referencia aunque solo sea en mente de tu infancia de la figura del practicante que iba a tu casa y esas cosas*

*GE009.-Sí, la tenías, la forma de recibirte la gente.*

*J.-Te lo hacía ver la gente, eso que te ponen el platito*

*GE009.-Eso es, te seguían tratando cuando te veían un imberbe prácticamente y te seguían tratando con una calidad humana tremenda, todo servía todo valía y era gente muy, muy agradecida. ¡Ah claro! yo estoy pensando en ese año hicimos un estudio sobre la obesidad en el barrio de la Estrella que yo presente en el acto de clausura, espera, espera, ahora me están viniendo, en el acto de clausura, en el acto de graduación de nuestra promoción delante de todas las familias y de las autoridades yo presente algo que habíamos hecho, que era estudio sobre la obesidad y que Dios mío donde podrá estar porque en aquel momento yo tenía.*

*J.-Sería interesante que recogieras eso*

GE009.-Pues eso no se donde, posiblemente ya haya desaparecido porque claro mi madre se mudo muchos años mas tarde, pero yo me acuerdo además hasta como lo documenté porque yo tenía vínculos con la aviación y me fui hacer unas fotos aéreas del barrio de la Estrella en aquella época, para ubicar, para que vieran la superficie, el espacio donde nosotros habíamos trabajado, fue una presentación preciosa, yo con mi primera corbata y mi primer traje presenté, algunas veces con los alumnos hemos añorado mucho esos actos de graduación, el trabajo que estimaban mejor, ese trabajo ya no se para que asignatura lo hice, me suena porque la elección la hicieron ellos, yo había hecho ya una primera aproximación y luego seleccionaron el trabajo para que yo diera lectura

J.-Los profesores, los alumnos.

GE009.-Los profesores de la Escuela.

J.-Pero ese trabajo fue hecho en consonancia y concordancia

GE009.-Fue hecho aquí en la escuela y con la filosofía de la Escuela, de la unidad piloto.

J.-Y entonces la Escuela como sabe de eso, porque tu lo presentas.

GE009.-No, porque posiblemente en Salud Pública quizá nos pidieran hacer algún trabajo, es lo único que me cabe duda, pero discúlpame esta laguna no se exactamente, fue un trabajo, además era de epidemiología.

J.-Me gustaría que

GE009.-Y además me acuerdo el título, la obesidad en el barrio de la Estrella, presentado y además lo tengo como galardón, porque fue mi primer premio por decirlo así, me habían seleccionado ese trabajo.

J.-Es que es curioso no presentar este tipo de trabajo en la tesis no, pero si este tipo de documentación, o sea etnográfica aunque solo sea por poner una foto de la portada, porque parece algo muy interesante, el primer estudio sobre la obesidad

GE009.-Además me acuerdo perfectamente de las primeras fotos de la población, que siempre he sido muy fotero, de cuando venían a tomarse el peso, ah, unas encuestas dietéticas que no se donde diablos me sacaría, donde estaba la gente

J.-Eso lo hicisteis en esas reuniones que dices que teníais.

GE009.-Yo creo que sí, que ellos me ayudarían o me invitarían a seguir con el proyecto, presumo que sería un proyecto individual que a lo mejor estaba relacionado con esa asignatura de Salud Pública, quiero pensar eh, pero ni tutorizado, ni nada que se le parezca eh, es decir ahí estas, yo la verdad que si ya era un poco despierto, ahora es cuando no lo soy y me acuerdo perfectamente que citaba a la gente en la consulta, algunos que no podían venir y les hacía un análisis dietético de todo lo que habían ingerido el día anterior....

Desde estas unidades no se tienen ningún contacto con la actividad asistencial que se está dando en el ambulatorio, ya sean con los practicantes de zona, ni con las ATS de ambulatorio. Los médicos sí, además de hacer guardias en urgencias del hospital lo hacen puntualmente con el médico titular que les visitaba, pues ellos estaban trabajando con la población adscrita del titular de zona y APD y por tanto usaban sus recetas y demás documentos oficiales.

*J.-No había por allí ningún practicante de zona de la seguridad social, no había nada, enfermeras de ambulatorio de las de recetas tampoco.*

*GE009.-No había nada, yo quiero recordar que alguien, un médico de familia, bueno un médico general que luego lo he visto por ahí que todavía no está jubilado venía a reunirse con estos, Fernando, uno alto, espigado con gafas y que creo que era el titular del barrio de La Estrella*

*J.-No recuerdo ahora mismo el nombre, se acaba de jubilar*

*GE009.-Sí mas o menos le corresponderá porque era una persona joven que les veía despachar con éstos.*

*J.-Es el que les dejaba las recetas, algún sello*

*GE009.-Eso es y despachaba con ellos de vez en cuando*

*J.-A cambio le hacía las vacaciones.*

*GE009.-Sí eso se llaman contraprestaciones, pero.*

*J.-El inicio de la familia aquí ha sido también.*

*GE009.-Anecdótico, aquello era artesanía pura, pero era tener un “filin” tremendo entre el equipo, era tener muy clarito lo que tenías que hacer e ilusionarte cada vez*

*J.-Esta claro que no se quería hacer lo que seguían haciendo los ambulatorios.*

*GE009.-No, no, no tenía nada que ver, la cercanía, los reconocimientos, participábamos todos, por ejemplo.*

*J.-Tú conocías el ambulatorio*

*GE009.-No, yo el mundo de lo que no era hospitalario o el paso por residencia que era lo mas parecido a lo que yo estuve anteriormente el resto conocía, yo había estado en servicios muy... eso creo que fue lo que me motivó a salir del hospital San Millán, por Dios sáquenme de aquí que yo no quiero trabajar en esto, si esto es así me borro, acabé en el hospital de La Rioja.*

Otra de las actividades además de las puramente clínico asistenciales que se realizaron asiduamente, eran las actividades de formación propia con sesiones clínicas realizadas a última hora de la mañana, las intervenciones comunitarias como eran los contactos con la asociación de vecinos del barrio, las intervenciones de educación sanitaria a grupos en el hogar del jubilado. Todo ello realizado con un importante espíritu creativo que genera un clima muy placentero y agradable como bien describe el informante.

*J.-Probaste las mieles de otra manera y entonces claro.*

*GE009.-Y ya digo si yo no hubiera tenido la tentación que tuve en geriatría por el clima humano y porque creo que las personas mayores me engancharon, yo creo que hubiera sido con ese modelo, a lo mejor, me hubiera desencantado si hubiera ido a otro sitio y hubiera visto que eran ambulatorios y lo que yo había mamado era una nueva forma de hacer las cosas no, preventivistas no, cuando hablabas de prevención, cuando dabas clases, ¡ah! dimos varias charlas los alumnos dábamos charlas a la gente las convocábamos en el hogar, que era aquello, en el hogar de San Pio X, me parece que era de la iglesia y reuníamos allí para hablarles de hipertensión o de que diablos les hablaríamos, yo recuerdo que por lo menos dos charlas, yo creo que debuté ahí con este arsenal.*

*J.- La dabais solos, las dabais con los médicos.*

*GE009.-Yo creo que íbamos todos en cuadrilla, pero nuestra parcela era nuestra parcela eh, creo que allí dos por lo menos recuerdo, recuerdo físicamente de ver la sala en unos bajos de lo que eran los edificios de Pío X y yo creo que coincidíamos, sí posiblemente con estos residentes que luego hacían guardias ellos también en el San Millán, hacían puertas no, peor el clima llegaba a tener comidas de confraternización en casa por ejemplo de Fernando, Fernando era para mí un tipo excelente , vivía...*

*J.-Al final de la mañana hacíais un sesión.*

*GE009.-Sí una sesioncilla, yo digo que casi todos los días eh, casi estaba metida en nuestro cronograma y ahí te organizabas no solamente lo del día siguiente, también cosas o peticiones que había de pacientes*

*J.-La imagen de la bata desapareció en ese momento*

*GE009.-Sí , era una bata que se ponían.*

*J.- Me refiero a lo que decías antes*

*GE009.-No bueno , llegó creo que eso fue el primer chance, el tuteo, el respeto mutuo que te podías tener siendo ellos estarían mucho mas en condiciones de ser mucho mas sobresaliente que nosotros*

*J.-Ellos te refieres a los médicos.*

*GE009.-A los médicos, que eran un poquito los líderes de esos equipos pero teníamos un entrón que eso pues claro siendo alumnos y eso claro te lleno el mundo de emociones, es que siendo alumno que me escuchen y que estén callados además y que no opinen y si opinan con un poder constructivo, aquello fue bueno, no tuvo parangón.*

*J.-No había sensación de ser auxiliar de nadie*

*GE009.-Nada, para nada, era un equipo, si algún a vez tengo que emular la figura de un equipo era aquello lo que vivimos pero además sin resistencias por parte de nadie, yo creo que teníamos muy claro dónde podíamos intervenir y que además no había límites, esa era la gran conquista, no había límites para poder hacer cosas por la gente, por el barrio, que te vieran como*

*una figura viva dentro del barrio, eso era muy importante en la asociación del propio barrio tenía "filin", despachaba.*

*J.-La asociación de vecinos te refieres...*

*GE009.-Despachaba con nosotros con la gente y luego pues ese pueblito que era entonces ese barrio, pues también cuando veías que alguien quizá estaba mal o todos se conocían, el hijo de fulana ya se que os lo trajeron ayer y no se que y te preguntaban, había un clima social en ese barrio yo creo que enormemente grato seguramente*

*J.-Había una integración del equipo, el equipo o los miembros del equipo ese estabais integrados en la comunidad ¿no?*

*GE009.-Totalmente, yo creo que éramos una parte clara de ella, siempre digamos la interlocución pues la llevaban mas los médicos pero....*

La siguiente informante nos confirma y completa esta información desde la óptica de la Escuela debiendo de considerar que en los años ochenta se encuentra en condiciones personales y laborales no muy favorables que desembocan con su cese como directora técnica después de varios años de haber sustentado diversos cargos de responsabilidad en ella.

*J.-Bueno vamos a ver, planes de estudios nuevos, hay que adaptarse a la circunstancia*

*GE016.-Como se pudo.*

*J.-Y poco a poco pues vais cambiando, entonces vamos a ver, hay conflictos personales contigo, o sea hay una persecución, caes en desgracia y entonces te destituyen.*

*GE016.-Eso en el 90*

*J.-Si quieres hablar de eso, si no, no hablas, entonces vas al centro de salud, lo que me interesa, como veías tu la atención primaria, cuéntame un poco antes de que vayas al centro de salud, cuenta un poco lo que no me has contado, la unidad de familia la unidad de formación de familia que es el embrión del centro Joaquín Elizalde que empieza en Varea y La Estrella.*

*GE016.-En La Estrella concretamente en el Hospital de San Pedro, en la casa del conserje, era una consulta allá con un lavabo.*

*J.-Sí, sí me lo han contado, vamos a ver tu con quien hablaste para que los alumnos fuesen allá, quien hablo contigo, como fue eso.*

*GE016.-Lo de las prácticas lo organizamos nosotras, en eso no se metió nadie, yo creo recordar que fueron, no se si fue Jorge Oyoqui, el que habló conmigo o como fue la cosa, es que yo no te lo se decir.*

*J.-Es que no supo decirme, no recuerdo bien si hablé.*

*GE016.-No lo tengo muy claro, pero de ser, seria Jorge, yo creo que fue Jorge, de ser sería Jorge, porque entonces estaba Javier Pérez Santo Tomás de director, o fue Javier o fue Jorge y entonces si se marcharon los alumnos con ellos y quedamos en eso, en que ellos nos buscarían, allí no había enfermeras, no había nadie.*

*J.-Allí no había enfermeras, iban aprender de ellos.*

*GE016.-Exactamente, allí no había nadie, eran ellos y los alumnos de la Escuela y con ellos empezó.*

*J.-Y las directrices que les dabais a los alumnos eran.*

*GE016.-Ellos iban, vamos a ver, nosotras en eso nos metíamos poco ¡eh!, con Jorge y Félix iban a las ocho de la mañana a la Escuela y ellos les explicaban lo que en ese día se iba hacer, lo que ellos, bueno, lo que pensaban que era el funcionamiento.*

*J.-No sabían nada tampoco.*

*GE016.-Exactamente, bueno pues ellos, lo recuerdo perfectamente en el vestíbulo anterior al salón de actos, en una sala ahí se sentaban con ellos, yo a veces estaba con ellos también y les contaban un poco lo que iban hacer ese día, lo que era la atención primaria y que se yo. Ese fue el tema, lo que no te puedo decir de aquello si fue Javier el que me lo dijo o Jorge, pero fue algo así.*

*J.-Bien, entonces los alumnos van allí, entre otros fue Javier Soldevilla, que fue alumno de allí que yo no lo sabía, que también lo entrevistaste hace no se cuanto y me contó un poco lo que hacían y como lo hacían.*

*GE016.-Javier se acordara muchísimo mejor. Yo he ido alguna vez luego a verles, concretamente a San Pedro fui, a Varea, yo creo que no, pero a San Pedro si que fui a ver la consulta y a ver como estaban, no recuerdo si Jorge estaba en Varea, iban cada día a un sitio.*

*J.-No había una unión directa entre lo que era teoría o el contenido de la teoría y lo que ellos practicaban allí porque era una cosa nueva.*

*GE016.- Bueno, pero entonces ya se empezó a dar la Salud Pública ¡eh!, lo que pasa que, sí ya se daba Salud Pública en el 80, si ya se estaba dando, quien la daba Milagros Perucha pudo dar algo, antes daba epidemiología y luego.*

*J.-Se daba Salud Publica*

*GE016.-No, no pero luego se empezaba Salud Pública y yo no recuerdo exactamente, yo daba parte y el resto, no me acuerdo en que año empecé, yo daba parte.*

*J.-Lo que tu dabas, te acuerdas un poco, se había sacado de la convalidación.*

*GE016.-Yo era un poco la introducción.*

*J.-¿Se había sacado de la convalidación fundamentalmente; de dónde son las fuentes en las que bebiste tu ahí, o dónde bebiste, te acuerdas?.*

*GE016.-Yo me guiaba por el como se llama el libro este.*

*J.-El Martín Zurro*

*GE016.- Hombre parte también de la convalidación, pero del Martín Zurro muchísimo dentro ese contexto, también de la convalidación utilizamos al principio muchísimo, pero bueno sacaba de los dos sitios.*

*J.-Es que yo cuando hice la tesina lo que estuve estudiando fue un poco el paradigma enfermero que hay aquí, o sea que tipo de paradigma y a la*

conclusión de una de las cosas que llegue haciendo una encuesta o sea la convalidación era que la convalidación fue un elemento determinante que nos fue introduciendo al nuevo paradigma aunque lucháramos en aquel momento contra ella.

GE016.-Sí, pero yo recuerdo que sus libros (se refiere a los de la convalidación) se utilizaron mucho y yo creo que fue cuando empezamos con la ética profesional, hay una serie de condiciones que ya se me han olvidado, es que hace muchos años, pero si efectivamente que esos libros fueron muy manejados.

J.-Bien, alumnos a La Estrella, alguna otra cosa que me quieras contar de los alumnos de aquella época haciendo prácticas en Atención Primaria, porque era el único sitio que se hacía, después fueron a Elizalde, tu sabes cuando fueron a Elizalde ya cuando estaban en el San Millán en el Perpetuo Socorro.

GE016.-Pues mira, hicieron las bodas de plata hace poco, yo te puedo decir que llevo ahora 18 años.

J.-Son las de Matilde, es el grupo de Matilde (profesora de la Escuela de enfermería).

GE016.- No, vamos a ver yo llevo 18 años en el centro de salud, en el 90 pasaron allí, 18 años, ponle 7 más, o sea que hará, yo pase en el 90, en el 83-84.

J.-Febrero del 84 empezaron en el Elizalde.

GE016.-Ya sabía yo que por ahí iba la cosa, inmediatamente ya pasaron alumnos allí.

J.-Te acuerdas cuando os pasaron.

GE016.- No, porque además andaban muy escasos de espacio y entonces no lo recuerdo exactamente, porque no tenían las consultas, acabaron las consultas muy agobiados podían ser cuatro o cinco tampoco mas.

J.-O sea que pasaron de Varea, los que iban a Varea.

GE016.-Siguieron yendo a los barrios, si claro porque luego de estar Jorge y Félix ya se hicieron las consultas en los barrios y siguieron yendo a los barrios los alumnos y a la vez pasaron al Elizalde.

J.-Pasaron a los barrios, o sea en los demás ambulatorios no iban, bien, se construyó el de Labradores.

GE016.-Si pero los alumnos a los ambulatorios no iban, solamente hacían las prácticas de salud pública y las de primarias.

J.-En algún momento tengo idea y esto es información de cuando estaba en Asturias, de que hacían prácticas en la dirección provincial de educación, cuando estaba de consejero.

GE016.-¡Ah en Sanidad, sí, sí, sí

J.-En Sanidad y en Educación, un año no, no me confirmas eso.

GE016.-No, no cuando estaba Gost, Javier que soy amiga suya también, de hecho el periodo que me dices suele estar el dando estadística normalmente suele estar allí también iban a Sanidad, vamos estuvo dando clases en la

*Escuela. Efectivamente cuando vino de Pamplona que Pepa todavía no había venido ya empezó el en la Escuela, porque antes teníamos a un profesor que era el Director de Sanidad, el doctor Cañada, que casualidad era tío de mi médico y amigo, compañero de trabajo José Luís Cañada, y luego vino Javier y empezó él a dar clases de epidemiología, que luego fue la Salud Pública e iban a practicar eso si que iban a Sanidad.*

*J.-A qué departamento de Sanidad.*

*GE016.-Pues iban bueno en epidemiología, con Milagros Perucha, estaban en vacunas.*

*J.-Aquí se hacían fotos seriaciones, mantoux y cosas de estas.*

*GE016.-Creo que sí, además.*

*J.-Una vez estuve en la Dirección Provincial y estaba.*

*GE016.-Se vacunaba entonces allí en Sanidad.*

*J.-Bien entonces lo que hacían los alumnos fundamentalmente en relación con la Salud Pública eran vacunas.*

*GE016.-Y luego empezaron claro en el Elizalde y los barrios los programas*

...

Este espíritu de superación formativa que existe en las unidades piloto se traslada a los primeros centros de salud y la aceptan como una función más mas del equipo la formación práctica de los alumnos de pregrado de enfermería y se asume de forma natural la necesidad de que existan profesionales conocedores y con preparación adecuada para la futura actividad a desarrollar en el nuevo ámbito de trabajo que son o serán los centros de salud.

En la formación práctica de los alumnos desde las primeras pruebas de las unidades experimentales de formación de la Estrella y Varea hasta que en el curso 1990-91 se responsabilizan desde el área de Salud Pública existe un periodo transitorio en el que por iniciativa de las enfermeras del centro de salud Joaquín Elizalde realizan sus prácticas en su centro con un programa planteado a iniciativa de las enfermeras asistenciales.

*GE001.-Nos ha dado por guardar. Mira el programa de los alumnos 88-89 mira el programa de docencia. Esto es lo que nos planteábamos nosotras, no la escuela.*

*J.-Porque en el 90-91 si planteábamos cosas desde la Escuela.*

*GE001.-Objetivos actividades numero de alumnos, estaba claro estructuralmente lo que tenían que hacer, y entendíamos que teníamos que formarlos en el 88 ya teníamos alumnos...muchas cosas 86-87 alumnos programa de docencia para los alumnos de la EUE de Logroño en el 86-87 Maribel y Paco los coordinadores se plantean hacer esto con los alumnos no la Escuela con los alumnos.....*

Con esta iniciativa la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) les remite alumnos, con lo cual implícitamente se asume desde el ámbito asistencial la perentoria necesidad de un nuevo perfil formativo enfermero, distinto al que ese momento se esta proporcionando con unas practicas exclusivamente hospitalarias, con la excepción anecdótica y puntual realizada por un sector minoritario de alumnos en las mencionadas unidades formativas y que con la creación del centro de salud Joaquín Elizalde y Gonzalo de Berceo desaparecen. Poco tiempo más tarde (curso 90/91) siguiendo directrices de la coordinadora de las Escuelas dependientes del Insalud doña Milagros Herrero, se produce un cambio de equipo directivo, a la par que de docentes, y se incorporan con dedicación de jornada completa profesores con experiencia laboral en A.P., con lo cual se hacen cargo a partir de ese momento no solo de la formación teórica sino de la coordinación de la prácticas docentes en los centros de salud.

*GE001.- ¡Ah Se me había olvidado!, teníamos ya alumnos de enfermería, empezamos con los alumnos igual entre el 88-89, que empezamos con los alumnos, ya en el otro centros de salud, por lo menos dos promociones.*

*J.-Cómo influyó el asunto de los alumnos, cuando nos incorporamos se pidió.*

*GE001.-Siempre habíamos dicho que cuales eran las tres áreas de la formación y lo habíamos hablado en la formación. Siempre habíamos hablado de que nosotros teníamos que hacer formación y entonces buenos pues se nos oferto por parte de Maribel si estaríamos dispuestas a dar la formación práctica a los alumnos de enfermería y todo el mundo dijo que si, nadie dijo que no y bueno pues se habló con Maite Diez directora de la Escuela y se programó lo de los alumnos. Creo que los primeros alumnos que vinieron yo creo que venían con la misma historia que nos veían por ahí*

*J.-Había coordinación entre la salud publica que daban y el profesor.*

*GE001.-No, no, no, nos dieron programa no nos dieron nada, enseñamos lo que nosotros habíamos visto. De hecho los primeros alumnos nos ayudaron a ir también a la revisión del diagnóstico de salud los alumnos ya nos (habla de los diagnósticos) uno a máquina y otro publicado en bonito, que sale la colaboración de los alumnos Lo único que se intento es que vieran pues la enfermería que no era hospitalaria (la enfermería cuidadora) en lo que pudimos colaborar y después una cosa que he visto aquí (tiene delante de si documentación que me va facilitando a la vez que me habla y hace algún comentario al respecto).*

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **10.-Instauración de la enfermera comunitaria en La Rioja**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## 10.-Instauración de la enfermera comunitaria en La Rioja

El desarrollo del pasado influye directamente en el presente y crear el contexto que produce y determina los acontecimientos actuales, esto aplicado al ámbito de nuestro estudio se puede decir que *“el desarrollo de la Enfermería moderna viene determinada por tres temas clave que son:*

*a.-El impacto de los reformistas y los grupos de presión*

*b.-El papel del Estado y las nuevas Políticas de Salud*

*c.-El cambio en la nueva imagen laboral de las mujeres en la sociedad”*(Lillo;2002).

Es por ello que siguiendo esta línea argumental se examinarán los acontecimientos del contexto tanto internacional, nacional como regional que contribuyen a la creación de la enfermería comunitaria en España tales como:

El perfil profesional de las enfermeras de Atención Primaria que tienen sus orígenes en la filosofía que emana de la Declaración Universal de Derechos Humanos realizada el 10 de diciembre de 1948, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual aprueba y proclama la salud como un derecho humano fundamental a través de su artículo veinticinco:

*“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

*2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.*

En 1977 la 30ª Asamblea Mundial de salud la OMS lanza como meta principal a conseguir el *“alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”*, en la histórica resolución WHA30.43, al año siguiente por decisión de la OMS y UNICEF se celebra en la ciudad de Alma-Ata una Conferencia Internacional donde se buscan estrategias para llevar a cabo dicha proclama conocida por su documento final como la declaración de Alma-Ata de 1978(OMS;1978) (OMS;1986), donde se indica que la atención primaria es la asistencia esencial que debe de estar al alcance de todos los individuos:

*“V.-Los gobiernos tiene la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas*

*sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones, internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe de ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y Económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.*

*VI.- La atención primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar....La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal....llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde reside y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.*

También y desde la Treinta Asamblea dentro de este programa de salud para todos en el año 2000 además de la primera resolución WHA30.43 en la que los gobiernos y la OMS se comprometen a llevar adelante dicho programa, existe una segunda resolución, la WHA30.48 en la que se da carta de presentación a la importancia del personal de enfermería en la atención primaria de salud, y se insta a los Estados miembros a analizar el papel y funciones de este personal (OMS; 1993).

La transición española hacia la democracia, es otro hecho que facilita la aparición de la enfermería de atención primaria, y el seis de diciembre del año 1978 se aprueba una nueva Constitución, que reconoce en su artículo 43 el derecho de los españoles a la protección de la salud, otorgando competencias a los poderes públicos para: organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, la prestación de servicios necesarios, estableciendo derechos y deberes, fomentando la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

En el año 1979 la OMS en su Oficina Regional Europea saca a la luz un documento básico sobre enfermería en el que se la define como:

*“la actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en si misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia y comunidad) a funcionar de forma optima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la*

*muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger a la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación, reentendimiento, conocimiento y habilidades específicas de la disciplina...trabaja sobre una base de colaboración con trabajadores de otras disciplinas sanitarias” (Hall;1979).*

El Comité Regional de la OMS para Europa en 1980 decide analizar el estado de salud de la población en la región y de acuerdo a los resultados lanzan la estrategia del programa de Salud Para Todos en Europa concretándose en 38 objetivos, como estrategia para conseguir la meta de salud para todos en el año 2000, que busca evitar los desequilibrios y propiciar la equidad en salud, promover hábitos y estilos de vida saludables, proteger el medio ambiente, reorientar los servicios de salud, potenciar la investigación en salud (Pinilla; 1990), (Caba;1990), reforzando según estos planteamientos la actividad nada fácil y quizás lenta del primer nivel de atención de los sistemas de salud europeos (Vuori;1985).

A partir del año 1984 en España, concurren una serie de circunstancias que directa o indirectamente influyen en el nacimiento de la enfermera de atención primaria, tales como, el mencionado Real Decreto 137/84, con el que se delimitan las Zonas de Salud, creando los Centros de Salud y el Equipo de Atención Primaria, que está compuesto por Médicos de Medicina General y Pediatría Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas, y practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la zona. En sucesivos apartados incluye a funcionarios técnicos del estado al servicio de la sanidad local, de los Cuerpos Médicos y Practicantes y Matronas titulares, Veterinarios, Farmacéuticos, Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales (Real Decreto 137/84 de 11 de enero).

En La Rioja además de la Resolución de 2 de Enero de 1985 sobre el concurso libre para provisión de plazas vacantes de personal sanitario en los Equipos de Atención Primaria para ATS en centros de salud (Resolución 2 de enero 1985), en el mes de julio del año anterior, el Director Provincial de La Rioja Javier Pérez Santo Tomás convoca concurso restringido para la incorporación de Personal Sanitario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social a los Equipos de Atención Primaria, (Orden de 26 de marzo de 1984) (**Anexo fotos 54**).

Posteriormente se introducen tres importantes modificaciones en el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de cara al alumbramiento de la figura profesional de la Enfermera de Atención Primaria (Orden 14 de junio de 1984):

*Los artículos, nueve, diez y diecinueve entre otros del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, como consecuencia del papel singular que se le atribuye y que debe de desempeñar el Personal de Enfermería en la prestación y organización de los servicios sanitarios especialmente en el primer nivel, haciendo necesario contemplar entre las modalidades existentes de dicho personal en razón de los servicios que presta, la de Personal Auxiliar Sanitario de Atención Primaria, debiendo configurarse su régimen funcional.*

*En la misma Orden, se introduce modificación del Art. 51 bis, introduciendo la jornada laboral de cuarenta horas semanales para el personal de equipos de Atención Primaria, sin perjuicio de las necesarias para los turnos rotatorios dedicados a la asistencia de urgencia.*

*Igualmente, se reforma el Art. 57 determinando que en las Instituciones abiertas y cerradas, Equipo de atención Primaria o Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría-Puericultura de instituciones abiertas realizarán a partir de ese momento sus funciones las enfermeras y ATS de la Seguridad Social.*

Y también introducen las funciones de las enfermeras de EAP que textualmente dice:

*“Las enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de Atención Primaria prestarán con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domicilio, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines a la Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.*

*Conforme a su titulación centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a la rehabilitación y recuperación de la salud”.*

Igualmente en esos momentos, se establecen modificaciones de las normas de selección que vinculan al servicio de la Seguridad Social, que para el personal

enfermero (Auxiliar Sanitario<sup>5</sup>), debe de ser mediante concurso abierto y permanente, excepto las plazas correspondientes a la modalidad de Atención Primaria, que serán mediante concurso-oposición restringido y concurso-oposición libre (Orden 14 de junio de 1984) (**Anexo fotos 54**) . Como bien se desprende del baremo nominado anteriormente C, se busca un personal que responda a conceptos de salud auspiciados en consonancia con los criterios intelectuales manifestados internacionalmente, por ello se concede mayor valor a la carga formativa, investigadora, docente, etc., en tanto en cuanto esta está referida a la salud pública y comunitaria.

Paralelamente al sistema asistencial de salud concurren circunstancias que también ayudan indirectamente en el nacimiento y consolidación de la enfermera de EAP. En el año 1985 a través del Real Decreto 1888/84 se regula el que los Diplomados de enfermería puedan concursar a plazas de Profesor Titular en las Escuelas Universitarias de Enfermería, en el área de Conocimiento de Enfermería (Orden 14 de Enero de 1985), hecho importante porque múltiples enfermeros comienzan a ejercer como titulares de la disciplina, pudiendo investigar y reorientar en muchos casos la formación de la enfermera con contenido epistemológico propio, evitando los procesos de enculturación que se venían dando. Así al interrogar al informante GE001 sobre el tipo de formación a principios de los años ochenta nos comenta:

*GE001.- Yo había tenido una cierta formación. No te voy a decir que total en la escuela de enfermería de Pamplona se me hablo, no le llamaban entonces atención primaria, teníamos una asignatura que se llamaba salud pública y teníamos unas asignaturas que eran de enfermería y ahí era donde se nos hablaba de los fundamentos de enfermería de las tendencias de enfermería y donde se nos hablaba entonces de y de hecho teníamos que hacer planes de enfermería y hacíamos planes de cuidados.*

*J.-¿Hasta entonces no se hacían? ¿Qué era lo que se hacía?*

*GE001.-Hasta entonces que yo sepa no se hacían hasta que bueno pues las personas no se si las personas llevaban allí mucho tiempo en la Escuela, pero se nos intento tanto en la parte teórica como en la práctica teníamos que llevar una serie de pacientes a cargo de los que teníamos en planta y*

---

<sup>5</sup> Se refiere a los profesionales de enfermería (Diplomados de Enfermería, ATS y Enfermeras, Practicantes-ATS, o matronas) pudiendo esta nominación inducir a confusión con la del personal Auxiliar de Enfermería, antes Auxiliar de Clínica, cuya formación es Formación Profesional de primer grado (FPI), o los Técnicos Especialistas de Formación Profesional de segundo grado (FPII). Según art. 8 de Orden de 26 de diciembre de 1986 del ministerio de Sanidad y Consumo BOE nº 10 de 12 de enero de 1987

*teníamos que hacer durante el tiempo de su ingreso, teníamos que hacer el plan de cuidados y la evolución de su plan de cuidados y así se nos evaluaba Entonces quiero decir que de alguna manera. Aplicábamos la teoría a la práctica en aquellas asignaturas que nos las daban enfermeras y se nos hacía pues todas aquellas cosas que nosotros aprendíamos en las diferentes asignaturas lógicamente había que aplicarlas al paciente concreto Ya te digo se nos hacía hacer lo que era el PAE y al paciente asignado en la planta le hacíamos el PAE durante el tiempo que estuviera ingresado.*

*J.-Plan de Acción Enfermero*

*GE001.-Esto fue un poco el comienzo*

*J.-Qué valores incluíaís en el PAE que tu lo relacionas con la atención primaria.*

*GE001.-Por eso te digo que yo creo que fue la semilla que ha ido surgiendo después con todo esto Porque nosotros teníamos que hacerlo todo por necesidades y bueno no llegábamos al diagnóstico de enfermería (Dde) pero nosotros teníamos que detectar las necesidades los riesgos*

*J.-Ponme un ejemplo del tipo de necesidades.*

*GE001.-Si nosotros veíamos desde las necesidades de hidratación alimentación, respiración, eliminación de... eran quizás mucho más aquellas necesidades pero que siempre nos ha costado mucho más, como las de tipo sexual o como las necesidades anímicas, o a nivel religioso. Estos a todo el mundo a todas las compañeras que estudiamos juntas en aquel momento yo creo que todas las compañera que trabajamos en la EUE eramos las que pasábamos mas de soslallo porque era lo que nos costaban mas pero veíamos las necesidades que aquel paciente tenía disminuidas, veíamos el factor de riesgo que tenia por anulación de esa necesidad bien por al disminución y con eso establecíamos que acciones y después con esas acciones se evaluaban a corto, medio largo plazo.*

*J.-¿Año?*

*GE001.-Esto eran los años 81-83*

*J.- En esa época ya hablabais de*

*GE001.-En esa época tuvimos dos profesoras yo creo que tuve suerte en caer en esa escuela para mi fueron en aquel momento unas personas totalmente de avanzadilla Enriqueta Pérez y Pilar Notivol.*

*J.-Dos ilustres, Pilar esta a punto de entregar el doctorado, ...(hace un comentario sobre Pilar y Enriqueta que son viejas conocidas).*

*GE001.-De hecho te he traído A nosotros en junio nos trajo a la escuela como uno de los temarios de la EUE una persona que se llamaba Rosse Polleti y entonces nos dio dos días estuvimos con ella nos impartió ciertas clases nos impartió un taller que se llamaba "Los cuidados de enfermería actividad humana fundamental al servicio del hombre". De estos tengo en casa tengo alguno mas ..Ya nos hablaban de los cuidados de enfermería o sea que en aquella época el año 82 era algo muy novedoso y que*

*J.-Pero novedoso con respecto a que, pues estás hablándome*

*GE001.-Novedoso me refiero a que no era la tendencia general yo tenía compañeras que estaban estudiando también en Pamplona en otras escuelas y de lo que nosotras dábamos a lo que ellas daban no tenían nada que ver, había una diferencia sobre todo a nivel de los fundamentos y del cuidado de enfermería.*

*Nosotros como te digo, teníamos unos asignaturas que se basaban en todos los fundamentos del cuidado y sin embargo en la EUE de Pamplona de la escuela universitaria y la del provincial no tenían el contenido ni la asignatura.*

*J.-Por tanto esta claro que hay diversas formas de...por lo que dices*

*GE001.-Por lo menos yo loo he vivido así desde el comienzo como te digo Lo he vivido siempre de esa forma veo que hay diferentes tendencias y después si que es verdad que a la hora de desarrollar tu trabajo lo que has mamado de alguna manera pues lo*

*J.-Ves valores diferentes en la ...y eso condiciona el perfil y la forma de actuar..*

*GE001.-Otra por ejemplo después que tuvimos contacto ya en el 89 en Pamplona en Se llamaba “Mesa redonda el papel de la enfermera en Atención Primaria”, ahí ya llamaban atención primaria, era de Jhoon Clark. Bueno creo que era americana.*

En octubre de este mismo año se desarrolla el Decreto de Estructuras Básicas de Salud en la disposición transitoria primera sobre el aspecto retributivo para el personal de los Equipos de Atención Primaria donde hemos de resaltar además de las retribuciones básicas, las complementarias y en el apartado de otras retribuciones resaltan los emolumentos por: dirección de programas específicos, por participar en turnos de atención continuada y un plus por desplazamientos, (Orden de 9 de octubre de 1985). Estos tres apartados remarcan el carácter diferente de la actividad de las enfermeras de atención primaria de los centros de salud, y un año más tarde aparece la retribución del responsable de la coordinación de enfermería de los Equipos de Atención Primaria (Orden de 8 de agosto de 1986).

A mediados del año 1986 la enfermería española comienza a realizar toda una red de foros de discusión y debate, primero local, luego regional, y nacional, culminando en uno europeo, como consecuencia de la necesidad de cumplir el objetivo de la OMS para Europa, de analizar los cambios necesarios en la práctica, la formación, la investigación y la legislación sobre Enfermería. Esto confluye en la convocatoria por parte de la OMS de la Primera Conferencia Europea sobre Enfermería, celebrada del 21 al 24 de junio de 1988 en Viena. En esta resolución las enfermeras de 32 países, después de asumir como

principio el concepto integral de salud como algo bio-psico-social, instan a crear servicios de enfermería innovadores, potenciando la investigación y la práctica enfermera haciendo que se centren más en la salud que en la enfermedad (OMS;1993). Las enfermeras desempeñan cuatro tareas principalmente con las cuales garantizan los cuidados generales de los individuos, familia y comunidad: el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación y rehabilitación de la enfermedad gestionando los cuidados enfermeros, siendo por tanto los expertos en cuidados de enfermería en el marco del equipo multidisciplinar, a través de la educación tanto propia, como a los pacientes, familia y comunidad, de acuerdo a la reflexión crítica apoyada en la propia investigación (CCFI;1977).

Otra circunstancia que es clave como sustento para el nacimiento y refuerzo de la enfermera de EAP, es la Ley General de Sanidad del año 1986, que refuerza, amplía, sustenta y organiza el Sistema Nacional de salud en dos niveles asistenciales, el primario y el de segundo nivel, la asistencia especializada.

En el año 1989 se promulga otra norma que remarca la entidad propia de las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria sobre la provisión de plazas sanitarias de los citados equipos, refiriéndose a la reconversión de plazas del modelo anterior, como en la cobertura y creación de nuevos puestos, sin olvidar el concurso de traslados entre el personal ya incorporado a los equipos de Atención Primaria, a las cuales podrán concursar *el personal estatutario fijo con nombramiento en propiedad y servicio activo en la plaza de la misma denominación en Equipos de Atención Primaria u Hospitales del Instituto Nacional de la Salud...*(Real Decreto 1453/1989, de 1 de diciembre)

La Circular 5/90 sobre organización de las actividades del personal de Enfermería en los Centros de Salud (Circular 5/90;1990) (**Anexo fotos 63**), es otro pilar con el cual se aclaran las diferentes corrientes e interpretaciones que se están produciendo respecto de la legislación anteriormente mencionada, dando lugar a múltiples conflictos, por intereses contrapuestos de lo más variopinto a lo largo de todo el estado, unas veces motivadas por la presión de los médicos y sus organizaciones corporativas, como queda de manifiesto en las manifestaciones e interposiciones de tipo legal que su Consejo General de Colegios de Médicos de España realiza en los años noventa (Editorial Nursing;1991), (**Anexo foros 37,38,39,40,41**) y otras por el desconocimiento más profundo de las nuevas corrientes asistenciales de la enfermería. De ahí que *“el trabajo de enfermería ha de venir acompañado del espíritu crítico y un decidido activismo contra la ignorancia persistente...para que el movimiento de la*

*Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) sea una herramienta correctora de efectos perversos del sistema” (Martínez Ques;2005). Se deben aportar con claridad por parte de “las enfermeras y enfermeros, los servicios específicos que les caracterizan dentro del equipo de salud” (Ramos;2005). Es por ello que desde la nueva organización de la atención primaria se unifica el funcionamiento del personal de enfermería ya sea administración de tratamientos, extracción y recogida de muestras, realización de curas, etc, deben de llevarse a cabo basadas en la promoción, participación ciudadana, administración de cuidados, integrado en el marco del trabajo de equipo y participando en la toma de decisiones. Por ello y desde la legislación mencionada anteriormente, el Director General del Insalud Jesús Gutiérrez Morlate concreta con esta circular que se debe*

- 1.-Fijar objetivos de trabajo enfermero desde las direcciones provinciales o sector sanitario, centros de gestión de atención primaria y en cada uno de los equipos, previo análisis eligiendo metas alcanzables...*
- 2.-A cada enfermera de equipo se le asignará una población fija y concreta, idealmente grupos familiares facilitando que los usuarios conozcan a su enfermera...*
- 3.-Para evitar esperas y desplazamientos innecesarias y mejorarla coordinación entre la consulta médica y de enfermería referidas a la misma población, ambas deben de realizarse simultaneas y preferiblemente en espacios colindantes.*
- 4.-Se realizara redistribución correcta de espacios físicos y horarios de consulta para llevar el punto anterior a cabo .*
- 5.-Se potenciará la visita domiciliaria que se hará a puérperas y recién nacidos, inmovilizados, terminales, enfermos con tratamientos a domicilio, control de discapacitados..*
- 6.-En cada equipo debe establecer criterios claros de derivación medico enfermera y viceversa..*
- 7.- Se considera actividad de enfermería en atención Primaria la educación para la salud de individuos (domicilio o consulta) y a grupos. Debiendo como mínimo hacer cada enfermera educación sanitaria a grupos sobre: Educación maternal, tanto pre, como post-parto, alimentación e higiene en el primer año de vida, a grupos de hipertensos diabéticos, obesos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis, etc., planificación familiar, educación para accidentes domésticos, uso y abuso de alcohol y tabaco, utilización de medicamentos, higiene bucal etc.*
- 8.-La documentación derivada de las tareas enfermeras se integrará en la historia clínica de cada persona, identificándose el personal que la realiza (no existirá historia específica de enfermería) Contara cada equipo con registro de actividad de enfermería*
- 9.-Los protocolos que se establezcan deberán llevar normas explícitas de los procedimientos a realizar por los distintos profesionales del equipo y en concreto el que deba llevar el personal de enfermería.*

10.-Dentro del programa de formación continuada de cada equipo se contemplará las actividades de enfermería de asistencia a cursos Jornadas, Congresos, sesiones, reciclajes inter-consultas etc...

11.-Las Direcciones Sectoriales o Gerencia de atención primaria garantizarán el material imprescindible para el correcto desarrollo de las actividades enumeradas

12.-En el reglamento de régimen interno de cada equipo se indica la organización del personal de enfermería incluyendo tiempos diarios de visita domiciliaria, trabajo de grupos, actividades de educación, de formación, de trabajo de programas etc.

Se considera Atención directa de enfermería, consulta, visita domiciliaria, trabajo de grupos, se dedicará cinco horas de promedio, definiendo cada equipo la distribución del tiempo, el resto se dedicará al trabajo con la comunidad, trabajo en equipo y formación.

13.-Las direcciones de sector y o Gerencias de Atención Primaria a través de los Coordinadores de Atención Primaria y los responsables de Enfermería, garantizarán el cumplimiento de esta normativa, que entrará en vigor a partir del día siguiente de su remisión.

Como se va mostrando a lo largo del trabajo la enfermería es “la más veterana de las artes y la más joven de las profesiones” (García,Calvo;1982), su forma tradicional de adquisición de conocimiento según algunos autores es a través de las tradiciones, la autoridad, los préstamos, el ensayo error, la experiencia personal, el modelado de roles, la intuición y el razonamiento (Burns,Grove;2004). Esto es parte del proceso por el cual en el transcurso de los últimos treinta años la enfermería Española se va transformando, y va creciendo como ciencia, (del latín *scientia*, de *scire*: conocer). Estos cambios se van produciendo no sin cierta dificultad, dado que se entremezclan las diversas formas de adquisición de conocimiento anteriormente mencionadas y no todas son las más adecuadas para aumentar la base del conocimiento científico enfermero. De ahí que sea necesario precisar las esferas de aplicación propias con las cuales puedan definir sus fines y objetivos de cara a cuidar con rigor a la comunidad. Por ello, y como intento riguroso de adquirir y aplicar conocimientos, se comienza a utilizar en estas últimas décadas de forma más generalizada el método científico propio para la resolución de problemas, el Plan de Actuación de Enfermería P.A.E..

El cuerpo de conocimientos propio crece paulatinamente gracias a la investigación, al espíritu de superación y al ingenio. Para ello algunos enfermeros acuden a otras disciplinas o a títulos propios de universidades, o acuden a universidades extranjeras, donde adquieren la formación adecuada y

necesaria para poder alcanzar, mientras llega la última reforma de planes de estudio del año 2006 (Ley Orgánica 6/2001), el nivel académico de doctor, ya que desde la diplomatura es imposible acceder y por tanto poder dirigir la propia investigación y auto-conducir el conocimiento enfermero.

Este conjunto de circunstancias posibilitan a la enfermera para que pueda desarrollarse profesionalmente dentro del paradigma socio-crítico, y centrar sus actividades en las nuevas corrientes de pensamiento que se inspiran en la concepción bio-psico-social de la salud. Así la enfermera se siente en la obligación de adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad, y ampliar sus servicios (Alberdi,Jiménez;1991), con entidad epistemológica propia y se decide a hacer o dar consulta de enfermería, entendida esta como “*como la actividad o dictamen que presta o da el enfermero/a sobre los cuidados encaminados a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente*” (Mínguez;1997), definición cuyo origen radica en el complemento de los dos términos que la componen por un lado *Consulta*, que no es otro que “*el dictamen que por escrito o de palabra se pide o se da acerca de una cosa*” (Diccionario Everest;1992:403), y por otro el término *Enfermería* que ateniéndose al criterio que mantienen la Organización Colegial de Enfermería, órgano aglutinador de la estructura social enfermera, se define, “*como el profesional que va a proporcionar cuidados de enfermería al individuo familia y comunidad, de manera directa, continua, integral e individualizada, coordinada dentro de un equipo de salud, o en forma individual a través de acciones que contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como a la asistencia rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos, y/o ayuda a una muerte digna*”. Así mismo, define a la “*Enfermería como una profesión que constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente*” (Organización Colegial de Enfermería;1989).

Es cierto que de forma coloquial al referirse a la consulta de enfermería, se suele pensar en el despacho del centro de salud de atención primaria donde la enfermera realiza su actividad, en lugar de pensar en el dictamen que sobre cuidados hace la enfermera (Martínez Indas;2000). Como se puede suponer el objetivo de este apartado no es hablar de una oficina, aunque sea un instrumento necesario para desarrollar dicha labor y represente simbólicamente un espacio con entidad propia enfermera, sino el de profundizar en la esencia de su trabajo, que no es otro, que proporcionar una actividad o dictaminar sobre cuidados que satisfagan las necesidades de salud de los individuos o de la comunidad.

La consulta de enfermería es la carta de presentación social de la actividad de la enfermera comunitaria (**Anexo fotos 8**). Es cierto que hoy, esa joven-vieja actividad profesional de la enfermera, en lugar de ser algo minoritario, ya cuenta con más medios, espacios, tiempo, y mayor reconocimiento social (Santa Clotilde. E, Casado. M<sup>a</sup>I, Fernández. AM<sup>a</sup>.;2006). Ésta es el símbolo de la enfermera de atención primaria, tal es su fuerza que contagia la actividad de algunos ambulatorios. A causa de la alta presión asistencial que sustentan, y que su labor se reducen casi exclusivamente a las tareas de amanuense, por el gran volumen de recetas que el médico tienen que expender en un tiempo reducido, algunas enfermeras comienzan a controlar en algún habitáculo contiguo, los partes de baja laboral, cumplimentar recetas, supervisar y orientar las dosis de acuerdo a las prescripciones del médico, siempre con el consentimiento implícito de éste. La labor que desarrollan fundamentalmente es “ayudar al médico”, muy bien definido por la popular expresión entre las enfermeras, “lo hago porque éste es majó” con lo cual se evitan largos periodos de espera del paciente.

Creo que queda perfectamente reflejado en con el relato que nos cuenta la informante GE007 sobre lo vivido en el ambulatorio de Labradores de Logroño (**Anexo foto 19**), pues estrenan sin ser centro de salud la primera experiencia de consulta de enfermería en el ambulatorio, recurrida pero anulada posteriormente por sentencia del Tribunal Superior de Justicia (**Anexo fotos 60**). Muchas de las profesionales de estas instituciones se sienten frustradas dada su nueva formación a la par que incentivadas por lo que comienzan a observar en los centros de salud, pero es la única manera que en ese momento tienen de poder conciliar la vida laboral y familiar. La mayoría obtiene un turno fijo de mañanas o tardes, el cual les permite compatibilizar la vida laboral con sus maridos, permitiéndoles un mejor cuidado de sus hijos, anteponiendo la función de madre y esposa a la profesional. La alternativa era el trabajar a tres turnos en el hospital o dejar de trabajar, pero el sueldo de la mujer que hasta el momento era considerado como algo auxiliar, comienza a ser importante para el núcleo familiar y por tanto se optaba por aceptar esa frustrante actividad para la que algunas ya no habían sido formadas. Esta circunstancia de contacto personal con el usuario es aprovechado por algunas profesionales que son invitadas por las jefas de enfermeras, para hacer cuidados educativos individuales, control de constantes vitales, revisiones de necesidades de salud, corrección de hábitos etc., comenzando así a tener actividad de tipo autónomo y generando algún conflicto entre enfermeras y

médicos, que queda bien reflejado en este relato que ha sido mencionado parcialmente por la informante GE007 .

J.-... Después, cuándo empezabais la consulta (se refiera al ambulatorio) qué es lo que hacíais por la mañana cuando llegabais. Cómo era una consulta normal. Cuenta un poco cómo era en ese momento la labor tuya

GE007.-Era exclusivamente hacer recetas y tomar tensiones, exclusivamente, no había una determinación de glucosa porque entonces no existía nada, no había medios, no había nada mas que tomar tensiones, y a veces, si el médico tenía confianza en la enfermera tomaba las tensiones, pero como no tuviera confianza en la enfermera, ni las tensiones. Era una máquina de hacer recetas hasta el punto de que cuando yo me incorporé dije pero Dios mío esto que es?

J.-Era diferente a lo que tú tenías?

GE007.-Era diferente a lo que yo pensaba que podía ser aquello, yo no sabía la existencia de practicantes de cupo, yo pensaba que allí se iba a hacer pues lo que luego íbamos a hacer, pero claro

J.-Viste una forma de proceder diferente a la que tú te habías formado

GE007.-Diferente a la que me había formado, y creía yo que iba a ser así.

Entonces pues bueno como aquello no duró excesivamente. Si que duró casi algún año, **antes de convertirse en centro de salud ya empezamos a separarnos unas consultas de enfermería**

J.-¿Sí? ¿Qué año sería eso?

GE007.-¿Cuándo se empezaron los centros de salud?

J.-En el 85, 86

GE007.-Pues en el 83, 84, otros dos años antes, un par de años antes, **¡Aquello a mi me supuso! ¡Desde luego!**

J.-¿Qué hacíais en esas consultas?

GE007.-Hacíamos muchísimas cosas más, desde curas porque aunque estábamos practicantes de zona, la que queríamos asumirlo lo asumíamos pues quitar tapones de cera

J.-¿Eso también, eso hasta ahora lo hacía el practicante no?

GE007.-Sí lo hacía el practicante y de hecho a mi me enseñó el practicante porque tenía mucha más práctica y qué más hacíamos pues desde luego la toma de tensiones, eso lo empezamos a llevar ya nosotras

J.-Cómo hacíais lo de las recetas, cómo lo compatibilizabais con eso. Las recetas, cómo hacíais, tú estabas allí, sentada en la consulta del médico

GE007.-No, no, no

J.-Perdona antes estabas sentada allí en una mesita más baja

GE007.-Sí en una mesita mas baja, que quedara claro que el jefe es el jefe. De todas toda, de todas, todas. Yo he tenido la gran suerte, no sé si por mi carácter o porqué. Quizá al principio porque había alguna persona más mayor pero nunca he sentido al médico como jefe, no lo se porque, por mi carácter o no se porque, bueno no se. Pero el separa las consultas de

*enfermería ¡aquello fue! ¡Bueno! ¡Hubo reacciones por parte de los médicos, todas!*

*J.-¿Quién tomó esa iniciativa?*

*GE007.-A mí me vino dada desde el Ambulatorio Central que es cuando Carmen Costilla está de jefa de enfermeras y a mí entonces me nombran como Adjunta, porque a ella le viene la orden de que en los consultorios tenía que haber unas Adjunta y entonces Carmen me nombra a mí como Adjunta*

*J.-En qué año te nombran como adjunta?*

*GE007.-Yo monté las consultas de enfermería como Adjunta ya, entonces puede ser el 84 Las reacciones son de todo tipo!*

*J.-La montáis porque os lo dice la dirección, la misión especial que había en ese momento cómo era la presión asistencial no teníamos.*

*J.-¿La cantidad?*

*GE007.-No teníamos presión asistencial, los practicantes sí, cada cupo atendían 40 o 50 diarios*

*J.-¿Y el médico?*

*GE007.-El médico muchísimo, pero es que él era también una máquina de hacer recetas, además de la consulta*

*J.-¿Cuántas hacía al cabo del día?*

*GE007.-Lo hacíamos entre los dos, Pues 60, 70, 80 entre los dos*

*J.-Cómo hacíais, él pasaba consulta y...*

*GE007.-No, se recogían las cartillas*

*J.- Cuándo hacíais las recetas*

*GE007.-Se recogían los cartones de siempre, se vigilaba un poquito. A mí me ha tocado siempre con médicos que lo han vigilado, digamos mas o menos*

*J.-Pero la tónica general era esa o no?*

*GE007.-No; era quitártelo de encima cuanto antes y bueno se montan las consultas de enfermería y entonces ya claro lógicamente yo salgo, Bueno no es toda la mañana la consulta de enfermería, es un par de horas y el resto sigo pasando los cupos. En ese par de horas es cuando yo hago quitar tapones, alguna cura, tomo tensiones que me derivan de todo el centro, me derivaba el que me derivaba, porque no todos estaban de acuerdo con eso, con uno de los médicos que no había estado pasando hasta entonces como era el horario en el que yo tenía que salir de su consulta, bueno hasta me negó el saludo, luego ya aquello se retomó pero parecía como una enemiga*

*J.-Entonces eso genera un primer conflicto entre médicos y enfermeras que afrontan, de hecho en ese momento Ramiro Rivera Presidente del Consejo General de médicos, bueno me ha entregado Rosa documentación al respecto y hay un buen follón*

*GE007.-Si, si, yo noté a nivel pequeño lo noté mucho pero bueno tiramos para adelante dijimos esto se tiene que adaptar*

*J.-Ahí quitabais carga asistencial de las consultas para sacar....*

*GE007.-No, en ese periodo que teníamos que se empezó con dos horas y lo asumí yo, porque las demás enfermeras no hacían consulta de enfermería las otras dos enfermeras que había, inicialmente lo hice yo, pues en ese par de horas no hacía mas que atender a los pacientes que venían a la consulta de enfermería, curas hacíamos alguna pero por ejemplo inyecciones no poníamos, los tratamientos no los hacíamos pero bueno pues así pasaron unos años.*

Culturalmente la enfermera, aunque cada vez menos, sigue aferrada a un modelo de salud biologicista y medicalizado, en consonancia al perfil formativo que hasta no hace muchos años ha tenido, formación, que nos lleva a curar dejando de dar respuesta a otras necesidades. Algunas voces críticas respecto del nuevo modelo de centros de salud, en los años noventa, indican que lo que se está haciendo es encerrarse con las enfermedades crónicas (Alberdi,Jiménez;1991), con los protocolos, con subprogramas que están totalmente medicalizados, con muy poco o ningún contenido relacionado con “la cultura de la salud” (**Anexo fotos 68**). Lógicamente sigue predominando dentro del servicio sanitario el sistema recuperador de la salud, la enfermedad es el centro sobre el que pivota la asistencia. Es cierto que, como se menciona en anteriores apartados, los cambios sociales se producen de forma paulatina y la actividad enfermera al cabo del tiempo dejará de ser como afirma Antón “*enfermeras de médicos para pasar a ser enfermeras de ciudadanos*” (Antón;1989), con los médicos y el resto de miembros del equipo asistencial de salud. Seguimos aferrados, por formación, a un modelo medicalizado que nos lleva a curar dejando de dar respuesta a las necesidades (Alberdi, Jiménez;1991). Es cierto que la enfermera comienza a vivir momentos de auténtica dualidad, pues la reforma sanitaria se hace de acuerdo a principios del paradigma sociocrítico pero existe un importante peso de los esquemas de consulta del modelo bio-médico, cosa que ilustra bien Victoria Antón: “*sabemos curar una escara pero no sabemos dar respuesta a las necesidades de la persona con escaras, sabemos como se previene el SIDA pero no abordamos las necesidades de cuidado del angustiado portador de anticuerpos... En la consulta de Enfermería o mejor tras la consulta de Enfermería tiene que haber toda una ciencia de la comunicación de la relación Enfermera-Paciente*” (Antón;2000).

Se hace necesario la búsqueda de unidad de doctrina. La solución puede venir tras un análisis profundo y un debate conceptual que unifique criterios de enfermería, que oriente y organice primero a los propios profesionales (Del Pino, Palomino, Cantón;1995), y a la propia comunidad, marcando objetivos comunes con el resto de los miembros del equipo y dirigiendo esta imagen a

los usuarios, (individuos, las familias, la comunidad, ya sea en la escuela, en el trabajo, en el centro de salud) (Fdez,Mínguez,Vélaz;1988).

La acción enfermera debe de estar coordinada con el resto del equipo de salud entendido este según Martín Zurro como *“la acción de un grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida frente a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones así como los intereses del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados”* (Martín-Zurro;1994).

La consulta de enfermería desde su implantación en 1984, ha estado perseguida por la polémica, a pesar de que los avances y logros que ésta proporciona son indiscutibles, pues *“ha posibilitado un marco de avance y definición profesional que define un nuevo perfil profesional de atención sanitaria: los cuidados enfermeros”*(Palomino. P, Frías. A, Del Pino.R.;1995), sobre todo, si se relacionan con la actividades que se realizaban antes de su implantación. Esto queda de manifiesto en las encuestas de valoración (Duarte,Aguirre;2003), donde las enfermeras obtienen la más elevada calificación (Morales,Bonill,Celdrán,Morilla,Martín,Contreras;2007).

Para comprender el estado de la cuestión, no se puede olvidar el papel ejercido por los directivos en el servicio de salud a lo largo de estos años que estamos estudiando. La enfermería institucionalmente en nuestra comunidad, no ejerce puestos de macro-gestión sanitaria, con el consiguiente refuerzo que este efecto produce sobre el modelo médico hegemónico de corte paradigmático biologicista, en detrimento del perfil cuidador enfermero. Las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria (Decreto 30/2005 de 22 de abril), autoridad máxima del organigrama enfermero, tienen escaso poder real de decisión, dado que carecen de un proyecto de gestión de cierta entidad y continuidad que se proyecte a lo largo de años por los múltiples cambios, (bajas por enfermedad, renovación de la administración por cambios políticos etc.). Este tipo de situación influyen en la débil cadena jerárquica enfermera, pues su inmediato es la figura de las Responsables de Equipos de Enfermería (una especie de Adjunta de a la Dirección de Enfermería), (**Anexo fotos 18**) seguidamente está la figura de las Responsables de la Coordinación de Enfermería de los centros de salud (Convenio Gobierno de La Rioja-Insalud sobre Atención Primaria de Salud;1989). En un lugar intermedio están los Coordinadores Médicos de los equipo de salud, que legalmente, según el Real Decreto de Estructuras Básicas 137/84 en el artículo 4 apartado segundo *“son los encargados armonizar los*

*critérios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, etc.” por tanto legalmente vacían de contenido la cadena de mando enfermero.*

Esta disfunción en el organigrama jerárquico enfermero incrusta sus raíces, como ya se menciona anteriormente, en el origen religioso de la profesión y en el no reconocimiento de otra autoridad que no sea la religiosa. El poder real de éstos gestores enfermeros, tiene más que ver con la capacidad personal de liderazgo y la buena voluntad del resto del equipo directivo que con el poder legal. Esto se traduce en la falta de unidad doctrinal que se refleja en diversas situaciones, como la documentación institucional, la rotulación y directorios de los centros sanitarios, donde informa y orientan a los usuarios sobre la atención enfermera para ello utilizan variadas nomenclaturas (Anexo 5) (**Anexo fotos 8,13**), produciendo con ese lenguaje, una forma de decirse, determinando y condicionando la propia realidad y produciendo con ello un efecto disgregador de la acción del cuidador. Estos hechos son indicadores de la disfunción, que ha presidido en estos años de desarrollo enfermero entre la actividad real y el desarrollo legal, constatándose en las constantes reivindicaciones del colectivo (Consejo General de Enfermería;2006) (Arriaga,Martínez Riera;2006). Eso queda de manifiesto en la escasez legislativa regional que regule el proceder enfermero de Atención Primaria, donde se hace mención a la consulta de enfermería en una sola ocasión para regular las consultas de medicina y enfermería en los núcleos de población reducida (Orden 24 julio de 1992), hasta que en el año 2008 se vuelve a mencionar, porque la Consejería de Salud regula y aprueba las tarifas por la prestación de servicios sanitarios a particulares en los centros y servicios del SERIS para este año. Allí se especifican las tarifas de los servicios prestados en Atención Primaria como Primera Consulta de Enfermería a domicilio, Consulta de Enfermería sucesiva a domicilio, Consulta con Cuidados de Enfermería con pruebas y sin pruebas (Resolución del Consejero de Salud de 1 de julio 2008), actitud diferente a lo que ocurre en otras regiones (RASSA;1986), contribuyendo desde los orígenes a una imagen y desarrollo profesional diferente (Alberdi,Jiménez;1991).

### 10.1.-Primeros pasos de la enfermera en los centros de salud de La Rioja

Como se menciona en el apartado anterior las nuevas políticas de salud, el impacto de los reformistas y la nueva imagen social de la mujer son las circunstancias que han sido determinantes para el nacimiento de la enfermera comunitaria a nivel del estado (Galindo;2000). A nivel regional en Rioja, se ha de considerar la dificultad que implica el realizar cambios y poner en funcionamiento todo un sistema de intervenciones novedoso en el servicio de salud aclimatado a un determinado ritmo (**Anexo fotos 54**). Estas circunstancias se ven agravadas al ser una región relativamente nueva y reducida en tamaño, donde el escaso debate sanitario y el influjo e intercambio de ideas al respecto es bastante limitado. Esto hace que la proyección social y la evolución enfermera sea más lenta que en otras comunidades, con lo cual aumenta la dificultad de ruptura con el paradigma racional tecnológico de la reciente historia de la enfermera como auxiliar o apéndice del médico.

De ahí la evolución que ha seguido a lo largo de los primeros años de la reforma sanitaria, y así la informante GE001 cuenta como es su experiencia al llegar a constituir el primer centro de salud de Logroño.

*J.-Gonzalo Berceo, Joaquín Elizalde ¿dónde había más gente?*

*GE001.-Aquí (se refiere al Joaquín Elizalde) más, me refiero la población adscrita y personal médico eran médicos de familia y había médicos tradicionales de todo, también pediatras del sistema tradicional en principio todos y después ya a los dos años o así pediatras de las últimas.*

*J.-Que población adscrita*

*GE001.-En aquella época veintitantos mil.*

*J.-Gonzalo de Berceo la integración de la oferta*

*GE001.-Fue igual en Gonzalo de Berceo y Elizalde éramos más aquí mitad y mitad de oposición libre y otro tanto por pasar del sistema anterior.*

*J.-Y ellos llevaban ya la idea de trabajar de otra manera*

*GE001.-Si y de hecho aquellas personas del sistema tradicional que se entrevistaron en aquel momento con Jorge o con Félix o Santo Tomas (**Anexo fotos 78**) les decían que trabajo, que horario. Lo que dice todo el mundo al principio, que horario voy a tener cuanto voy a ganar. Les decían no lo se, cuarenta horas, cómo distribuidas eso esta por determinar todo. Por eso digo que aquellas personas tuvieron mucho mérito, pasarse de un sistema que ya lo conocían y que estaban trabajando desde hacía mucho tiempo, a algo que no sabían con lo que se iban a encontrar.*

*J.-Requerían un papel...*

*GE001.-En principio la idea de estas personas era el revolucionar todo lo que era la asistencia del primer nivel y bueno para eso necesitaban médicos y enfermeras que querían hacerlo, también asistente social que se contó desde*

*el principio. Y bueno eso querían, empezar a trabajar como un equipo. Y todo lo demás estaba por descubrir. Todavía no se había hablado de las consultas de enfermería que empezamos hablar al entrar.*

*J.-Qué hacías hasta ese momento la enfermera, estaba con el médico en la consulta fuera como hacia actuaba como el practicante, como hacia la enfermera del ambulatorio*

*GE001.-Pues mira, cuando nosotros llegamos, estas personas que se habían pasado a este otro sistema estaban en la consulta con el médico Pero nosotros ya nos vinimos unos meses más tarde*

*J.-Disponíais de espacio*

*GE001.-Ya éramos mas gente en el mismo espacio con lo cual tuvimos que reestructurar desde el primer día, con lo cual tuvimos que determinar lo que íbamos a hacer. Estábamos muchas enfermeras para lo que habitualmente estaban acostumbrados. De repente llegamos un montón de enfermeras que, que íbamos a hacer poner inyecciones todos los día no necesitábamos tanto, pues para eso estaba el practicante de zona que seguía teniendo ahí una consulta, en la que seguía pinchando ¿qué íbamos a hacer nosotros? bueno pues al principio nos distribuimos. La administración a nosotros por lo menos desde lo que yo viví en aquel momento, no nos daba ninguna directriz. Hacíamos reuniones cada nada, incluidos los sábados por la mañana de reunión y empezamos a ver como íbamos a funcionar.*

*Como te he dicho éramos muchas enfermeras, porque los médicos estaba muy claro lo que tenían que hacer...pasar la consulta, diagnosticar, poner tratamientos, pero qué pasaba con las enfermeras, bueno pues...*

*J.-Tu ya tenias un bagaje determinado pero había.. Todo el mundo tenía ese, había choque, había contraste*

*GE001.-No hubo ningún choque, cosa totalmente rara para gente que veníamos de diferentes sitio, con diferentes formaciones y experiencias de trabajo. Aquí contamos con una persona que fue fundamental, que fue Maribel Robertson, que yo creo que tenía muy claro igual por formación, por su experiencia anterior, no se porque tenía claro que tenían que existir las consultas de enfermería y desde el primer momento **desde el día 16 que nos presentamos**. Tenía que haber un habitaculo Nos reunimos el primer día y bueno esta persona Maribel Robertson no tenia su puesto como responsable de enfermería del centro de salud, pero de alguna forma, aquellas personas que había estado que se habían pasado del sistema tradicional habían considerado que ella era la mas adecuada para dirigir al principio.*

*J.- De quien dependíais orgánicamente*

*GE001.-Del director de ambulatorios*

*J.-Había alguna figura enfermera*

*GE001.-Si estaba la jefa de enfermeras que era Carmen Costilla. Nosotros estábamos allí ubicaos (se refiere a la primera y segunda planta del ambulatorio del Perpetuo Socorro) en un espacio estamos mucha gente y al*

*principio nos dicen que tenemos que elegir para trabajar con un médico. Entonces nos dan las opciones, iba a haber médicos que trabajaban de 8 a 11,30 y otros de 11,30 a 14.*

*J.-Qué hacían los médicos*

*GE001.-Los médicos lo que hacían era pasara consulta tradicional a demanda y la enfermera tenia que estar con él allí en la consulta y que nos tenemos que distribuir con médicos cada una y elegimos cada una lo que nos parece y elegimos a un médicos a boleo, a mi me apetece pasar a las ocho de la mañana, o a las 11,30, cada una según le parecía*

El estado civil de estas enfermeras recién llegadas a la Atención Primaria es crucial pues la dedicación de tiempo libre es muy importante, además como no tienen apego a la situación laboral anterior se adaptan mejor.

*J.- Tu entonces estabas soltera*

*GE001.-Soltera no tenia novio y bueno pues así muchas de las que vinimos de la oposición éramos de una edad parecida nos podemos llevar meses y bueno todo el mundo habíamos terminado a la vez aunque la formación era diferente.*

La procedencia formativa de las enfermeras era muy variopinta no existe una unidad doctrinal, pero eso no es motivo de conflicto alguno, por lo menos en los comienzos, dado que el objetivo estaba claro había que trabajar de forma diferente a la establecida. Existió un pequeño conflicto con los practicantes (ATS de zona) pues mostraban su extrañeza por las actividades que se comienzan a realizar lo cual genera temor a invasión de competencias por el voluntarismo de estas nuevas profesionales. El hecho de no saber muy bien cual es el espacio profesional a ocupar hace que se asuman funciones tradicionales de los practicantes, de las enfermeras de los ambulatorios, para tratar de justificar el ámbito que deben ocupar en el equipo de salud, de ahí que en los comienzos algunas enfermeras tratan de aprender a realizar las labores burocráticas del médico en detrimento de su propio papel. Pero la presión asistencial del médico es muy importante y reclaman y en algunos casos exigen enfermeras auxiliares en sus consultas.

Otro agente que distorsiona en los inicios es la falta de espacio por lo cual se tiene que compartir espacios y consultas en condiciones de cierta precariedad, este hecho lo suple la ilusión con que las enfermeras inician este largo camino de la reforma de atención primaria, a esto se le une otro condicionantes con tintes de genero, (**Anexo fotos 6**) pues hasta el momento los practicantes de cupo mayoritariamente eran varones y las enfermeras que acceden igual que las de ambulatorio son mujeres.

GE001.- Yo creo que muchas se habían formado en Zaragoza en Pamplona en las otras Escuelas y muy pocas en Logroño, veníamos de diferentes sitios y la formación era diferente. Pero bueno, la verdad es que no tuvimos desencuentros a la hora de plantear el trabajo estábamos abiertos a todo esto. Ten en cuenta que teníamos 20 años, nos habían dado un cheque en blanco y nos dijeron que teníamos que empezar a trabajar. Y también te digo, y hay que ser honrado, también dijimos: ¡si esto no funciona cuándo me puedo pedir el traslado a otro sitio!. Pues allí nadie sabía nada, empezamos a trabajar así con cupos médicos, médico-enfermera y como no había espacio para todo el mundo se compartían las consultas tanto médicas como de enfermería y decidimos.

J.-Compartirlas qué significa

GE001.-Que una persona iba esta de 8 a 11, 30 y otra de 11,30 a 14. Entonces decidimos que el día que me tocaba estar con el médico, pues lo repartimos por días de la semana y había días que iba a pasar con el médico y otros días en los que yo iba a estar en la consulta de enfermera ¿Haciendo que? ..nos teníamos que buscar los contenidos de la consultas. Íbamos hacer técnicas íbamos a hacer inyectables las curas pero luego.

.J.-No lo hacía eso el practicante

GE001.-No Ahí hubo gente que seguía haciendo

J.-De formación practicante o era un ATS que se le seguía llamando.

GE001.-Pues no lo sé, eran señores mayores, había más de uno, se sintieron amenazados. Nos veían como los vichos raros. Además date cuenta también estaban en la primera planta (se refiere a la primera planta del ambulatorio lugar donde se instalo en un primer momento el centro de salud Joaquín Elizalde) (**Anexo fotos 26**) Eran hombres y si nos veían como los raros Hacen cosas raras y como te digo, nosotros empezamos, y a nosotros nos tienen **que enseñar lógicamente las que veníamos nuevas, nos tienen que enseñar desde como hacer un parte de baja, a hacer no se que, nadie había pasado consulta en su vida y bueno luego, en estas reuniones decidimos que lo primero que teníamos que hacer era conocer a la población. No teníamos registro de población no teníamos nada. Sabíamos que teníamos veintitantas mil personas a nuestro cargo y no sabíamos nada de ellos, como consecuencia de los cupos médicos.**

Se ve la necesidad de conocer a la población y para ello hay que entrevistarla y recoger los datos, desde la consulta del médico que su mayor actividad se enfoca todavía de acuerdo al antiguo modelo, coloquialmente llamado modelo tradicional. Pues bien, desde esa actuación del modelo tradicional como auxiliar del médico comienza una labor de captación hacia el espacio propio enfermero, que esta condicionado por la falta de este en el centro de salud Joaquín Elizalde y que en principio se instala en la primera planta del

ambulatorio del Perpetuo Socorro. Esto condiciona el presente pero también el futuro del desarrollo profesional enfermero.

*GE001.-Entonces en las consultas de enfermería era cuestión de conocer a la gente y cada vez que entraba una persona a la consulta de enfermería teníamos que abrirle una ficha y preguntarle y hacer una mini historia.*

*J.- Esa mini historia esa ficha teníais registro de ello, es la historia que luego se plasma en papel o era algo previo.*

*GE001.-Si era algo previo, la buscaré esa documentación (**Anexo fotos 53, 56,57**). Después, muy poquito después, decidimos hacer ya teníamos papeles de persona que tenían cierta patología pero nos faltaba mucha gente de la que acudía de manera, que acudía poco, y que era difícil que pasara a la consulta de enfermería, porque nosotros **cuando pasábamos la consulta con el médico captábamos al paciente y lo pasábamos a nuestro despacho, al despacho de al lado y le decíamos pase usted por aquí que le, vamos hacer unas preguntas le vamos a complimentar ciertas cosas y tal***

*J.-Eso estaba pactado previamente con el médico o era..*

*GE001.-Todo esto se pacto en reuniones*

*J.-Era porque os lo delegaban ellos o vosotras veíais la necesidad de*

*GE001.-Veíamos la necesidad de conocer la gente que teníamos.*

La impronta de la identidad enfermera del paradigma socio-crítico no se deja ver, puesto que son las labores de intendencia las que fundamentalmente asume la enfermera en sus comienzos, por eso son prevalentes las actividades administrativas en el trabajo cotidiano, pues se asumen como algo natural.

*J.- Teníais o veíais que tenias un cuerpo propio de conocimientos enfermeros*

*GE001.-A ver a que te refieres*

*J.-Si tu comportamiento como enfermera respondían a un cuerpo propio de identidad enfermera, o era algo que actuabas como los ojos las manos el oído del medico.*

*GE001.-No, no tuve esa sensación, no. ¡Eh! como te digo hicimos, nos planteamos que teníamos que hacer unas fichas de cada paciente y*

*J.-No quiero que se me olvide (nota aclaratoria del entrevistador)*

*GE001.-Maribel Robertson (**Anexo fotos 18**) fue la que tiró del carro. La que tenía pues muy claro por donde teníamos que ir y ella fue pieza fundamental a la hora de sentar las bases. Entonces se nos comenta por parte de ella, que seria bueno tener una ficha de cada paciente y tener los datos generales y todo esto y nos dedicamos en una parte de la mañana, una hora aproximadamente al día, nos dedicamos en una zona, en una especie de zona administrativa porque no había administrativos entonces y por ahí pasábamos fundamentalmente enfermeras y los médicos de vez en cuando echaban una mano pero fundamentalmente las enfermeras o pasábamos. Toda persona que acudía al centro para coger numero para consulta se daba número, no se daban citas como ahora. Entonces, el que pasaba que quería vez para ir al*

*médico, o ver o poner la inyección a la enfermera, todas pasaban por allí previamente y le rellenábamos la ficha con todos sus datos. Lo hacíamos en la consulta de enfermería. Luego el tema administrativo lo hemos sacado, primero lo hacíamos en la consulta de enfermería y luego vimos que sino la consulta de enfermería se nos iba a convertir en un tema administrativo y sacamos esa tarea y la ponemos en un cubículo ahí aparte con unas mamparas en las que pasábamos a la gente y rellenábamos esas fichas: las hacíamos diferentes para hombre que para mujeres.*

El problema de espacio de este primer centro Joaquín Elizalde es tremendo, dado que no comienzan a trabajar en un lugar pensado y diseñado como centro de salud, era una planta del ambulatorio central, con el diseño hecho a medida para el anterior modelo. Este problema se refleja inmediatamente en el número de despachos disponible para las enfermeras, puesto que no se sabe bien cual va a ser su verdadera misión y al no tener asignada una población propia para atender continúan realizando tareas, en este caso de tipo administrativo.

*GE001.-Mucho problema de espacio si, teníamos tres consultas de enfermería. El practicante de zona, ellos atendían a los médicos de zona que no se integraron pero que compartíamos espacio con ellos y al poco tiempo ya nos dejaron la segunda planta del ambulatorio central y contando con dos plantas se pusieron otras tres consultas mas arriba de enfermería. De médicos había el doble. Entre cada dos consultas de médico estaba la de enfermería que ya habían hecho obras y las habían intercomunicado. Que para esto si se habían movido las personas que habían gestado todo esto*

*J.-Había una parte administrativa y había dos fichas*

*GE001.-Si, dos fichas que hacíamos una de mujeres y hombre con eso nos encontramos que...su contenido..creo que tenemos alguna unas eran de color blanco y otras de color azul, después existieron durante muchísimo tiempo. Ahí eran datos administrativos. Se gestaron con la idea había en la parte de arriba una serie de números con unas casillas y esos números eran para identificar los problemas que tenía el paciente y de esa forma se iba determinando para ver las patologías crónicas que las personas tenían y eso nos sirvió para ver los programas los que íbamos a poner en marcha.*

En el ambulatorio de Labradores (**Anexo fotos 19**) que anteriormente se ha descrito, en los primeros años sirve de útero pues alberga además del centro de salud de su mismo nombre al Centro de Salud Gonzalo de Berceo (**Anexo fotos 13**). Nos informa sobre esos momentos una enfermera con plaza en propiedad en el citado ambulatorio proporcionándonos una visión con matices distintos a la anterior que accede directamente por oposición y con una formación previa distinta, donde los miedos a lo desconocido son importantes como consecuencia de la inconcreción con la que se presentaba el nuevo

proyecto. Como indican informantes anteriores, y recogido del constructo de los niveles de abstracción del colectivo sanitario, el impulso e inicio de la reforma de AP la realizan el colectivo de los denominados “los cubanitos”, compuesto por un grupo de los primeros médicos de familia que ocupan cargos institucionales y que según comentarios infundados han sido formados en Cuba para implantar el nuevo modelo asistencial. La informante también resalta el importante papel de liderazgo que ejerce la futura primera directora de enfermería de AP. La precariedad de espacio y el alto volumen asistencial con la que se inicia este centro de salud es grande, hechos que condicionan la puesta en escena de la actividad enfermera, lo que unido a la prevalencia del paradigma tecnologicista, hace que las enfermeras adoptan comportamientos y modos de intervención importados del ambulatorio (con gran dependencia del médico) con alguna pequeña variable relacionada con las visitas domiciliarias, la formación continuada, las reuniones de equipo y el debate sobre las actividades de la prevención de la salud. Estos modos son mantenidos en el tiempo casi hasta nuestros días, siendo las que caracterizan en ese momento la actividad enfermera en los equipos de A.P..

*J.-Estas ahí 8 años, vas al ambulatorio y vas al centro de salud, en el ambulatorio claro tú estás en especializada en rayos, el contacto con la primaria me dices que tú ahí nada, tú sabías qué eran los centros de salud*

*GE006.-No, yo había oído hablar algo de los centros de salud*

*J.-Qué habías oído*

*GE006.-Pues el miedo que te metía la gente, hay que ir a los domicilios, que miedo, o la otra parte, te decían pues pasarte a un ambulatorio a hacer recetas y como que se veía una cosa de menos. Pero con miedo a lo desconocido porque había que empezar a ir a las casas, había que empezar a hacer cosas y la gente no sabía lo que iba a ser, la gente tenía mucho miedo y los que nos pasamos a los centros de salud nos decían estáis locas, cómo os vais?*

*J.-No os reunió alguien para deciros y unir un poco con la figura del practicante, todo eso?*

*GE006.-Sí, en aquella época había gente, no mucha, interesada en que empezara a funcionar como Dios manda y entonces ésta gente fue la que se presentó también a las oposiciones de atención primaria para empezar a montarlo que fue Maribel Róbertson, toda esa gente, los médicos éstos que vinieron que fueron a Cuba, que les llamaban los cubanitos, que fueron Trueba, Olloqui, Félix que se fueron y vinieron con la atención primaria que se hacía allí en Cuba y que fue la que trataron de poner aquí y de imitar*

*J.-Digamos que la atención primaria entonces fue, según te parece a ti, fue montada en función de lo que pretendía un grupo de médicos que ya eran especialistas en medicina familiar comunitaria?*

*GE006.-Sí, si*

J.-Empezáis en la cueva esa de Labradores, que no tenía ni ventanas, entonces mezclados claro con el resto de enfermeras y de médicos de cupo ¿no?

GE006.-No teníamos mucho roce, éramos un ente aparte, allí estábamos como que nos habían prestado las consultas y ellos hacían unas cosas y nosotras otras

J.-Qué personal empezasteis

GE006.-Pues empezamos tres médicos y no sé si tres o cuatro enfermeras hasta un rehabilitador

J.-Y la plaza, el espacio?

GE006.-Nada, todavía no había consulta de enfermería ni nada, la compartías con el médico, intentabas ayudar y empezar a montar la cosa

J.-¿Qué hacíais en esos primeros años, cuando no teníais espacio ni teníais nada, cuánto tiempo estuvisteis mas o menos?

GE006.-Pues como un año o así

J.-Entonces en ese momento qué es lo que hacéis, dime una jornada normal de ahí

GE006.-Pues una jornada normal de 8 a 3, pasabas la consulta con el médico, al lado de él, le ayudabas a hacer recetas y según como te llevaras con él médico pues te dejaba hacer cosas de enfermería, tómame una tensión, hazme esta cura, ponme esta inyección, ayúdame que voy a hacer esto, pues de ayudante, luego como yo no tenía mucha formación de ambulatorio que no conocía ni medicamentos ni nada pues lo que más hacíamos era formarnos y formarnos

J.-Teníais reuniones de formación entre vosotras

GE006.-Sí, si, además eran obligatorias, eran en el propio centro, además unas sesiones clínicas

J.-Disponíais de tiempo, quiero decir tú en ese momento ya estabas casada no

GE006.-Sí, si

J.-¿De tu tiempo personal dedicabais tiempo a la formación o solo era tiempo de trabajo?

GE006.-Pues alguna vez también íbamos por las tardes, los sábados trabajábamos uno sí y otro no, yo esa época la recuerdo sobre todo porque había muchas reuniones de mucha formación, además incluso muchas veces una formación demasiado para enfermería, que era demasiado en función de saber médico

J.-¿Ya había coordinador nombrado?

GE006.-Había un coordinador médico, sí

J.-¿Ya había responsable de enfermería?

GE006.-Yo era la coordinadora, claro no había nadie más porque yo era la única que tenía la plaza en propiedad de todos los que fuimos allí y yo era la coordinadora de enfermería, no se podían hacer cosas allí porque no había espacio físico, imposible montar nada

J.-Allí empezasteis, aparte de debatir mucho, ya teníais aquellas guías del Insalud, ¿la información de donde os venía?

GE006.-Unos libros que había que eran guías de atención, nos ayudaron mucho aquellas guías(**Anexo fotos 55**)

J.-¿Teníais contacto con la gente del Elizalde?

GE006.-Sí que teníamos, no mucho pero sí

J.-¿Hacíais reuniones conjuntas con ellos o no?

GE006.-Alguna vez sí

J.-¿Sabíais lo que teníais que hacer? ¿O sabíais lo que no queríais hacer?

GE006.-No sé, yo creo que enfermería allí empezó **a no ser el que hacía las recetas aunque seguíamos haciéndolas, hacías más cosas que hacer las recetas, también dependiendo de los compañeros que te tocaran, a mí me tocaron compañeros que estaban deseando que enfermería hiciera cosas**

J.-¿Dices médicos?

GE006.-Sí, sí, hombre **siempre la última palabra la tenía el médico, a ver si le ibas a quitar su parcela**

J.-Había esos miedos de lucha de poder ya?

GE006.-Sí, ellos sobre todo nos veían como de los cuerpos celestes, de que ibas a quitarles su protagonismo, es que es muy duro, el tener a una persona siempre callada a tu lado haciendo lo que le manda, a que tú empieces a opinar a que empieces a hacer cosas

J.- Las sesiones, ¿qué tipo de sesiones hacíais?

GE006.-Pues todos juntos y se hablaba pues sobre temas, hoy osteoporosis, hoy hiperulicemia, cada día la dábamos uno, tanto médico como enfermera

J.-¿Te acuerdas de alguna charla?

GE006.-Pues no me acuerdo

J.-La diabetes, la tensión, sondajes, curas

GE006.-Pues sí, cosas así porque el coordinador que había valoraba mucho el que la gente que habíamos ido allí habíamos trabajado en hospital, teníamos mucha experiencia y también yo me acuerdo alguna charla de sondajes y cosas que hemos dado también y de curas

J.-¿Os habían dicho que había que hacer educación sanitaria en la Comunidad o no?

GE006.-Pues no, eso en las guías, en toda la formación que nos dieron, que lo más importante era la prevención, la educación

J.-¿Sacasteis alguna información de organismos internacionales, me refiero a Alma-Ata?

GE006.-No, no

J.-¿Vosotras participasteis en los Foros que hubo en el 86, 87 en el año 2000?

GE006.-No yo creo que no

J.-Hay algún tipo de conflicto en ese momento, antes de llegar aquí

*GE006.-No, roces yo tuve la desgracia de que me tocó un coordinador bastante desequilibrado psíquicamente. Si que en cuanto a enfermería tenía ganas de hacer cosas y apoyar bastante, pero es que era muy paranoico y con manía persecutoria. Yo pedí, porque la coordinación de enfermería dependía de él, yo era la que tenía que dar cuentas a él y le pedí mi dimisión, al principio no me la aceptó, pero luego ya sí, vino otra persona y aceptó mi dimisión*

*J.-Entonces me decías que los problemas personales venían un poco más, los roces interprofesionales venían un poco más por las características personales*

*GE006.-Sí, si, no por el trabajo no, él tenía muchas ganas de hacer cosas, y las hacía dentro de eso, teníamos tres consultas.*

La documentación es otro de los grandes problemas, ya que hubo que inventar los soportes documentales, (**Anexo fotos 52 a 53**) hasta que con posteridad los proporcionan directrices desde la Subdirección General de Atención Primaria y las guías confeccionadas desde el Insalud central ayudan también en esta circunstancia. Entre tanto comienza con los materiales que había en el las unidades de formación de MIR de La Estrella y Varea (**Anexo fotos 17**).

*GE001.-En ese momento se hacen las historias en papel, pero anteriormente a esto no se usan, no existen. Se hacen a nivel de papel DIN A3 que se doblan por la mitad se ponen los datos que queremos recoger y se hacen fotocopias. Todo artesano y a partir de ahí se hacen en papel se imprimen en papel y nos ponemos a funcionar con historias y ya desde el primer momento todos el mundo tenía ya aunque sea sus datos y a partir de entonces nos planteamos hacer programas. Todavía no hablábamos de prevención y promoción en esos momentos en el 85 no se hablaba. Bueno en las reuniones sí.*

Existe una clara búsqueda del papel de la enfermera en el equipo de salud, la documentación los trabajos que existen al respecto no son abundantes y desde el Ministerio tampoco ayudan realmente a clarificar la situación hasta años mas tarde con la circular interna 5/90 (**Anexo fotos 63**). También existen dificultades por la descoordinación de organismos con responsabilidad sanitaria, pues al ser un ente dependiente del INSALUD debería de responder exclusivamente a la filosofía para la que fue creado (el seguro de enfermedad), pues la prevención, era patrimonio de la Dirección Provincial de Sanidad en la antigua Diputación Provincial y ahora de la recién nacida Consejería de Salud la cual tiene que “reinventarse” y para ello debe de plantearse el tema de competencias como una mezcla entre ambas instituciones.

*GE001.-Claro si, entonces si hablábamos **qué había que hacer algo más nos planteábamos de nuestro contenido** como iba a estar dirigido. No sabíamos*

*cual era el contenido nuestro, no sabíamos el contenido de los centros de salud, además de la consulta de enfermería en la que íbamos a atender a pacientes enfermos fundamentalmente nos planteábamos, si nuestra labor iba a estar dirigida en las escuelas y en las empresas. Y que pensábamos en aquel momento que por ahí podían ir los tiros, y resulta que colegios no, ni en empresa pues ahí chocamos con la Consejería*

*J.-Porqué chocasteis con la Consejería*

*GE001.-Chocamos porque las revisiones escolares se hacían por parte de la Consejería y ahí nos encontramos con dos órganos que querían ocupar un mismo espacio y trabajar con las mismas personas. Entonces, en los barrios Varea y Estrella se comienzan a hacer los reconocimientos escolares por parte del centro de salud en el consultorio y se hacen por parte del médico y de la enfermera, la Consejería daba las vacunas.*

También son otras las entidades del ámbito de la salud con las que se producen disfunciones y en algunos casos agresiones, no solo sobre la identidad, si no con el normal desarrollo de la reforma a través de la figura profesional y autónoma de la enfermera, influidos no por cuestiones de tipo político, que también los había, si no por cuestiones de tipo corporativo provenientes de instituciones como el Colegio de médicos.

*J.- La Consejería y el INSALUD eran del mismo color político, ¿eso crees que influye?*

*GE001.-Si lo eran, y a pesar de eso no deja de haber problemas por culpa de que, si tu tienes contratado un personal para hacer las revisiones escolares y de repente te encuentras que las hacen los centros de salud pues...ahora que hago yo con este personal o sea fue simplemente nivel burocrático*

*J.-Estamos hablando de la coincidencia del cambio de gobierno de la UCD por el del PSOE ¿crees que eso influye también?*

*GE001.-Yo creo que si, que influye el cambio político.*

*J.-Y eso visto por la gente que ocupaba ese cambio lo veían como agresión política. Integrados no integrados*

*GE001.-Bueno bien si el Colegio de Médicos y todas estas estructuras así, nos veían como algo eso bichos raros y que amenazábamos. El presidente Milazo y veían que nosotras amenazábamos, y a las enfermeras nos veían como vamos, amenazantes totalmente sobre su sistema. ¡De repente que una enfermera haga el seguimiento de un paciente que controle una medicación!, ¿cómo? nos veían cómo?...Hubo muchos problemas en la creación de las consultas de enfermería, muchos, muchos ya desde el año 85, con cuatro cinco meses de rodaje que se tenían instauradas las consultas de enfermería y hacíamos atención domiciliaria, desde el primer momento sí (tono solemne).*

Dadas las circunstancias y situación asistencial que se vive en los ambulatorios como antecesores de los centros de salud urbanos han estado condicionados

por el tipo y volumen de población a atender, así lo primero que se plantean es gestionar la demanda asistencial, para ello el contenido de la actividad enfermera se plantea como algo importante: por una parte ayudar al médico, y por otra desde la consulta de enfermería iniciar el desbordado caudal de medicación que cotidianamente se dispensa. Como estrategia se comienzan a utilizar los precarios registros como la historia individual que se usaban en las unidades de formación de medicina de familia, pues desde el principio en La Rioja se desecha el uso de la historia familiar (**Anexo fotos 56 y 57**), que unos años más tarde desde el INSALUD central normalizan indirectamente la edición de diferentes guías de actuación (**Anexo fotos 55**).

*J.-Los registros eran los mismos, quién hacías la labor administrativa. Cuál era el contenido de la consulta de enfermería, luego me cuentas con la visita domiciliaria.*

*GE001.-El contenido de la consulta de enfermería veíamos fundamentalmente el tratamiento que estaba llevando cada paciente, hacíamos lógicamente todo lo que eran las técnicas, de la cura, el inyectable, lo que fuera...Muy pronto se empezaron y añadieron otras técnicas como pueden ser las extracción de tapones y todas estas cosa. Y bueno pues además de hacer las técnicas, hacíamos los controles de la medicación empezamos a intentar, hacíamos, ya no solamente el control de medicación, sino que se hicieron las cartillas de largo tratamiento en las que figuraban la medicación que tomaba cada uno, con la pauta que tenía que llevar y era así de esa forma, en la que los pacientes tenían que ir a solicitar la medicación nueva.*

*Al principio todo el tema de recetas se hacía a través de la consulta de enfermería. Lo que supuso un cataclismo para los paciente porque estaban acostumbrados a ir ahí con su cartilla (se refiere a la cartilla familiar de asistencia de la seguridad social) con los cartones y hágame tres de estas, dos de aquellas y no sabíamos si esa era la medicación si tomaba de mas de menos si, ya te digo. Supuso un cataclismo total...,comenzamos a ordenar la medicación de los pacientes y ya digo eso supuso para ellos un autentico cataclismo Nosotros lo llevábamos muy mal fue una época bueno....pero veíamos la necesidad pues había gente que estaba tomando unas barbaridades tremendas*

*J.-Porque cree que eso ocurría*

*GE001.-Primero no se tenían registro de los pacientes No se sabía (por parte del medico) no llevaba una historia del paciente, entonces de repente le podía recetar un anti-hipertensivo y a los dos días le cambia de medicación y el paciente no se entera y le estaba dando los dos, cosa de este tipo. O bien como el médico del pueblo me receto esta medicación me la sustituyó yo cuando quiero o me da la gana. Se vio la necesidad de ordenar un poco este tema, bien porque nosotros teníamos que comenzar a coger contenidos como te decía y por los médicos era un tema que les horrorizaba el llevar ese control de manera directa, pues porque entonces era un palo. Si es verdad,*

*que las consultas médicas eran tremendas podía haber 90 personas y aquello era tremebundo, tenían que pasar la consulta en dos horas y media, nosotras también en el mismo tiempo. ¡Entonces no teníamos espacio físico, fue...!*

Uno de los primeros cambios que se producen con el comienzo de la actividad de los centros de salud, es el aumento y dedicación con un horario de cuarenta y dos horas semanales. En un primer momento la distribución horaria a lo largo de la jornada laboral pretende ser diferente pero quizás por imitación de los ambulatorios o por la precariedad de espacios y medios, se dedican dos horas y media a la actividad asistencial. Como es de suponer, al partir de un modelo tal medicalocéntrico, y ante la escasez de espacio de despachos para las consultas, el profesional más perjudicado eran las enfermeras, y así es que no cuentan con un despacho para cada enfermeras hasta principios de los años noventa. El resto del tiempo lo dedican a la planificación del trabajo, en los reducidos espacios con los que cuentan en las abundantes, largas y muchas veces improductivas reuniones de equipo que incluso se prolongaban fuera de jornada laboral, gracias a su voluntariosidad y al compromiso que adquieren con el proyecto, gracias a la disponibilidad personal, como consecuencia de estar la mayor parte del personal libres de cargas familiares, tanto hijos como maridos o mujeres a su cargo. Es digno de reseñar que desde los primeros momentos se nombran dos figuras que son cruciales en el propio desarrollo de estos que son el responsables de la coordinación médica y el responsable de la coordinación de enfermería.

*J.-Cuánto tiempo tienen para pasar la consulta*

*GE001.-Dos horas y media nosotras también. Como no había espacio físico El horario era de 8 a 3 Había unas personas que estaban a turno partido que hacían de 8 a 11, 30 y de 3 a 5,30. Eran cuarenta horas semanales las que hacíamos, y para cubrir las horas nos reuníamos los sábados para reuniones y entonces en esas reuniones de equipo que eran voluminosas ya habíamos elegido coordinador médico y responsable de enfermería son los que dirigen las reuniones eran Maribel Róbertson y Paco Hernández.*

*Hacíamos las reuniones eternas de los sábados que como todo el mundo estábamos solteros, muchas o la mayoría jóvenes y con mucho tiempo libre no nos importaba quedarnos hasta las tres o la hora que fuera. Allí era donde empezamos a ver que es lo que vamos hacer que tenemos que hacer por donde tenemos que tirar, se comenzó a hablar de los programas de salud con esas fichas se iban recogiendo los primeros meses según la necesidad de hacer los controles de hipertensión y del diabético Hemos visto que había mucha población que estaba con tratamiento de ese tipo y se hacen comisiones para hacer en esos programas de salud compuestas por médicos y enfermeras equitativamente. En esos programas para hacerlos no se disponía de medios el único eran nuestras ganas y documentarnos como podíamos*

*J.-Había documentación enfermera, médica doy por hecho que sí.*

*GE001.-No, no muy poca y muchas de las cosas se hicieron intentando, de la lógica a veces De lo que nos acordábamos de lo que habíamos estudiado en algún momento, de todas estas cosas empezar a.. Yo el haber.. el haber estudiado (se refiere a estudiar en Pamplona con un paradigma diferente) ahora lo veo como un privilegio Fue una suerte que en aquel momento decidí bien el irme allí en elegir esa Escuela.*

Otra informante del centro de salud Gonzalo de Berceo nos relata su situación y desarrollo profesional en esos primeros momentos de la reforma sanitaria que concurren de forma paralela y similar a la situación que se vive en el centro de salud Joaquín Elizalde, quizás con un mayor predominio del modelo médico heredado de los ambulatorios sobre las enfermeras.

*J.-Estamos otra vez aquí en el centro, dedicas mucho de tu tiempo personal a cuestiones laborales.*

*GE008.-Repite por favor.*

*J.-De tu tiempo tienes que hacer cursos, dices que hiciste muchísimos cursos, te dedicas a leer cuestiones profesionales en tu tiempo libre.*

*GE008.-En este momento dedico nada, ni a cursos ni a leer, el otro día te dije que era la menos indicada.*

*J.-No, no, me refiero entonces.*

*GE008.-Entonces, en aquella época mucho.*

*J.-En ese momento, el tiempo que se va en reuniones.*

*GE008.-Sí, sí, en aquella época mucho porque además yo me apuntaba a todo, o sea salía un curso de, es que no se decirte que curso, de hacer volantes, pues allí que me apuntaba, yo también estoy al otro lado de la campana, he pasado de todo a casi nada o nada, en aquella época mucho, mucho y te preparabas los protocolos y los estudiabas y los intentabas mejorar, yo creo que aquella época fue muy ilusionante.*

*J.-Describe un día normal de esa época, entrabais a que hora.*

*GE008.-Entrábamos a las 8.*

*J.-Ya teníais extracciones aquí.*

*GE008.-Sí aquí ya había extracciones, entrábamos a las 8 en aquella época pasábamos la consulta con él médico.*

*J.-Dentro de la consulta.*

*GE008.-Dentro de la consulta.*

*J.- Teníais un espacio fuera o no.*

*GE008.-Sí teníamos una consulta, pues mira yo precisamente tengo una parecida distribución del tiempo en este momento, en aquella época yo hacía así a groso modo, de 8 a 10 hacía programado, de 10 a 11 y media pues hacía si tenía que hacer algún aviso, tenía un ratito para desayunar que ahora no tengo y luego a las 11 y media empezaba la consulta con el médico, estábamos con ellos de presencia física hasta las dos.*

J.-Y allí que hacíais.

GE008.-Fundamentalmente el trabajo burocrático de organizar la consulta, yo en aquella época me sabía los números de cartilla de la gente, con eso te digo bastante, Jaime (médico) siempre ha utilizado las historias, no es como otros que no las usaban, entonces lo primero que hacía yo a las once y cuarto o cosa así preparaba las historias, teníamos un listado con la gente que iba a venir, no recuerdo como lo sacábamos pero lo teníamos, entonces yo sacaba las historias las ponía todas organizaditas, recogía las analíticas, las pegaba como en el hospital porque en aquella época yo tenía una hoja de laboratorio donde tenía que ver las analíticas pegadas y cuando Jaime pasaba la consulta a medida que iba viéndolos yo hacía recetas o seguía ordenando la historia lo que fuera, si había algún inyectable, cualquier cura que surgía en la consulta la ibas haciendo, pero si que tenías ese tiempo de demanda con él.

J.-Cuánto tiempo mas o menos.

GE008.-Unas dos horas y luego a las dos cuando terminabas la consulta pues todos los días había alguna reunión o alguna cosa.

J.-Por las tardes y eso teníais la atención continuada.

GE008.-No, la atención continuada empezó en el año 84 me parece o 94 perdón, me he comido 10.

J.-Bueno ese es el día normal, ahí tú ves una forma diferente de actuar de la enfermera, estoy comparando desde que terminaste o sea de lo que hacías en el hospital a los diferentes..

GE008.-Yo creo que desde que vinimos aquí aprendimos a tomar decisiones que antes no tomábamos, es decir los crónicos han sido nuestros.

J.-Ya había un criterio profesional enfermero o empezaba el criterio de valoración enfermero.

GE008.-Muy difuminado con mucho miedo y a ver como lo digo yo y a este, pero yo creo que sí.

J.-Este era el médico o era el paciente.

GE008.-No era el paciente, era el paciente que confiaba en aquel momento poco.

J.-En las enfermeras.

GE008.-Sí, en este momento yo creo que mas, pero en aquel momento no, no, se lo voy a decir al médico, estoy hablando del año 87 – 88 – 89, luego ya mas y luego para la gente al final ya terminamos siendo buenos. Luego la gente si que es verdad que a medida que va conociéndote va confiando mas, pero en aquella época probablemente confiaba poquito.

J.-Bien, por tanto ves que como consecuencia de tener una situación laboral diferente, quiero decirte que tienes un puesto de trabajo en una consulta la gente empieza a ver un poco lo que tu haces, porque a lo mejor antes estaba oculto.

GE008.-A reconocer un poco mas el trabajo de la enfermera, pero es que desgraciadamente a veces pasa un poco incluso en las compañeras, o sea la

*gente que trabaja en el hospital, de los últimos traslados que han venido a los centros de salud se quedan alucinadas cuando, hombre ellas saben muchísimas cosas que yo no se, es decir, están mucho mas especializadas de lo que nosotros estamos, ella la que trabaja en oncología, sabe oncología un montón, pero la sacas de oncología y no sabe, y sin embargo nosotros vamos a decir sabemos poquito, vamos a decir poquito pero de casi todo, entonces los primeros que no reconocen eso son nuestros propios compañeros y sobre todo y lo que es mas triste nuestros propios jefes que se les llena la boca diciendo que en primaria no sabemos trabajar, y eso te lo ha tenido que decir alguien mas que yo.*

Nuevamente la otra informante GE001 nos ilustra sobre la importancia que para ella tiene su formación de pregrado con un perfil mas socio-crítico a pesar de que sus prácticas eran exclusivamente en el hospital, pero en ese momento distinta a la que se impartía en la Escuela de Enfermería de Logroño como se mencionó anteriormente. Entre medias vuelve a aparecer el recurrente tema del componente ideológico como algo negativo de la reforma sanitaria por ser liderada por los primeros médicos de familia, los cubanitos, aunque desde la visión de un equipo de AP al cual accede por oposición sin haber trabajado previamente en el ambulatorio. Por eso considera que las enfermeras no están ideológicamente posicionadas en contra, pues están adoptando un rol mucho mas activo y, ante la detección de nuevas necesidades de los pacientes comienzan a tomar decisiones propias, aunque previamente consensuadas en reunión de equipo.

*J.-Eso repercutió, era tu formación para este tipo de trabajo. En el hospital se podía hacer.. tu que trabajaste algo*

*GE001.-No, no, no se podía hacer, a mi la formación que yo y la obligatoriedad además que nos exigían a los alumnos era, en cuanto llegabas presentarte, y decir al paciente yo soy fulanita de tal, soy la que voy a estar a su cuidado esta noche aparte de recibir el parte de la compañera que yo voy a estar allí para lo que necesite y empaparte de la historia. Yo recuerdo tener con dos enfermeras que luego me lleve muy bien, pero al principio: ¡pero esta, qué es eso de que se pase por las habitaciones, pero esto que es!, lo veían una perdida de tiempo*

*J.-Lo que había que hacer, era ponerla medicación tomar tensión*

*GE001.-Claro no veías al paciente a no ser que tuvieras que cambiarle un suero o darle una medicación. El resto de cuidados no existían.*

*J.- Bien Entonces claro tu formación fue para la atención primaria tuviste la suerte*

*GE001.-Si yo creo que si me vino todo rodado sin merito los acontecimientos me llevaron a ello.*

*J.-Estábamos en la voluntarismo y las horas que metías en esto*

GE001.-Si muchas horas muchas horas mas voluntad que método. Los que mas sabían eran Félix, Jorge (médicos de familia y gestores en esos momentos, “los Cubanitos”) (**Anexo fotos 78**). Félix había ido a Cuba había estado haciendo un curso no se si hizo un master no se, de hecho, les llamaban los cubanos. Eso tenía para la gente un componente ideológico despectivo de rechazo por parte de sus compañeros totalmente despectivo bueno pues como también es verdad había buen filim entre los compañeros había dos tendencias claras entre los compañeros en cuanto a médicos, que no se dio en enfermería en cuanto a médicos se dio, que eran los tradicionales y toda esta gente los que se habían formado que eran médicos de familia y ese desencuentro todavía sigue estando. No hay mayores problemas todo el mundo se conoce y respeta pero ahí sigue estando.

J.- Insisto hay un componente ideológico político...me refiero

GE001.-Si, por parte, yo creo, por lo menos coincide que en cuanto a las personas que lo llevaron a cabo si que había un componente ideológico con respecto de los del método tradicional, fundamental. Yoo creo que si con respecto..

J.- En las enfermeras dices que eso no se da, porque crees que eso no se da.

GE001.-En las enfermeras no se dio. No, no se da pues no te se decir pues nos vimos yo creo todas embarcadas en la misma historia y que era como partir todos de cero y pues que tenemos que empezar a trabajar bien todos y a gusto

J.-Eso de trabajar bien ¿qué quieres decir que se trabajaba mal?

GE001.-No, no jajaja simplemente que queríamos hacerlo bien nosotros que nos daban la oportunidad de hacer algo nuevo diferente y lo queríamos hacer bien

J.-Ese Nuevo diferente como era

GE001.-Como era, date cuenta a nosotros nos dicen hasta ahora la enfermera ha estado metida en la consulta del médico haciendo las recetas a mano y diciendo: señorita ponga amoxicilina, aquí en que tiempo. Clamoxil una cada tanto y la señorita escribía cuando había que hacerle la baja decía: señorita la baja para este señor y tu tenías ahí la carpetita con tu carpetita de las bajas y le dabas la baja. Eras una simple escribienta de la consulta.

Que en otros casos comentaba y poco a poco comenzábamos a comentar de pacientes y tal, pero al principio mi vivencia fue de estar en la mesa pequeña, al lado de la del médico. Si mas pequeña que la del médico al lado en la que tu te dedicabas a escribir fundamentalmente.

J.- Eso en el centro de salud cuando empezasteis también

GE001.-No, no, no digo la gente que venía de entonces era así la que venía del ambulatorio era así y nosotros cuando pasábamos las consultas médicas con ellos, empezamos así también. El día que estábamos en consulta médica estábamos de esa manera.

J.-Ahí lo de señorita ponga también se daba en esos casos

*GE001.-Si, lo que pasa es que muy pronto fueron cambiando las cosas, por que nosotros siempre teníamos más cosas que hacer, que era no solamente escribir, había que rellenarle como te digo terminar de cumplimentar la historia clínica y directamente según entraba el señor es que nosotras le pasábamos directamente a la camilla, le tomábamos la tensión y hacíamos las cosas y alguien tenía que escribir las recetas, que no éramos nosotros que estábamos haciendo otras cosas, o sea, o le estábamos diciendo pues mire las dietas ya se las dábamos por escrito*

*J.-Las dietas las dabais vosotros pero de forma tutelada o por iniciativa propia...*

*GE001.-No empezamos a unificar en estas reuniones que te digo empezamos a unificar y las queríamos tener ya, preparadas y empezamos a buscar dietas que en aquel momento había algunas en el ambulatorio que jamás se habían usado y fuimos al almacén y rebuscamos, por que rebuscar, rebuscamos por todos los sitios, y aquellas cosa que nos iban sirviendo, pues las utilizábamos. Lo que había de antaño nos lo íbamos adaptando a lo que nosotros necesitábamos. Bueno igual me voy mucho por las ramas*

Otra actividad que también se convierte en seña de identidad de la Atención Primaria es la visita domiciliaria de enfermería, que desde el principio se comienza a ejercer, no sin cierta dificultad pues los practicantes ya acudían a los domicilios a aplicar tratamientos prescritos por el médico, pero a esta actividad desde el nuevo modelo se le pretende dar otra dimensión más amplia, aunque una vez mas se inicia emulando a los antecesores. Al comienzo se hacen registros de visita domiciliaria en un documento distinto de la historia de salud del individuo (**Anexo fotos 62**), donde se anotan las actividades que la enfermera realiza en el domicilio, y años mas tarde se unifica dentro de esta. El hecho de realizar la asistencia en el domicilio de forma mas generalizada produce algún pequeño conflicto con los practicantes pues es tradición en ellos como se explica anteriormente el cobro de “la iguala” cuando se realizar este tipo de actividad, lo cual produce un agravio al ser asumida por las enfermeras del equipo que no la cobran.

*GE001.-Como te digo pues muy bien, a nosotros nos daban esa oportunidad y queríamos hacerlo lo mejor posible puesto que íbamos a estar muchos años se suponía ahí ¿no?. Y bueno pues, aparte de la consulta de enfermería como te digo, nos encargábamos de todas estas cosas el resto de la mañana la dedicábamos fundamentalmente a hacer todo el trabajo de elaborar programas, elaborar dietas, elaborar los diferentes materiales que íbamos a necesitar y a las consultas en domicilio.*

*En las consultas en domicilio nosotros preparamos una ficha también, en la que era la historia del domicilio Habrá alguna por ahí me imagino. Yo de todas estas cosas cuando estuve de responsable (de enfermería se entiende) yo*

*soy, me gustan estas cosas, por curiosidad pues porque a veces dices pues anda mira lo que ha pasao y tal y cual y bueno guardaba, se que se tiraron muchas cosas del despacho. Yo guarde muchas cosas que me parecían curiosas y las iba guardando en casa con cosa personales y bueno se que de estas cosas se eliminaron barbaridades entonces no lo se pero entonces vamos no lo se, te buscare.*

*Existe una ficha de domicilio donde se iba apuntando lo que le hacíamos al paciente que fundamentalmente eran las curas no se y nos encontramos con población que pues, estaba con úlceras crónicas y las curaba la familia uno podía y quería*

*J.- No iba el practicante*

*GE001.-Nosotros, muy de vez en cuando iba el practicante. El practicante fundamentalmente hacía inyecciones y alguna cura pero las mínimas Nosotros empezamos a ir al domicilio por aquello de que invades el espacio de otro de que siempre te da corte y de que la población no estaba muy acostumbrada a que fueran allí de repente una enfermera y bueno pues toda esta gente las habíamos captado en las consultas cuando nos pedían gasas o tal y ..pues que le ocurre que le pasa a esta persona y empezamos a recogeré pacientes no? Concertábamos la cita e íbamos de dos en dos y a mi desde luego me sirvió de muchísimo.*

*J.-Porqué era por inseguridad*

*GE001.-Íbamos de dos en dos enfermeras y nos sirvió mucho para hablar muchísimo para hablar de forma informal mientras íbamos al domicilio y así contrastábamos el otro punto de vista se necesita, que no se necesita que hacemos con el y a veces eso por algo de inseguridad a la hora de pautar tratamientos o a la hora de decir algo que no se me olvide. Al principio lo que te digo lo queríamos hacer todo y que no se nos escapara nada y lo que a una no se le ocurría a la otra le apostillaba y bueno pues a mi me toco ir con otra compañera que además que era del otro sistema del tradicional con bagaje en hospital que había estado mucho tiempo y bueno unas experiencias personales tremendas y a mi me sirvió de mucho*

*J.-Luego lo compartíais con el médico lo poníais en equipo*

*GE001.-Si se hacia cuando volvíamos, se hacia un tiempo donde comentábamos con el medico lo que por lo menos en lo que yo lo viví. Nos empezamos a plantear y hacíamos alguna visita conjuntas con el medico y bueno pues había veces que iba el médico y dos enfermeras, parecíamos ahí... pero si que se hacían*

*J.- Como percibía la población eso*

*GE001.-Como poco extrañados pues eso de que aparecieran en su casa el medico y la enfermera eso era totalmente inusual. Entonces, ¡ah! pero que van a ir, sin que ellos lo pidieran que tu lo ofertas. Que tiene ..pues que mañana voy a ir mañana a verlo. Eso les parecía algo totalmente ... Eso si,*

*había mucho miedo o reparo, sobre todo en la gente mayor a ver si estos me van a cobrar.*

*J.- ¿Porqué?*

*GE001.-Pues porque este tipo de tratamiento en La Rioja había tenido durante mucho tiempo las igualas. Entonces tanto el médico como el practicante, ellos los ofrecían porque estaban igualaos. Ellos pagaban una cantidad de dinero una cantidad mensual creo que era y nosotros de repente les desmontábamos eso.*

La formación continuada dentro del propio horario de trabajo para las enfermeras era algo inusitado, nunca se había dado esa posibilidad, pero la necesidad obliga pues por un lado las carencias y por otro la necesidad de unificar criterios a la hora de abordar los mismos problemas hace imprescindible ponerse al día. Inmediatamente surgen los problemas, las sesiones formativas son impartidas entre y por los mismos profesionales del equipo que son conscientes de sus limitaciones al respecto y se producen situaciones que dan lugar a pequeños conflictos y celos profesionales, llegando a cuestionar los contenidos de la consulta de enfermería. Esto se ve reforzado por estar trabajando a la vez con médicos de cupo no integrados en el equipo, en un intento de aprovechar recursos, lo cual produce un efecto contrario pues se sienten agredidos en sus intereses y estatus profesional por las enfermeras.

*GE01.-Y bueno íbamos a los domicilios hacíamos las consultas y hacíamos reuniones de equipo los sábados, pero además nos planteábamos que nos teníamos que formar entre todos y los que sabían mas de una cosa ponerlo en común con el otro y al revés. Hacíamos sesiones clínicas exclusivamente de enfermería y exclusivamente de médicos y después hacíamos sesiones clínicas con casos prácticos y sesiones clínicas de un tema, el que sea, éstas eran conjuntas, de médicos y enfermera pues del tema que fuera. Teníamos todas la semanas sesión clínica, los médicos por un sitio y las enfermeras por otro, después eran, las sesiones clínicas conjuntas también eran un día, a la semana y una vez al mes. Todo esto creo recordarlo bien, una vez al mes, se hacían las sesiones de médico y enfermera del cupo preparaban un caso o un tema y lo exponían al resto del equipo. Esto evidentemente el miedo escénico era tremendo y para todo esto nos lo pasábamos muy mal pero poco a poco vas cogiendo rodaje. Pero esto tuvo una vida..y es que de repente, claro, se encuentra gente que tenía que responder o decir: un médico a una enfermera “señorita no lo se” o ponías en ciertos compromisos. Había gente que se sintió muy incómoda empezaron a decir: qué pintábamos las enfermeras en las sesiones conjuntas en las sesiones de, se sintieron muy incómodos cierta parte del equipo y tanto fue así que se llevo al traste y se dejaron de hacer sesiones conjuntas. **Estaríamos haciendo las sesiones conjuntas pues...empezamos en el 85 estaríamos unos cuatro años o así que duró la***

*cosa pero con sus reticencias cada vez que había que prepara por parte de las enfermeras no, por parte de médicos. Lo que te digo dentro del equipo había dos tendencias y había algunos pues que cuestionarlo era duro y eso se vivió muchísimo. Todo el trabajo que nosotros estábamos haciendo en las consultas de enfermería eran cuestionados Fue un trabajo muy cuestionado al principio incluso, por algunos miembros del equipo, date cuenta*

*J.-Por falta de rigor o por..*

*GE001.-No date cuenta que habían venido de un sistema*

*J.-Por falta de rigor...*

*GE001.-No, no, no simplemente porque empezaban a ver porque nosotros de repente empezábamos a desaparecer de estar ahí, justamente al lado y pasábamos a otra habitación. Pensar que estaban allí solos les ponía un poco nerviosos y luego había gente, médicos de cupo que les prestábamos atención de enfermería a los pacientes de esos cupos que no eran de equipo y que esas personas se sentían muy incómodos, muy incómodos, con una persona que no estuviera sentado al lado haciendo la enfermera lo que el dictaba. Tanto era así que yo recuerdo que hacíamos guardias los sábados a la mañana. Y esos sábados rotábamos todo el personal y no recuerdo había una de pediatría no se si dos médicos había un calendario que pasaba el médico que le correspondía la enfermera que le correspondía y el pediatra, entonces, eran consultas en las que tenías que estar allí de presencia física y en las que se hacía poca enfermería aparte.*

*J.-También ibais a los domicilios*

*GE001.-Si que pasaba con estas consultas que estábamos trabajando en la mayoría de los casos con personal de equipo y esos días nos tocaba trabajar con una persona no de equipo y de repente, cuando llegabas te decía: “Señorita y mi bata” Pues no se donde se la habrá dejado usted. “No es que me la tiene que traer usted la bata” pues mire yo he cogido mi bata y no estoy para ir a buscar por todo el ambulatorio la bata de nadie, lo siento mucho y entonces*

*J.- Ya no recordaba esos momentos se me ponen los pelos de punta*

*GE001.-Bueno pues tenías que tener la recetas puestas el no se que y nosotras que no habíamos trabajado jamás así llegábamos nos poníamos nuestra bata nos sentábamos allí y ya vendrá el médico a pasar la consulta y cuando veía que no tenía nada pues bueno ya sacará el de donde lo tenga que sacar, yo qué se lo que va a necesitar. Lo llevó muy mal y había gente que*

*J.-Siempre eran hombres.*

*GE001.-Sí, eran mayoría hombres nos toco trabajar con mujeres posteriormente y algunas ya eran del equipo con lo cual no se daba esa circunstancia. Pero lo que tu comentabas de alguna anécdota hubo algún médico de estos de cupo que fue a protestar a Maribel Robertson que era la responsable de enfermería diciendo “Señorita yo quiero una enfermera tradicional no estass que me pone y no saben lo que tienen que hacer. ¡Lo*

*que tiene que hacer es ponerme a mi lo que necesito en la consulta y después traerme la bata!” Oiga pues mire aquí ya no tenemos tradicionales. Si y se crearon si ciertos conflictos.*

Los conflictos entre estamentos arrecian y traspasan los muros de los centros de salud, esta situación se ve avivada por los rescoldos del conflicto que paralelamente se acaba de producir en el hospital como consecuencia de la jerarquización de los médicos especialistas, y desde los sectores mas conservadores, liderados por los colegios de médicos, tratan de poner freno a la actividad enfermera de forma autónoma, so pretexto de su inadecuada formación para ello como bien se refleja en la prensa.

*J.- Eso trascendió de los muros del centro de salud del ambulatorio Colegio de Médicos, Sindicato Médico, comentabas antes.*

*GE001.-Si, si, si el Colegio de Médicos ahí estuvo. Nosotras las enfermeras lo vivimos menos lo del colegio de médicos pero si lo vivimos menos porque nos resbalaba un poco lo que dijera el colegio de médicos.*

*J.-Había apoyo por parte del Colegio de Enfermería*

*GE001.-Yo creo que ahí, el Colegio de Enfermería ahí estaba un poco a ver lo que pasaba ni apoyo ni nada, allí estaba expectantes. Es otro modelo que empieza a funcionar ahora, pero no, no se implicaron en aquel primer momento no se implicaron. Y como te digo, las consultas de enfermería fueron muy cuestionadas si que es verdad que por parte de aquellas personas que habían comenzado a trabajar con este modelo de primaria las querían potenciar. También fueron muy cuestionados esas personas, no solamente aquí en La Rioja sino a nivel nacional. Cuando empezamos en los centros de salud no solo empezamos aquí, si no en mas sitios entonces salieron artículos en prensa salieron si. Me muestra distintos artículos de prensa al respecto (Anexo fotos 37,38,39,40, 41).*

La situación de enfrentamiento llegó a tomar unos niveles importantes como consecuencia del concepto que determinado sector médico tiene sobre las enfermeras como personal auxiliar al que consideran de su pertenencia. Por una parte, sus nuevas funciones y actividades, les genera sentimiento de pérdida de autoridad y por otra, tienen que nuevamente asumir una tarea profesional considerada de segundo orden por ser mas desagradable que es la burocracia derivada de recetas, partes, estadísticas etc... Por el contrario en esos momentos la motivación enfermera era creciente y se convierten en autenticas militantes del cambio sanitario, pues tienen posibilidad de aplicar algunos de los nuevos conceptos teóricos que les proporciona por una parte, los nuevos planes de estudio, como por otra, el curso de convalidación de ATS por DUE, con lo cual crece la posibilidad de ampliar su horizonte profesional,

convirtiéndose las enfermeras en un auténtico catalizador de la reforma sanitaria. La actividad enfermera en esos primeros momentos se extendía a otras actividades que no eran puramente asistenciales, intervenciones con grupos educativos, recogida de material para realizar el diagnóstico de salud etc...

*GE001.-Ahora ya estamos en una situación con las consultas de enfermería son cosas totalmente superadas y bueno. Luego llegó la época en la que nos tocaba todavía desligarnos más de las tareas, digamos por ejemplo las administrativas y aquello fue una lucha, fue una catarsis total porque los médicos veían que eso era ya que desapareciéramos totalmente de las consultas médicas. Que no apareciéramos nada, pues estábamos en la consulta de al lado, ¡pero que no estuviéramos ahí!, y ¡que no hiciéramos las recetas!, aunque fueran las de largo tratamiento que llamábamos entonces. Que el paciente ya no tenía que pasar, pero alguien las tenía que hacer, aunque no pasara, alguien las tenía que hacer, ¡pues claro!. Que nosotras dijéramos que no íbamos a hacer las recetas que teníamos contenido suficiente para hacer nuestras cosas, que eran cuidados, no solamente papeles, pues ¡esto supuso dentro del centro una guerra tremenda!*

*J.- Ese tipo de guerra era pensando en el paciente o era pensando en*

*GE001.-Las de ellos eran pensando en ellos, ¡que demonios!, no querían hacer papeles. Si que es verdad es una tarea que lleva tiempo y que es ingrata. Hicimos incluso unos trípticos, igual las tengo abajo, sobre las consultas de enfermería esto es del año ochenta y..tantos*

*J.-Cómo vosotras hacéis marketing con la población año 84,85,86.*

*Cuándo hay mas centros de salud. Aquellas penas, eran compartidas con el otro centro de salud (el C.S. Berceo)*

*GE001.-Si, pasa lo mismo en el Berceo prácticamente calcao en la primera época fue calcada. Los programas que se hacían aquí se hacían allá, eran lo mismo habíamos hechos el diagnóstico de salud de la zona Tenemos un diagnóstico hecho y se hizo una revisión posterior. Memorias carpetas de sesiones etc tenemos muchas cosas, se hacían memorias desde el año ochenta y tantos, educación maternal en año 86....lo hice yo esta memoria porque me gustaba mucho el tema de las graficas organización y estructura ubicación dotación después se dejaron de hacer pero desde el principio se hacían... (Me entrega documentación del diagnóstico de salud y la memoria) (**Anexo fotos 64, 65**).*

*Todo esto se hacia a máquina, lo hacíamos en horas libres. Lo hacíamos en tiempo libre personal mentíamos horas. Nos íbamos al juzgado Es que fue la etapa otra forma parte del trabajo que estabais haciendo. Nosotros pasábamos nuestras consultas hacíamos la visita domiciliaria preparábamos los programas y hacíamos el diagnóstico de salud ya esto en el año 86. Claro para ver todos los datos de la morbi-mortalidad de la gente, teníamos que ir allí al juzgado y ver los nacimientos las defunciones y las causas por*

defunción. Empezamos por presentarnos a los funcionarios correspondientes, nos hicieron una carta de presentación con aval para hacer eso del propio INSALUD, la Consejería de Salud no, era todo con el INSALUD. Con la carta de presentación el primer día que fuimos allí nos miró el funcionario diciendo .pero estas, además enfermeras que vienen pidiendo aquí ver libros en un pasillo con una mesita recogiendo los datos.

Aquel hombre nos miraba con una cara y nos decía para que queréis estos libros si no los ha mirado nadie en años, ya le enviaremos una copia con lo que hagamos, cuando le decíamos que era para el diagnóstico de salud que le sonaba aquel hombre a chino. Se ponía malo cada vez que nos veía aparecer, íbamos todos los días que **nos distribuíamos por días unos íbamos unos y otros otras también íbamos por parejas fundamentalmente enfermeras** iba algún médico, pero fundamentalmente eran enfermeras las que lo hacíamos.

J.-Era por iniciativa de enfermería o se consensuaba en el equipo o dirigían los médicos mas sobre lo que había que hacer o

GE001.-Pues en cuanto al tema de **los programas si que fueron casi más dirigidos por los médicos aunque nos dejaron el apartado de todo el tema de los cuidados en este caso de hipertensos y diabéticos** que nos lo dejaron a nosotros y en verdad es que no pusieron pegas..eso también es verdad, nos lo dejaron a nosotros, esto es, vais a meter un poco de mano y pero si eran tutelaos por ellos.

J.-Seguís trabajando fundamentalmente con enfermos con la enfermedad, seguís sin hablar de prevención terciaria quizás.

GE001.-Se hablaba poco del tema de la prevención, la verdad es que se hablaba poco.

## 10.2.-Expansión del nuevo modelo asistencial: asentamiento de los centros de salud en La Rioja

Nuevamente a finales de los años ochenta se convocan oposiciones y se constituyen los centros de salud primero de Calahorra (**Anexo fotos 9**) y meses más tarde Arnedo (**Anexo fotos 3,4,5,6,7,8**), Rodríguez Paterna (**Anexo fotos 23**), y así sucesivamente a lo largo de los primeros años noventa continúa la constitución del resto de centros de salud, culminando en junio de 1996 con el centro de salud de Navarrete (**Anexo fotos 22**) de acuerdo al mapa sanitario vigente en ese momento. Posteriormente y con la nueva revisión del mapa sanitario se articulan y crean nuevas zonas de salud, y se constituyen los centros de salud de Siete Infantes (**Anexo fotos 25**) y Cascajos (**Anexo fotos 10**). En este proceso se interponen diversas cuestiones como son las retenciones que ofrece algunos sectores de los médicos y con menor intensidad los ATS titulares, como consecuencia de la pérdida salarial que para algunos de ellos representa como nos relata el siguiente informante:

*J.-A ti te pagaban la mitad del sueldo, ¿cómo era eso?*

*GE023.- Yo estaba aquí de funcionario y me pagaban el sueldo base más la antigüedad más la paga extra me la pagaba la Comunidad Autónoma como funcionario y después todos los complementos, la tarjeta sanitaria, las horas de guardia y todas estas cosas me las pagaba el antiguo INSALUD. Recibía dos nóminas, era un dinero importante, bastante más de lo que en proporción se gana hoy, bastante más y eran los tiempos más baratos o se que....*

*J.-¿Ganabais más que nosotros en ese momento?*

*GE023.-Se ganaba bastante más que ahora, yo antes de integrarme justo en el equipo de atención primaria de Navarrete mi última nómina era en pts. 278 mil*

*J.-¿Esa nómina era de las dos partes?*

*GE023.- Las dos.*

*J.-Cada cartilla cobrabais sean agrarias o sean*

*GE023.-Había diferentes cartillas, había complemento de urgencias, había complemento de matrona, había complemento por tarjetas agrícolas, por tarjeta titular normal, cada cartilla no tarjeta tenía un valor y un precio y eso te lo pagaba todo el INSALUD, te pagaba por el servicio que tú dabas a la Seguridad Social y aparte el sueldo base y antigüedad te lo pagaba la Comunidad Autónoma como funcionario de APD (**Anexo fotos 45**).*

*J.-Qué es lo que hacía un funcionario de Sanidad en el pueblo.*

*GE023.-Estaba el médico y el enfermero de Sanidad, encargados fundamentalmente por el tema de la salud pública, la prevención y vacunación y todo este tema, llevabas el control del complejo sanitario y todo aquello que como al final todo lo hacía el jefe local de sanidad que era el*

*médico, pues a mí lo que me caía por ese campo, pero por lo demás por otro campo las demás tarjetas sanitarias pues te caía absolutamente todo, aquí la cirugía menor existía a diario, las pruebas diagnósticas existían a diario.*

Como bien se indica en capítulos anteriores al integrarse los ATS titulares de APD en el centro de salud, los salarios se equiparan y unifican con los profesionales dependientes del INSALUD, su situación administrativa hace que las pagas tengan una doble procedencia, la Comunidad Autónoma a través de la Consejería de Salud que retribuye por una parte el sueldo base y por otra INSALUD que corre a cargo con el resto de complementos. Cuando son transferidos los servicios sanitarios a La Rioja esta situación desaparece y solo existe un único pagador, la Consejería de Salud. En los inicios y hasta que se produce la mencionada circunstancia existe en algunos casos un importante agravio comparativo que es la pérdida de honorarios, lo cual la administración compensa con un complemento retributivo transitorio. Este hecho añade reticencias y descontento a la constitución de los equipos de salud como nos cuenta el siguiente informante:

*J.-O sea que hubo dificultades en la constitución del equipo de aquí, hubo resistencia*

*GE023.-Muchas resistencias a la integración de los equipos y fundamentalmente había una cuestión económica importante, yo del mes de mayo de 1996 ganaba 278.000 pts. y el mes de junio gané 189.000 pts. pasando de hacer las guardias localizadas o una semana de guardia por mes a salir un día de guardia a la semana, es una.... de presencia física en el centro pues aún con todo esto yo perdí 100.000 pesetas mensuales con la dichosa integración, porque, la verdad es que es un pueblo que tiene dos mil y pico TIS y cuando nos integramos se suman todos los pueblos, se reparten entre los profesionales y aquí hay profesionales que tienen doscientas TIS, la media pues me baja prácticamente a la mitad, con eso, con que se me quita el plus por agrarias, el plus que había por urgencias y más cosas pues la verdad que el salario era, como comprenderás independientemente de las ganas de tener de trabajar en equipo en un centro nuevo, en una cosa de estas pues.... Si el salario te ha bajado un dinerito pues había resistencias, aun con todo cuando comenzamos a trabajar aquí, la cosa volvió de nuevo a cambiar, yo creo que para bien*

Se producen situaciones curiosas que son un indicador del alto grado de indignación, desaliento y en algunos casos aversión respecto del proceso de reforma sanitaria, de ahí que cuando se constituye el último el centro de salud en la década de los noventa el de Navarrete (de acuerdo al primer mapa sanitario) (**Anexo fotos 51**) no asiste ningún profesional a su inauguración a pesar de estar invitados personalmente por carta. La puesta en marcha de las

nuevas dependencias se produce tras dismantelar durante un fin de semana el antiguo consultorio local (**Anexo fotos 22**), sin colaboración alguna de los profesionales, lo cual nos puede proporcionar una idea de la disponibilidad al trabajo y a la dinámica de equipo que se preconiza desde el ideario de la reforma sanitaria. Este tipo de heridas proporcionan unas secuelas que se arrastran hasta nuestros días como queda patente en el relato sobre su experiencia en el proceso de integración del siguiente informante que es titular APD con formación y experiencia anterior en el nuevo modelo de atención.

*J.- Cuándo empezasteis a sacar sangre*

*GE023.- Yo empecé a sacar sangre a los siete días de estar aquí, pero no creas que porque había un sistema, un punto de extracciones aquí y tal, no, no, no, si te soy sincero, te voy a contar una anécdota que es curiosa, si te soy sincero yo empecé porque me aburría, el primer día que trabajé en Navarrete trabajé 23 minutos, el resto de la mañana fue de mirar qué pasaba, a ver qué era lo que tenía que hacer*

*J.-¿Teníais el local en alguna parte?*

*GE023.-Teníamos un consultorio con dos consultas médicas, una sala de enfermería y una sala de espera, la consulta de enfermería, hay que decirlo todo como es era la más grande, la más luminosa, no tenía de nada, aledaño una enfermería con dos camas, todo esto no es porque fuera enfermero de prueba sino porque es la enfermería de la plaza de toros que estaba al lado, entonces había que montar la enfermería y me la montaron a mí o la usaba yo, eso funcionaba así, y que, en la vida me ha ocurrido bastante y decidí que algo había que hacer y viendo que algunos compañeros estaban sacando J.- La función tradicional eran las inyecciones*

*GE023.-Yo ponerme todas las inyecciones y las curas de la consulta me costó 23 minutos, entonces era joven y era más rápido, ahora me cuesta más y además sin preguntar ni siquiera si te duele pues esto era rápido pero decidí que había que hacer alguna cosa mas, entonces comenzamos los pinitos de hacer extracciones, pedí yo por mi cuenta en la dirección de enfermería de aquel entonces estaba, Carmen y Maribel, no me pusieron absolutamente ningún problema, era también una relación muy fluida, era de bis a bis hablando de palabra no tanto sobre no tanto escrito y sin más nos pusimos de acuerdo y me habilitaron la forma de recoger la sangre, pusimos un punto de extracción de sangre en siete u ocho días, esto fue así, lo que ahora cuesta poner una bombilla ocho meses entonces en siete u ocho días habilitabas un punto de extracción en Navarrete que no había habido nunca.*

*J.-¿Tenían que bajar a Logroño?*

*GE023.-La gente se desplazaba a Logroño pero la gente iba a la farmacia del pueblo que había montado un ambulatorio privado y yo no lo sabía en mi ingenuidad y estuve dos años sin hablarme con el farmacéutico porque me retiró la palabra, que le había fastidiado el negocio, luego las cosas volvieron a su cauce, ya nos hablamos y somos buenos amigos pero al principio....*

*J. Cómo se llama este chico*

*GE023.- Pedro, pero entonces la verdad es que le sentó mal, yo no me podía imaginar que fuese a sentar tan mal a nadie, montar un servicio público no sentara mal a nadie pero así fue, en aquel momento, luego las cosas han ido por otros derroteros entonces ahora tenemos buena amistad*

*J.- Transcurren esos años, la jornada normal, pues eso, por la mañana sacar las extracciones, vas a domicilios, haces las curas que tienes que hacer, pones las inyecciones, comes, sigues localizada hasta las 5 de la tarde y después con los de la zona estáis localizados*

*GE023.- Bueno entonces la forma de pasar las consultas empieza a cambiar, (todavía todas las parafernalias estaban en los libros en inglés y yo me tocó francés cuando estudié la EGB y el inglés me resultaba un poco....(En tono de broma) pero ya empezamos a retomar lo que había comenzado en mis inicios de formación, a pasar las consultas de otra manera, ya no era tomar la tensión sino hacer un control, un control de medicación, una valoración.*

*J.- Si que es cierto la nueva formación, en ti influyó a la hora de...*

*GE023.- Por supuesto sobre todo porque tenía mucho tiempo, entonces no había problemas en determinadas cosas, ya era preguntar qué alimentación llevas, qué tipo de hábitos diarios usas y ya empezamos a hablar de las medidas higiénico dietéticas y la educación para la salud y en todas esas cosas, eran los primeros pinitos para mí, porque había gente que llevaba en eso ya tiempo, pero para mí eran los primeros pinitos, de hecho con el mismo número de pacientes a los dos meses de estar aquí ya te llevaba tres o cuatro horas, luego aquello se me desmadró, la gente le debía de gustar todo esto y en lugar de venir veinte pacientes venían cuarenta y luego sesenta*

*J.- ¿Teníais ya programas?*

*GE023.- La verdad es que al principio cuando estaba yo solo aquí en programas como tal no, procuraba seguir un poco las pautas que marcaban los programas, los que había conocido ya, ya me había leído los tochos que habían hecho*

*J.- ¿Ya había médicos de familia aquí?*

*GE023.- Aquí vino conmigo el primer médico de familia, Tomás. Hasta entonces eran médicos rurales y debo decir que durante varios años he trabajado aquí con varios sistemas, con el médico rural antiguo de APD, modelo antiguo de médico de cabecera, de atención domiciliaria, dieciocho domicilios diarios, consulta rápida y más atención al enfermo encamado y estas cosas y un médico de familia auténtico, de los mejores médicos de familia que yo conozco que ya entonces estaba aquí y que trabajaba con un método de historias, programitas, controles, con lo cual no me quedaba otro remedio que colaborar, tenía ese hándicap de que tenía pacientes con un tipo de historia, pacientes sin historia que lo iba rellenando poco a poco, como tampoco tú sabes que invadir el campo de nadie no es serio*

*J.- Además sin estar constituido*

*GE023.-Sin estar constituido el equipo ni nada de nada, de hecho el modelo de médico que tengo de modelo tradicional no estaba integrado en el equipo ni se integró jamás y esto era así y empezamos pues fíjate conseguimos nuestro primer electrocardiograma que vino de un centro de salud de Logroño que lo tenían aparcado en desuso y bueno pues mira puesto que ya no lo usan, se nos quedó pegado en una mano a la vez que pasábamos por allí y apareció aquí en Navarrete, luego nos dijeron que qué había pasado con él, lo teníamos nosotros y lo utilizábamos a días, un día estaba conmigo en Navarrete o se lo llevaba la compañera a Cenicero, otro día a Fuenmayor hasta que al final se queda en Navarrete, probablemente porque el médico que más y mejor interpretaba y manejaba el tema de los electros era el médico de familia, Tomás, y al final se quedó aquí, venía de urgencias del hospital San Millán, de Asturias de atención primaria, eso duró hasta el año 96, en junio del 96 se construye este edificio en el que estamos ahora y se constituye el equipo de Atención Primaria.*

*J.- Entre tanto en esos años la rumorología, los conflictos de integración ¿eso os llegaba aquí o no os llegaba?*

*GE023.-No nos llegaba, estaba instalado aquí de una manera compulsiva, aquí cuando se comienza a hablar de que vamos a tener que venir a trabajar al centro de salud, aquí no quiere venir nadie, te estoy hablando de cambiar la ubicación de los consultorios al centro, esto nos costó sangre, sudor y lágrimas, empezando por ejemplo porque a la hora de constituirse el equipo, aquí nadie quería saber nada de una dependencia de un equipo ni nada, cada cual a su aire y se acabó, y te hablo igual de médicos que de enfermeras porque aquí no había nadie más, ni auxiliares ni administrativos ni celadores ni nada, ocho médicos, dos enfermeros y dos enfermeras era el equipo de atención primaria y uno de los ocho médicos no integrado en el equipo, ni le iba ni le venía este rollo y bueno el centro de salud se inaugura y a la inauguración del centro no acude absolutamente nadie, ningún miembro del futuro equipo de AP, a pesar de tener invitación personal del Sr. Consejero y de toda la cuadrilla, es curioso porque el único que acude es D. Silvino Fernandez, médico no integrado en el equipo de AP y a partir de ahí las puertas del centro se abren y las consultas se siguen pasando en los consultorios tranquilamente y se nos obliga por telegrama a venir un día a tal hora al centro de salud con el director gerente de la AP Josu Senosiain y se nos obliga por telegrama a venir al centro y nos desvalijan los consultorios en un día en que coincide que hay unos sustitutos por vacaciones o fiesta y desvalijan las consultas y traen todos los muebles al centro de salud y aquello dejan, aquí no se puede pasar consulta ni nada*

*J.-¿Dónde teníais el consultorio?*

*GE023.-Estaba justo al lado de la plaza de toros lo utilizaba con la enfermería de la plaza de toros (Anexo fotos 22)*

Unido a esto está el desgaste que se va produciendo en las enfermeras de los centros de salud anteriormente constituidos, por la constante búsqueda e incorporación de nuevas formas de trabajo, cargadas de muy buena voluntad pero con importantes deficiencias de método, sobre todo en los primeros años de rodadura de la reforma sanitaria. Todo ello se ve agravado por el estatus de las enfermeras, pues comparativamente con los médicos y a pesar de la incipiente formación en materia de salud pública en el pregrado, ya sea a través del DUE o por el proceso de convalidación de ATS por DUE. Dicha desigualdad se ve acrecentada por la formación como especialistas en medicina familiar y comunitaria agravado por la imposibilidad de desarrollar la especialidad de enfermería comunitaria. El procedimiento lleva implícito momentos de conflictividad interna en los equipos por la relación entre médicos y enfermeras, puesto que la ilusión comienza flaquear en la misma medida que la disponibilidad personal del tiempo.

*GE001.-En el 90 nos trasladamos a este centro nuevo (se refiere al Joaquín Elizalde) en el uno de mayo. En el 90 empiezan los primeros conflictos fuertes **Hubo conflictos tremendos, fundamentalmente por la recetas por la burocracia. Además en el 90 ya no hacemos sesiones clínicas conjuntas y únicamente existen ya sesiones de médicos y sesiones de enfermería.** En las de médicos ya no van todos y así existe hasta hoy y nosotros si nos reunimos todos los martes.*

*J.-Cuándo empieza a haber formación institucional pues vosotros lo hacías*

*GE001.-De manera informal la hemos tenido desde el primer momento. Te digo de manera informal, porque en aquellas reuniones que te digo del principio pedíamos algunos especialistas o algunas enfermeras del hospital, que nos costaba encontrar, que viniera a darnos una charla de lo que sea, pues cuando nos pusimos nosotros con el tema de los tapones le dijimos a los otorrinos y a la enfermera de otorrino que viniera. Con las vacunas hiposensibilizantes le pedimos al doctor Lobera que viniera, te hablo de los años 87 o por ahí, pero de manera informal de tu a tu con los que más o menos sabías que podían a nivel de relación personal: te importaría pasar. Ellos lo veían bien.*

*J.-Una cosa que me importa mucho. Tu trabajo te permite una independencia económica tu vivías sola podías permitirte el lujo entre comillas, de meter esas horas de tu tiempo libre tu decidías hacer horas*

*GE001.-Y de ir a congresos y de ir a, pues eso, a los diferentes cursos que podían dar por ahí.*

*J.-Cuando empieza a cambiar el nivel de soltería en el personal del quipo, eso influye también.*

*GE001.-Si pues aproximadamente en el año 89 en el año, 88, 89 que empezaron a casarse las primeras compañeras, se iba a las bodas de las compañeras si, de nosotras si, me refiero a las enfermeras, no había hombres*

*enfermeros, el primero que llegó fue Javier Iruzubieta pero fue el primero que tuvimos y el único, los demás hemos seguido siendo mujeres. Residentes hemos tenido por cierto, desde muy pronto, empezamos a tener ya residentes de medicina de familia desde el año 87.*

*J.-¿Crees que eso condiciona a la medicina respecto de la enfermería?*

*GE001.-Creo que eso si que condicionó, por que los primeros años se vivía, como tenemos que ir, y de hecho condiciona todavía ahora, la relación es diferente. Yo creo además, al principio se hacia mas médico enfermera, incluso pa la sesiones clínicas y todo y después ya era mas el médico con su residente, nosotros ya...tenían chico o chica y eso ha condicionado.*

*J.-Seguiais haciendo la visita domiciliaria juntos o*

*GE001.-Si, si, si, a veces íbamos juntos médico, residente y enfermera, si ocupo un espacio importante y que*

*J.-El hecho de que no hubiese una enfermera especialista ha ocupado un espacio que..*

*GE001.-Si claro ha condicionado el hecho que no hubiese enfermeras especialistas porque bueno a nosotras nos veían como una mano de obra, éramos un poco para todo y nos veían bueno como una mano de obra sin especialidad, ellos tenían su especialidad y además lo llevaban a gala. Ahora ya la especialidad a nivel de trabajo, la hemos podido suplir con la experiencia, hay algunas cosa a la hora de relación que se nota, que se ve que, de hecho hay cosas que dicen: no, no esto háblalo con la enfermera que es la que sabe y de hecho muchos médicos de los que estamos trabajando dicen que esto háblalo con fulanita que es la que sabe, pero esto ha llevado años. Lo que pasa es que suponía suplir con años, el residente lo tenían ya ganado, ellos ya lo sabían, eran médicos y especialistas alguno y nosotras enfermeras sin especialidad, algunas con especialidades no reconocidas pero de primaria no. Todas hicimos el curso de Diplomado en Sanidad, todas, todas con contenido enfermero y eso nos costo mucho esfuerzo era de un curso completo que a las cuatro de la tarde y a fichar y fue por parte de la Consejería lo programó la Consejería*

*J.-El contenido de este seria importante*

*GE001.-Lo tendrán en la Consejería*

*GE001.-Lo hicimos en la Consejería con refrendo legal, publicado en el BOR, lo dio el Carlos III de Madrid y venían profesores de allí*

*J.-Esta claro que teníais un refrendo legal de formación aparte de las historias personales que habéis hecho*

*GE001.-Luego, como ya empezábamos en los programas que nos habíamos planteado eran de patologías crónicas, y se veía que los grupos era algo que podía venir bien, y claro la gente no estaba acostumbrada a trabajar con grupo de población me refiero. Y también nos tuvimos que formar como podíamos. Si haciendo formación como podíamos en tiempo libre como podíamos, incluso fuera de aquí Eso condicionado por la soltería, la*

*disponibilidad económica eso si que nos los pagábamos nosotros. Eso estaba totalmente condicionado, alguna vez algún laboratorio porque claro a los médicos les podían pagar lo que fuera. ¡El que a una enfermera le pagaran algo de cursos, aquello eraaaa!*

*J.-De cursos, no de una “mordida”*

*GE001.-Claro, era de cursos, el que te paguen un congreso en Madrid bueno eraaa algo extraordinario. eso se había visto muy poco. Nos pagaban la matricula cosas así y en alguna ocasión nos pagaron algún curso fuera. Maribel Robertson se lo curro bien.*

Otra informante nos amplía y refuerza el tema con un argumentario similar de la primera situación de crisis por la que se atraviesan en los primeros momentos de andadura del centro de salud Joaquín Elizalde, que era el centro tipo y modelo a seguir por los demás a medida que se iba expandiendo el modelo de Atención Primaria reformada.

*J.-Aquella dinámica que teníais al principio de hacer actividades para hacer el diagnóstico de salud de formación, trabajo con grupos*

*GE021.-Si aquella fase fue al principio, en esta fase ya nada, puede que se hiciera algún grupo de educación para la salud, EPOC, pero la recogida de datos para el diagnóstico de salud. Contactar con algún colegio fue al principio. Estábamos en la primera fase del ambulatorio (se refiere a la ubicación del centro de salud Joaquín Elizalde), yo creo que esto se hundió cuando nos trasladamos al centro nuevo, con las peleas personales al cambiar de ubicación. Al tener consulta propia vamos y entonces mi consulta de enfermería, con mayor o menor apoyo a la consulta médica, quiero decir al médico en consulta, la verdad es que yo mucho no daba, un ratito si, y luego mis domicilios, y a última hora ya sabes si había sesión o algo de docencia, o si algún día había alguna reunión.*

*J.- Hacíais sesiones de enfermería*

*GE021.-Mas que sesiones de enfermería lo que hacíamos eran casos clínicos, el típico que no sabes pa donde, tampoco no, de una manera superficial, pues oye.*

*J.-Consideras que en esos momentos ya esta infrautilizada la enfermera.*

*GE021.-Si, si porque además yo creo que estamos ya desencantadas, si porque puf no se, probablemente un desgaste con todas las guerras médicas que digo yo, con todas las guerras, que la gente se cansa, además de tener que ir a trabajar y además de trabajar reivindicar el trabajo. Entonces hay distintas posturas, hay gente que todavía sigue peleona y trata de arañar algo pero hay gente que se acomoda y yo pienso que ahí nos acomodamos mucho. Ten en cuenta que ahí nos pillaba a muchas con niños en edades que te absorben mucho, niños que se ponen malos niños que a lo mejor por la tarde necesitan mucha dedicación y entonces yo creo que nos acomodamos y entonces nuestras intereses van mas por otros lados. Vamos*

*a trabajar porque hay que ganar un sueldo y hay que. Yo siempre he tenido la sensibilidad esa de que no me pisen mucho el pie, ya te digo quizá por educación siempre nombro a mi padre pero es así, la dignidad por encima. Si bien, pero que no me humillen.*

Creo que puede ser enriquecedor el testimonio del siguiente informante pues el comentario se refiere a principios de los años 90 que le conceden un traslado mediante concurso de traslados nacional, desde otra región a La Rioja, y lo hace con una singularidad, que ahora ya no es posible, desde un centro de salud a otro centro de salud como única vía posible de acceso y compara la situación en ese momento de las enfermería entre las dos regiones

*J.-Vienes a La Rioja, ¿a donde vienes?*

*GE026.-Yo vengo a Sto. Domingo de la Calzada, lo que pasa que me bailan los años*

*J.- En el 89 Sto. Domingo no estaba constituido, 91-92 por ahí*

*GE026.-Cuatro años en APD, cuatro años en Valencia de Don Juan, en abril del 90*

*J.-Puede ser, porque el traslado no se reguló hasta el 90, 91 o 92, no lo tengo yo muy claro, claro el traslado era de AP a AP*

*GE026.- Sí, sí, fue un concurso que hubo a nivel nacional*

*J.- ¿Tú no te podías trasladar al hospital si hubieses querido?*

*GE026.-No, no, yo hubiera podido ir al Hospital pero no en traslado sino, bueno esto realmente fueron vacantes, por concurso abierto y permanente, pero yo tenía una plaza en AP y fue esa plaza a la que me trasladé*

*J.-Llegas aquí a La Rioja, cómo esta esto, cómo lo ves, qué diferencias, que coincidencias*

*GE026.-Ya estaban los equipos de AP, yo creo que era bastante uniforme, para mí eran similares, el equipo de AP de aquí al equipo de AP de allí, era muy similar, para entonces ya llevaba en funcionamiento unos cuantos años, supongo como cuatro años, como equipo sui géneris porque sí que hubo un tiempo el que era libre el integrarse o no integrarse por parte de los sanitarios locales en el equipo de AP, entonces, había algunos equipos en los que había pues prácticamente estaban todos integrados en el equipo y en otros no, hasta bien recientemente, cuando consintieron los dos modelos, uno de ellos a extinguir, todavía hay por ahí alguno, realmente donde yo vivo más intensamente este proceso fue en León, yo allí sí que tuve alguna responsabilidad, fui responsable de enfermería desde el principio y fue cuando se gestó la puesta en funcionamiento y bueno pues con la gerencia tuve bastante relación y sí que me tocó con el coordinador que era un pediatra pues poner en marcha aquel equipo, allí sí que tuve complicaciones pues personales y profesionales, aquí me encontré ya con ese terreno*

*J.- Cuando tú llegaste quién estaba en la dirección*

*GE026.- Cuando yo llegué aquí creo que estaba Iosu Sinosiain y en la dirección de enfermería no sé si estaba Gloria ya o Gloria estaba de subdirectora, había una chica que había tenido un accidente Maribel, luego quedó Concha Aúsejo y después Gloria*

*J.- Bueno, qué haces tú cuando llegas, cómo es tu trabajo, qué es ser enfermero en ese momento aquí, te choca, te reafirmas*

*GE026.- No encuentro mucha diferencia en el trabajo de la enfermería aquí al que yo venía realizando, yo creo que la enfermería no estaba asumida por los demás profesionales como se ha llegado a asumir posteriormente, había gente que pensaba que éramos pues eso, no sus ayudantes sino sus auxiliares, algo así, pero bueno yo aquí no tuve ningún problema por desarrollar mi profesión.*

A las implícitas dificultades que se producen al extender el modelo a toda La Rioja hay que añadir un problema importante que es la negativa de los profesionales de asumir la asistencia de la atención continuada. Se había creado el precedente de tener turnos de mañana, no trabajar los domingos y ocasionalmente por ser turnos rotatorios tampoco los sábados, algo muy valorado dentro del colectivo profesional femenino para poder conciliar la vida laboral y familiar. En el momento que se extiende el nuevo modelo asistencial a la totalidad del territorio de La Rioja, los gestores intentan implantar la atención continuada en cada centros de salud, para lo cual planifican dos modalidades de guardias, dependiendo si es Logroño, Arnedo o Calahorra que cuentan con servicio de urgencias y se hacen cargo de esta hasta las veintidós horas, y para el resto de la región que cubren la asistencia hasta las nueve horas del día siguiente, con lo cual se genera un importante conflicto laboral, que da al traste con gran parte de los logros históricos de calidad e ilusión conseguidos hasta ese momento, pues trasciende y repercute negativamente, entre otros, en la inicial ilusión y entrega del personal y sobre todo en la cartera de servicios vigente en esos momentos. Una vez más se evidencia que la condición de género ha sido determinante en la profesión enfermera pues se antepone a la familia a las cuestiones laborales. Años más tarde se recupera parcialmente la cartera de servicios con el incentivo económico que se da por la consecución de los objetivos evaluados anualmente a través de las normas técnicas mínimas que los equipos firman con la gerencia (**Anexo fotos 70**).

*J.-Cuándo te casas, tu y las demás*

*GE001.-Yo en el 90, estaba yo de responsable de enfermería, Maribel Robertson, se había ido a la dirección, fui responsable 6 ó 7 años*

*J.-Luego vino esa gran crisis de las guardias (**Anexo fotos 42**)*

*GE001.-Esa la viví yo sin coordinador médico la mitad del tiempo en el centro, llevaba prácticamente la coordinación del centro no legalmente pero*

*si realmente si en la práctica si. Yo creo que (no quiero vanagloriarme con el tema, que no se entienda en ese sentido). No fui mal aceptada, no fui mal aceptada con respecto de los compañeros médicos, hombre sabiendo que yo como legalmente no podía hacer ni decir ciertas cosas tenía que tener esa mano izquierda pero la verdad es que si le decía algo a alguien sobre un tema concreto (médico) de un tema de trabajo o de lo que sea pues...*

*J.-Insito en la vida personal pues..*

*GE001.-Si para mi ha sido crucial ya no cuando me case, porque estuve después sin hijos, pero en el momento que yo me quedo embarazada y tengo hijos, evidentemente mi dedicación a esto pues.. ha bajado un 90% de mi tiempo libre, de mi tiempo libre eh!. En el trabajo intento aprovechar el tiempo lo mejor que puedo pero en mi tiempo libre... Te condiciona mucho tienes que optar y bueno en aquel momento la prioridad de tus hijos también tienes que cuidar en casa.*

*J.-La condición de género fundamental Por parte de tu marido ocurre lo mismo (perdona se que es algo personal pero...)*

*GE001.-Bueno vamos a ver, Manolo podrá colaborar y digo colaborar en las cuestiones familiares. Pero como sabe que siempre estoy yo, el hace. El dice mañana me voy a Córdoba, yo para irme a Córdoba tendría que hacerme primero un organigrama general del estado de la cuestión de la familia. Y eso condiciona la profesión si, si, te condiciona estar al día profesionalmente, pues esto implica acostarte tarde entre la 1,30, 2 de la noche. Si yo quiero leer algo, mirar cualquier cosa tiene que se a partir de cuando acuestas a tus hijos porque el resto de tiempo estas con ellos bueno por lo menos esa es mi opción, porque cuido en el trabajo, pero también quiero cuidar a mis hijos porque me parece que son los más importante en este momento: No me serviría de nada a nivel personal cuidar muy bien fuera y no cuidar dentro para mi eso es muy importante. Probablemente, ocurre en el resto de enfermeras anteponeamos la familia eso es verdad y por el hecho de ser madres porque yo los compañeros médicos. Te digo porque las médicos mujeres las veo también en un plano parecido, fundamentalmente eso, madres. Porque hemos tenido algún caso de eso gente soltera pues que puede involucrarse al 100% tema trabajo y dedicar las horas que sea cuando sea y como sea. Sin embargo con los médicos varones, pues claro, en casa están como esta mi marido. Él hace invertirá el tiempo que sea, se meterá en las ochenta asociaciones correspondientes pero porque sabe que su casa la tiene resuelta. Y su hijos están bien cuidados y eso nos condiciona y de hecho a partir de que empezamos a tener hijos, si nos decían este curso..lo primero que preguntábamos era es por la mañana o por la tarde, si era por la tarde uh!, si coincide con horario laboral o no y a que horas, en un horario que puedes y tal pues si no. Y esa pregunta antes ni nos la hacíamos ¿que día?. Decíamos solo eso.*

Estos conflictos producen un efecto que conduce al trabajo individual se empieza un comportamiento de sálvese quien pueda y cada uno busca su acomodo individual, es la primera gran crisis que sufre la Atención Primaria y que además no satisfacen a nadie, momento donde las enfermeras comienzan a percibir cierta infravaloración por parte de los médicos que se traduce en conflictos incluso personales.

*J.-Considerabas que la relación con los médicos era de humillación.*

*GE021.-Depende de con quien te estuvieras, según con quien te tocara estabas mejor o peor. Yo tuve unos años que me sentía muy mal, muy mal, muy mal, por que me sentía ninguneada y en un momento determinado que tuve un problema por una interacción con un paciente que casi me pegó, rompí del todo con la médico con la que trabajaba porque no me respaldó e incluso yo fui a hacer una denuncia en inspección, no para nada sino para que me lo quitaran del cupo y entonces ella me dijo que no iba a declarar, que aunque ella había visto todo, ella no iba a declarar por que no, y entonces le dice que si no éramos compañeras, para eso no éramos compañeras, para nada y que no contara conmigo para nada, y que las recetas se las iba hacer ella y entonces ahí ya fue el deterioro total y entonces por ese motivo me tuve que ir a la Estrella, pues yo no podía vivir mas esa situación*

*J.-Entonces la influencia del médico era negativa*

*GE021.-En este caso si, había otra gente que era mas o menos*

*J.-Era por el espíritu común o por el espíritu individual del equipo.*

*GE021.-Era por el espíritu individual, el espíritu común se perdió cuando se inauguró el Elizalde nuevo, sin ninguna duda, sin ninguna duda, porque además entre ello si había también mucha pelea.*

*J.-Tu crees que si hubiera una claridad de objetivos se hubiera dado esa circunstancia.*

*GE021.-Probablemente, pero lo que ocurre es que la dirección en esos momentos estaba en otras historias, porque estaban abriendo centros, abriendo centros. Entonces los centros que llevaban algún tiempo se quedaron un poco a su bola. Entonces en aquel momento el coordinador los coordinadores de los centros pues hicieron tampoco tenían muy claro hacia donde tenían que ir y fue un poco sálvese quien pueda. No nos ha gustado nunca que nos pisaran pero tampoco teníamos muy claro hacia donde tirar. Que luego, que es eso, sinceramente pues es eso venías agotada de tu casa, que no habías dormido, tenías a las niñas malas, no habías dormido y lo que buscabas era veinte minutos para acercarte a tu casa para ver si tenías a la niña con cuarenta. Yo por ejemplo que mi hija mayor muy enfermiza porque ha sido muy enfermiza pues que quieres que te diga Jorge, pues que tenía la cabeza en otro sitio.*

Esta primera fase de implantación de los centros de salud, culmina con una pequeña crisis interna que se arrastra y reproduce casi miméticamente en los

demás cuando transcurre un tiempo después de su constitución. Los motivos son las disputas interestamentales y ciertos celos profesionales, que se producen cuando se crean y sobre todo cuando se comienzan a afianzar las consultas de enfermeras ya que se convierten en auténtico símbolo profesional de independencia enfermera. Esta situación se da además de por lo mencionado en capítulos anteriores como la liberación de la mujer, la transición democrática española, los deseos de cambiar y modernizar lo establecido, porque concurren tres circunstancias con las que se refuerza la imagen de la enfermera como profesión independiente:

1ª.-la creación de los espacios físicos donde la enfermera debe dejar su impronta y para ello trata de desembarazarse de las cargas que legalmente no le corresponden como es el caso de las recetas, bajas, partes de confirmación, lo que permite que pueda centrar su actividad laboral en las personas a las cuales cuida o debe de cuidar bajo los criterios y normas detraídas de su propio acerbo epistemológico y de la legislación que poco a poco se va trazando.

2ª.-la creación de la Dirección de Enfermería como símbolo que sustenta esa independencia desde el ámbito de la gestión. A las primeras aspirantes se les exige para su confirmación en el cargo (única vez en la comunidad autónoma) un programa de actuación con los correspondientes objetivos a conseguir desde la dirección de enfermería (**Anexo fotos 59**). Su propuesta consiste en que se realice una atención integral desde el ámbito de la prevención, la promoción y la rehabilitación de la salud, coordinando y manteniendo una relación directa con los responsables de los equipos promoviendo el trabajo multidisciplinar donde la enfermera tenga su papel y sentido como profesión independiente, armonizando a través de los programas de salud en cada zona básica,. También buscando la satisfacción de los profesionales y estimulando la formación e investigación continuada facilitándola intercomunicación a través de eventos científicos relacionados con el trabajo diario, sin olvidar la interrelación con el segundo nivel asistencial, sustentado desde el adecuado presupuesto económico de los equipos. Se fomenta con todo ello la creación de normas reguladoras tanto internas como externas que faciliten la participación de los profesionales y de la población a través del Consejo de Salud.

3ª.-la relacionada con el ámbito de la formación en sus cuatro dimensiones, formación de los alumnos de pregrado, formación de la población a su cargo, la autoformación, y la formación continuada institucional costeadas y planificadas desde el año 1990 por la comunidad

autónoma a través del la Consejería de Salud y el INSALUD (**Anexo fotos 75, 76**) (hasta el año que se reciben las transferencias posteriormente el Servicio Riojano de Salud SERIS) y a partir del año 2005 que se externaliza y corre a cargo de la fundación Riojasalud. También durante los primeros años en la mayoría de los centros de salud e incentivado tanto por la dirección enfermera como por el deseo de actualización de los profesionales, se planifican sesiones de formación (clínicas, revisiones bibliográficas, actualización y puesta al día de temas de interés común) preparadas e impartidas por las propias enfermeras, hasta que por inanición prácticamente desaparece por el desinterés tanto de los gestores como de los profesionales.

Las publicaciones sobre contenido científicos de AP siguen siendo muy escasas, es por ello que para facilitar la formación de los profesionales, desde la Subdirección General de Atención Primaria editan y distribuyen a todos los centros de salud del Estado una serie de guías que se convierten en el referente de consulta de todo el personal. En alguna de ella participan un grupo de las enfermeras del centro de Salud Joaquín Elizalde (**Anexo fotos 66,67,68, 69**). Este conjunto de circunstancias propician un escenario adecuado para que en los centros de salud se de una práctica profesional enfermera mas reflexiva (Mínguez, Siles; 2010), que la puede diferenciar de la que se proporciona en otros niveles asistenciales.

*GE001.-Si del Ministerio de Sanidad, por eso, lo que comentábamos, porque la tendencia política también fue muy importante en aquella época. Las personas que gestionaban todo eso editaron una serie de guías para formar al personal con vídeos que los visionábamos, no se donde estarán, entonces eran programa de formación de equipo de atención primaria consulta de enfermería.*

*J.-¿Año?*

*GE001.-Estábamos en el otro centro, pues tiene que ser alrededor del 88 eran desde el 84. Bueno pues este folleto era el anexo al vídeo en el que se nos proyectaba una consulta de enfermería*

*J.-Vosotras llegasteis a publicar un libro que tengo por casa*

*GE001.-Entonces bueno pues se veía el contenido del video metodología comunicación población organización metodología de consulta y la enfermera como parte de un equipo de atención primaria. Todo esto lo visionábamos en el video e intentábamos luego esas pautas de entrevista trasladarlo. En ese sentido ha habido mucho de autodidactas y nos hemos ido formando en la visita domiciliaria. Se hicieron dos videos de Visita Domiciliaria y Consulta de Enfermería, estas son del Ministerio. Después había cosas que veíamos por ahí de Carmen Cuesta.....Nos intentábamos*

*fotocopiar todo lo que podíamos y si una encontraba tal cosa pues lo poníamos en común En el 89 Perfil del coordinador médico, del responsable de enfermería de aquí de Logroño. No se que mas contarte de aquella época.*

Esta actividad formativa de las enfermeras surge y va dirigida exclusivamente al personal de los centros de salud, su intención no es otra que la de actualizarse en el nuevo rol. La situación produce cierto agravio comparativo con el segundo nivel asistencial y es por ello que en los últimos años de la década de los noventa (1997) hasta que se externaliza la formación en el año 2005, se inicia el proceso de unificación de las comisiones de formación continuada de Atención Primaria y del Hospital, con lo cual el programa formativo (**Anexo fotos 74**) deja de tener un perfil tan específico, y se amplía hacia otros mas generales y biotecnológicos. Este proceso de unificación lo relata la siguiente informante que a finales de la primera década del dos mil terminará siendo subdirectora de enfermería de AP.

*J.- Estamos en junio del 97, estás en docencia del hospital*

*GE022.-Bueno llevábamos la docencia de toda La Rioja, a mí me nombra Blanca María, me llama en junio un día y me dice tengo esto, he visto tu currículum, me dijo con todo el morro lo podías tener mejor*

*J.-Blanca Mari Fernández Pérez era la directora de enfermería (del hospital San Millán)*

*GE022.-Sí, puso toda la confianza en mí y ya empezamos ahí y tenía muchas cosas que hacer y yo tenía muchas cosas también que decir y las unidades de formación continuada se habían formado en el año 96 y estaban compuestas por un médico y una enfermera y llevábamos tanto especializada como primaria, llevábamos todo. Hasta entonces la docencia la había llevado la formación continuada la había llevado Consejería exclusivamente y a partir de ese momento la llevábamos conjuntamente entonces me dediqué a eso, el primero no tuve vacaciones, me dijo ella no puedes tener vacaciones te parece bien? Ahí vendí a la familia por eso, a partir de ahí si que la he vendido, creo que no he hecho bien pero bueno, entonces no tuve vacaciones para ponerme porque había un médico que era Angel Elena entonces que ya había sido nombrado en marzo. Salió la ley en el 96 pero hasta marzo del 97 no se constituyeron y Angel estaba como yo, nos cogimos los dos las vacaciones en noviembre unos días, alguno perdimos y nos pusimos a estudiar todo el verano, hasta entonces lo que se dice en formación continuada habían sido cursos internos como quien dice del hospital, todo se basaba muchísimo, la mayor parte se basaba en RCPS, había muchos cursos de estos, de salud laboral, protección de espalda y demás entonces nosotros nos dedicamos a hacer un programa y nos metimos en un despacho leyendo todo y tal hasta noviembre que sacamos el programa, entonces había que presentar programas de INSALUD. Te daban el dinero según el programa que*

*presentabas y todo eso y ese fue nuestro objetivo, hicimos todos los formatos de evaluación, todo, queríamos tener un programa de calidad, empezábamos con la calidad, bueno empezamos, habían empezado antes pero nosotros empezábamos y ahí fuimos*

*J.-¿Hasta...?*

*GE022.-Pues estuve como supervisora de área, bueno Blanca Mari hizo un grupo muy bueno y no es por darle, yo creo que como directora de esto es la que más ha sacado de enfermería, ella hizo un grupo de gente que era el poder de la enfermería, éramos un grupo de supervisoras que hacíamos los materiales del hospital, la formación, yo hacía hospital y primaria, los recursos humanos y los materiales y además de eso hizo un grupo de cuidados, con la metodología de cuidados y eso fue, a ese grupo de metodología de cuidados formación le apoyaba totalmente y calidad también, entonces formó un grupo de doce personas que llevábamos todo eso y todo éramos enfermeras y ahí es cuando yo empecé a ver el poder de la enfermería, estamos en el 97. Del 97 al 98 ella constituyó ese grupo y ahí vimos el poder que tiene la enfermería y la gente no lo sabe que tenemos un poder increíble si sabemos utilizarlo, trabajamos codo con codo, hicimos todos los protocolos que tenemos ahora, procedimientos de enfermería, yo claro, dediqué mucho tiempo, ahí si que como te digo vendí a la familia, estaba en todos los cursos porque era única que me dedicaba a ello entonces tenía que abrir salas, contratar, hacer todo y entonces todos los cursos me los aprendía, empecé a estudiar como loca aparte de los cursos que llevaba y conseguimos un grupo muy bueno, una metodología de cuidados, la adecuada, formamos a todo el mundo, hicimos cinco mil horas en formación, hicimos muchísimas cosas de metodología, todo eso se nos fue un poquito cuando se fue Blanca Mari y después nosotras continuamos, continuamos pero ya así como con Blanca Mari éramos un grupo, todos a una, estábamos muy unidos junto con todas las supervisoras de aquí, yo en formación así como entonces la primaria, entonces empecé a valorar la primaria muchísimo, aparte de lo que leía la primaria no estaba casi incluida en esos cursos de formación, aparte que como se hacían por la mañana pues muchos no hacían estos cursos y ahí es donde empezamos a meter la primaria en todo eso, empezamos, empezamos la formación, empezar a la gente a entrar, a hacer cursos, a hacer caso en las evaluaciones lo que decía primaria y ahí empecé a conocer la primaria y a gustarme la forma de trabajo de primaria que no quiero decir que ahora exista, sino lo que yo había estudiado, de una primaria de enfermería comunitaria, yo cuando veía vuestras reuniones me dabais una envidia, porque yo aquí no lo tenía en especializada, era una envidia insana, entonces cuando se fue ella la situación cambió un poco aunque teníamos el grupo y después ya la docencia se decidió que se iba a dar a Rioja Salud en la fundación, esto fue en el 2005, en febrero de 2005 sabíamos que en el 2006 iba a ser para la fundación*

*J.-Después de tener el programa hecho*

*GE022.- Yo lo dí, lo regalé, es más regalé el programa, regalé toda la información del mundo mundial al que esta ahora, ahora está Piluca pero entonces no estaba Piluca, en mayo del 2005 a la persona que había indicado la Consejería, que estaba yendo a Madrid que no sabíamos nosotros porque iba ni nada de esto pero esa persona me llamó y yo le dí todo*

*J.-¿Quién era esa persona?*

*GE022.-Garrido, José Luis Garrido, era un técnico de la Consejería, entonces no estaba Piluca ni nada, Piluca estaba de directora de enfermería*

*J.-Qué relación mantenías en ese momento con Marisa Rodríguez Moroy (Jefa de Servicio de Educación Sanitaria de La Consejería de Salud)*

*GE022.-Yo desde el 97 con ella trabajaba conjuntamente, Marisa estaba en educación para la promoción de la salud, pero ese departamento llevaba la docencia, llevaba lo que es el formato, el libretto docente donde ahí estábamos primaria y especializada conjuntamente, de primaria como responsable estaba José Miguel Acitores estaba Carmen Arceiz de gerente de primaria y de especializada estábamos primero Angel, luego Juan y yo, yo siempre desde el 97, entonces las reuniones para ver el programa que hacíamos, las evaluaciones cómo se hacían, todo esto lo hacíamos conjuntamente y la que lideraba, la que conjuntaba como quien dice todo eso era Marisa Rodríguez, ella estaba haciendo ahí un poco como de moderadora, salía el libretto y ella mandaba imprimir el libretto y tal pero quien ponía los cursos éramos los demás de la mesa J.-Estamos en el año.....*

*GE022.-Estamos en el año 2005, Blanca Mari no estaba, Piluca estaba de directora de enfermería, yo seguía estando de responsable de formación y docencia*

*J.-¿Era ya Piluca directora de la gerencia única? ¿Fue la primera directora de gerencia única?*

*GE022.-Sí y de gerente de gerencia única estaba Jesús Álvarez, entonces Jesús Alvarez tenía un objetivo era la gerencia única y la gestión por procesos, además de abrir el San Pedro, entonces hizo un grupo de tres personas para planificar todo eso, planificar lo que era el San Pedro y los procesos y en ese grupo de tres personas constaba, eran dos médicos una del 061 que era Villar, la jefa del servicio de medicina preventiva que era Cristina Belio y ella consideraba que tenía que haber una enfermera y esa enfermera tenía que ser yo, tenía que ser yo porque sabía de todo, de qué iban los procesos, sabía constituir procesos, había estado dando yo dando clases sobre procesos, habíamos hecho toda una serie de jornadas de gerencia única y también era yo la que había traído a la gente y había formado todos esos grupos y entonces entré a formar parte del grupo de planificación del Hospital San Pedro y Carpa (**Anexo fotos 28, 30**) junto con los procesos, a mí me dijo que tenía que seguir con la docencia hasta diciembre de ese año, entonces yo de mayo a diciembre estuve con todo llevándolo, bueno lo que*

*hice fue, lo que me dejó hacer en noviembre me dejó tener a cinco enfermeras de proceso, cinco supervisoras de área de proceso para hacer los procesos coordinación de AP y de Especializada y ahí volví a tener yo contacto total con la primaria*

*J.- Qué tuvo que ver con todo eso Mercedes Carreras (Directora de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de La Rioja)*

*GE022.- Yo lo llevaba muy mal con Mercedes, pero no te digo como persona, a mí Mercedes me puso todas las trabas y luego tuve que hacer su trabajo que dejó sin hacer claro, me puso muchas trabas porque yo creo que la que sabía de procesos la única que podía liderar todo eso era yo y ella quería liderarlo ella, cuando yo entré en esto como planificadora de grupo Mercedes ya estaba, ya la habían traído y estaba con el consejero de entonces que era Soto y estaba planificando lo que era el San Pedro, a ella la habían puesto y las unidades de gestión clínica, yo había participado en las unidades de gestión clínica como supervisora de área de docencia porque tenía que participar igual que en las comisiones de calidad de docencia y demás, entonces yo había estado en las unidades de gestión clínica y la había conocido, entonces ella se dedicó a eso, ella era la que coordinaba todo, tanto arquitectos como, todas las empresas que llevaban el Hospital San Pedro, entonces yo al empezar en junio en el grupo de planificación yo formé parte del grupo de equipamiento del San Pedro, iba llamando a toda la gente, lo que queríamos equipar en cuanto a tecnología y sí, allí se veía todo y entonces es cuando a la vez quisimos hacer los procesos, la gestión por procesos, ella decía que era la que más sabía de procesos, que a lo mejor sí, ella estaba en un grupo de calidad y yo era un ente en calidad bastante respetado, pero qué pasa que a mí al nombrarme Jesús dentro de ese grupo de planificación la responsable, las enfermeras de procesos dependían de mí pues yo traje gente a formar a ellos, pues gente del país vasco y tal que ella en ese momento no estaba de acuerdo, entonces al crearme yo mi independencia como quien dice, ella me declaró la guerra, pero después acabó bien, fue así, ella estuvo coordinando todo eso, con todas las gestoras que contrataban la consejería, tanto gestión clínica como a equipamiento como a formación, todo eso lo coordinaba ella porque dependía totalmente de Soto en la consejería y después estábamos nosotros como gente asistencial del propio hospital*

*J.-Se monta el Hospital*

*GE022.-Bueno, me nombran de ese grupo y a mí en noviembre, como yo era staf aún de docencia*

*J.-¿Qué año?*

*GE022.-En noviembre del 2005 me dan la subdirección de organización, bueno me preguntan qué nombre quieren que me den, como lo único que hago es organizar y dentro del organigrama había ese título, pues yo creo, había dos subdirectora de organización que quedaba y otro de materno infantil, aunque a mí materno infantil como puedes ver me seducía muchísimo, por*

*eficiencia la verdad yo lo que estaba haciendo era planificar, organizar, entonces era ese título el que tenía que tener y en noviembre me nombran, seguía llevando los procesos, hacíamos las reuniones, primaria especializada, dábamos las charlas Alicia y yo, tanto a los que formaban los grupos de los procesos de primaria como de especializada, hablábamos con los jefes de servicio, con los propietarios de cada proceso, las staf de procesos elaboraban el proceso, Alicia y yo nos poníamos los manguitos y reestructurábamos todo ello y así iniciamos el San Pedro y el Carpa posteriormente, entonces estuve así hasta que abrimos, bueno en noviembre estuve así, 2006 entero haciendo todo el equipamiento, en noviembre del 2006 decidieron que la representante del equipo directivo para abrir el San Pedro iba a ser yo y vine yo solita a este Hospital, aún en obras, me dieron unas botas y como me sabía los planos como el a, b, c, no te puedes imaginar lo que aprendí de planos, yo antes no sabía ni donde estaba el norte ni el sur pero con esto venía aquí y sin poner ningún nombre en ninguna puerta yo me ponía en medio del hospital y ya sabía donde estaba, miraba norte, sur, este y oeste y ya estaba, entonces estuve organizando los equipamientos y el traslado de San Millán a San Pedro hasta febrero del 2007 que abrimos San Pedro.*

La ilusión y la pasión que en esos primeros momentos muestran las enfermeras con la reforma sanitaria se ponen de manifiesto diariamente en la jornada laboral, pero es notorio que se carece de un tercer elemento que es “un método depurado de trabajo” donde los cuidados enfermeros se den de manera sistemática, unificada, coherente, científica y evaluable, lo que facilita y prolonga la histórica invisibilidad de las enfermeras, cuestión esencial a la hora de percibir y valorar el trabajo enfermero. Todo ello facilita a lo largo del tiempo el consiguiente desencanto que deriva en algunos casos en problemas de relación interpersonales e incluso personales que favorecen la mencionada primera crisis de la Atención Primaria.

Este es el caldo de cultivo en el que se produce el primer conflicto laboral después de incorporar en todo el territorio de la comunidad autónoma el nuevo modelo de Atención Primaria. Se asumen las veinticuatro horas de asistencia sanitaria de la población a su cargo de cada una de las zonas de salud, ello implica un aumento de la jornada más allá de las cuarenta horas que en un principio se estipulan de jornada laboral normal desde las nueve a diecisiete horas. Este horario se completa en turno rotatorio con la atención continuada desde las diecisiete hasta las nueve de la mañana del día siguiente que debe de continuar con su jornada laboral normal, a esto se le ha de añadir también turnos rotatorios para la asistencia del sábados, domingos y festivos. En

Logroño en un principio, (posteriormente se centralizan en tres puntos de la capital, en la actualidad en uno), las guardias de atención continuada se realizan desde las cinco de la tarde hasta las diez de la noche, a continuación y hasta las ocho de la mañana se hace cargo el servicio normal de urgencias de los antiguos ambulatorios ahora Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). La comunicación de domicilios para realizar el fin de semana se centraliza en el SUAP (**Anexo fotos 61,51**) En la misma situación se encuentran también las enfermeras y médicos de los centros de salud de Arnedo y Calahorra, y en el resto de la región se asume las veinticuatro horas de asistencia por parte del personal de los equipos pues carecen de SUAP.

En la capital estas nuevas condiciones laborales son consideradas como una agresión pues desde el comienzo de la reforma sanitaria disponen de SUAP y por tanto su jornada laboral finaliza a las diecisiete horas. Este agravamiento de las condiciones laborales, sobre todo en la capital, dificulta la compatibilidad de la vida laboral y familiar, y actúa como detonante del conflicto laboral generalizado que permanece varios meses y socava muchos de los valores y principios filosóficos de la reforma sanitaria como nos relatan los siguientes informantes.

*GE001.-Ahora esta todo mas matizado, y aquello fue en momentos de crisis en el trabajo. Bueno de aquella época guardo dos grandes crisis con dos miembros del equipo: una se ha tamizado, pero otra sigue sin dirigirme la palabra de aquella época que llegamos a temas mas personales. Pero fue una crisis total la que hubo en el centro **¡fue una crisis total!, el tema recetas fue un tema vamos que condiciona muchísimo.***

*J.-Crees que frustró el tema de intervención de la enfermera en la comunidad?.*

*GE001.-¿Frustrar? Pues yo creo que se esperaba, no se si la intervención de la enfermera en la comunidad pero creo que de nosotros se esperaba que fuéramos un equipo, vivíamos de manera utópica y cuando nosotros habíamos demostrado que no era falta de ganas de trabajo, que queríamos trabajar en otra cosa que no fuera hacer papeles. Llevamos muy mal que después de reunirnos explicarlo decirlo argumentar absolutamente todo que lo único que nos vieran nuestros compañeros era que escribíamos las recetas, y eso fue una...*

*J.-Eso generó la crisis cuando pasasteis aquí*

*GE001.-En el 90 si, teníamos más espacios pero siempre con falta de espacio*

*J.-Ya estaba yo aquí, fue el momento en que nos comenzamos a juntar los responsables de enfermería de los centros (en nuestras horas libres) para buscar una forma de trabajo común. Fuimos a ver al Director Provincial es la primera vez que se da el que se llegue a una reunión no para reivindicar sino para proponer una nueva forma de trabajo mejor.*

GE001.-Si, si, si.

Otra informante del centro de salud Gonzalo de Berceo nos da su versión mas global del conflicto y su repercusión en la marcha general de la reforma sanitaria, después de haber trabajado un tiempo como coordinadora de equipos de enfermería en la gerencia de Atención Primaria.

J.-Vuelves a la asistencia, al volver cómo la ves después de tener otra visión más global.

GE008.-Había mucho cambio, había pegado mucho cambio.

J.-Claro habían pasado los conflictos aquellos de las huelgas.

GE008.-Pero eso fue previo.

J.-Pero eso ha condicionado mucho no.

GE008.-Sí, aquello fue previo y lo de las huelgas de lo de la atención continuada, yo creo que hizo que muchos de los compañeros nos enfrentáramos personalmente.

J.-Crees que eso influyó en el desarrollo

GE008.-Sí, hizo que nos distanciáramos.

J.-Entre quienes, cuenta como fue aquello.

GE008.-A ver, de lo que me acuerdo, en aquella época, estábamos en el 94, en aquella época pretendían, no, que al final se hizo que se abrieran los cinco centros de salud que había en Logroño en aquella época y querían que se hiciera, empezaron haciendo guardias diurnas, pero todos sabíamos que el paso siguiente era hacer guardias nocturnas, toda la gente menos UGT, toda la gente que trabajaba en primaria queríamos que se abrieran un par de centros o tres y que se potenciara el servicio de urgencias, no se permitió o lo ordeno y mando con fecha de no me acuerdo cuando se empezó hacer las guardias, entonces en una población que en aquel momento podía haber en Logroño ciento cincuenta mil habitantes..

J.-Hacer guardia implicaba.

GE008.-Hacer guardia implicaba que entrabas a trabajar a las cinco de la tarde hasta las diez de la noche, el sábado hacías lo mismo y el domingo entrabas a las nueve y salíamos a las diez de la noche y el sábado entrábamos a las nueve y salíamos a las diez de la noche y entre semana entrábamos a la guardia a las cinco, porque hasta las cinco sobre el papel seguíamos estando de guardia los que trabajábamos por la mañana.

J.-O sea que estabas el horario de ocho a diez de la noche

GE008.-Eso es, con un intermedio que te ibas a casa a comer de dos horas o cosa así.

J.-Tú crees que eso disuadía a algunas enfermeras a venir a Atención Primaria como consecuencia de ..

GE008.-Entonces hubo mucho miedo porque se planteó el que íbamos hacer noches, entonces aquello yo creo que si que hizo que la gente se retrajera un poquito.

*J.-Ya se estaban haciendo prácticamente las noches.*

*GE008.-Bueno entonces se nos ordeno, vamos tuvo una serie de movidas, en aquella época, en mi época de vacaciones si que hubo y solo lo se de oídas, si que hubo algunas situaciones bastante conflictivas en la dirección provincial y bueno pues empezamos hacer guardias, luego se nos permitió que fueran voluntarias, se encerraron, al final se terminaron haciendo como se hacen ahora, con dos centros abiertos, es que estamos hablando de una población que en aquel momento podían ser de cien mil habitantes con cinco centros abiertos, a mí me parece una pasada y bueno pues si que hubo una época J.- Eso como influyó en la labor cotidiana de los centros, la cartera de servicios varió*

*GE008.-No, en este no, en el resto de los centros no te lo podría decir y el problema es que en La Rioja no ha habido unificación de criterios a la hora de, y eso vuelvo a entonar el mea culpa.*

*J.-A la hora de, termina la frase*

*GE008.-En Logroño se seguían unas directrices, en Arnedo se seguían otras, en Haro no se seguía ninguna, o sea éramos todos dueños, reinos de taifas, incluso en Logroño. En este centro de salud se hacía un protocolo y en otro centro de salud se hacía otro, o sea no había un criterio de unidad, había mas ganas de trabajar por parte de la gente que trabajaba, que realmente lo que había ordenes de seguir unas determinadas cosas, en fin como somos una empresa pública y si no trabajas no pasa nada y si trabajas peor para mí y yo creo que en aquella época hubo mucho, en este momento no lo se porque llevo diez años que no me he movido de aquí, pero en aquella época si que hubo mucha gente que vivió muy bien y otra gente que trabajó.*

*J.-Pero entonces como resumen crees que ha influido eso.*

*GE008.-Yo creo que no, pudo influir en aquel momento a nivel de relaciones personales, pero a nivel de trabajo yo creo que no, por lo menos en este centro no se noto que aquello hiciera que la gente trabajara mejor o trabajara peor, pues en algún momento podías llegar muy cabreada, muy cabreada y soltabas cuatro tacos, pero no continuaba en el tiempo.*

*J.-Las reuniones de tiempo que se hacían estaban condicionadas por eso , o por proyectos de trabajo.*

*GE008.-No, no, por eso, en aquella época todas las reuniones eran por eso.*

*J.-Por tanto en cierta manera si influyó, a eso me refería.*

*GE008.-Sí a la hora de las reuniones sí, pero tampoco, igual es un defecto, pero tampoco nunca me he planteado yo el trabajo contando las reuniones de equipo, han sido probablemente menos importantes desde mi punto de vista porque muchas veces lo único que hemos hecho ha sido perder el tiempo.*

*J.-Pero de las reuniones de equipo salieron todos los programas y protocolos que tú conocías y aquí se mantienen y sin embargo en otros sitios.*

*GE008.-Pero estoy hablando de los primeros años Jorge, estamos hablando de los primeros tiempos, ya no estamos hablando del año 94 ni del año 97 ni del 2007.*

Es en esta primera década desde la reforma de Atención Primaria en 1984, junto con los primeros años de la del 2000, son momentos que se pueden denominar “*los años de las luces de la enfermería comunitaria*” gracias al importante desarrollo legislativo que permiten un gran impulso a la profesión enfermera. Por el contrario, los años centrales de este periodo se convierten en un auténtico túnel inmovilista para la profesión a pesar de la ampliación de las normas legales de ámbito regional con las que se asumen los dictados de los organismos nacionales e internacionales. El inicio de este escaso impacto innovador de la cultura profesional coincide con el fin de ciclo de la expansión y asentamiento de los centros de salud en toda la región que culmina en el año 1996 con la puesta en marcha del centro de salud de la zona de Navarrete.

Entre tanto y coincidente con esas fechas se producen sucesivos cambios en la titularidad de la gerencia de AP, cesa Carmen Babace Isturiz y el director médico José Luis Torres consecuencia de los distintos conflictos del momento. Después de un pequeño vacío de poder son relevados por Iosu Senosiain Ibáñez que se acompaña de Jesús Ortega como director médico y como responsable de equipos de AP Jaime del Hoyo. En la dirección de enfermería como consecuencia de un accidente por se tiene que jubilar la hasta entonces directora Maribel Robertson, siempre acompañada por Rosario Castellanos (**Anexo fotos 18**). Tras su marcha es relevada en 1992 como responsable de enfermería de equipos de atención primaria por Concepción Ausejo a la postre directora de hecho, ya que la salud de su jefa la convierte en única protagonista y responsable para afrontar la dura carga de llevar a cabo el programa de dirección enfermera establecido desde los inicios de la reforma sanitaria (**Anexo foto 59**). Esta situación se ve agravada por la inexperiencia y desconocimiento en la gestión de la enfermería de Atención Primaria dada su procedencia laboral exclusivamente del ámbito hospitalario. Esto no será nuevo, en el año 1994 es nombrada nueva directora de enfermería de AP Gloria Llarria Rubio, que procede del mismo ámbito hospitalario, y con la cual se da por supuesto que se continua con el mismo ideario de gestión, pues a partir de ese momento a los sucesivas nuevas direcciones no se les exige programa o proyecto alguno de dirección para acceder al cargo. Este es un momento en el que se refuerza el peso médico en la gerencia a costa de disminuir el de la enfermería, como se refleja en el recién constituido Consejo de Gestión con órganos donde participan además de los componentes de la

gerencia (director gerente, médico, de enfermería y de gestión etc.) todos los coordinadores médicos de los centros de salud y que trascurrido un tiempo también permiten participar a algunos, que a no todos, las responsables de la coordinación de enfermería de los equipos. Este es el organismo donde se toman las decisiones sobre objetivos para el año, cartera de servicios, planes, propuesta y mejoras de gestión, como a continuación nos informa la siguiente enfermera.

*J.-Vas a la gerencia, tú qué conoces en ese momento de la enfermería de primaria*

*GE025.-Pues diríamos que prácticamente poco, entonces empiezo allí un poco mas a ver lo que es el tema, lo que pasa que en un principio llegué allí, nadie me...*

*J.-¿Era una administración socialista no?*

*GE025.-En aquel tiempo estaba Iosu*

*J.-Estuviste desde el 94 hasta...*

*GE025.-Pues hasta el 99-2000 porque me pasé en el 98 y aguantaría por lo menos año o año y medio, mi padre murió en el 2001, pues me iría en el 2000 porque en la enfermedad de mi padre me fui, al principio entré de responsable pero no había dirección.*

*J.-Explica un poco eso que ya no me acuerdo*

*GE025.-Al principio digamos que entré, bueno como los nombres van cambiando digamos que era la figura*

*J.-Quién estaba antes que tú*

*GE025.-Estaba la Maribel Robertson de baja, la Concha Ausejo de jefa que debía ser todo, subdirectora y directora. Llegué allí y no tuve mas que dos conversaciones con Iosu, una, no estoy de acuerdo con eso y otra, inauguramos el centro de Alberite (**Anexo fotos 1**) y fui de acompañante de figurín y todo eso es lo que me explicó y luego Iosu que todo era (.../...)*

*J.-Iosu era el gerente*

*GE025.- Sí, y claro yo llegué allí y me encontré.....*

*J.-Quién estaba de director médico*

*GE025.-Pues no me acuerdo si estaba ya Jesús o vino luego, no me acuerdo, yo estuve con Jesús, lo que no sé si vino después o estaba ya allí*

*J.-Llegas allí, está Concha, ¿Concha cuánto tiempo tarda en marchar?*

*GE025.- No se si estuvo un mes o dos meses pero no la vi, o sea en la gerencia yo con ella diciéndome este personal tenemos por lo menos, ni verla, Maribel Robertson iba algún ratillo a explicarme, me acuerdo que nada mas llegar me plantearon un problema gordo*

*J.-Espera, luego hablamos de ese problema, ¿cuando llegas te piden algún tipo de programa de dirección que les tienes que presentar?*

*GE025.-Iosu solo me pidió mi curriculum personal, yo se lo presenté, me dio la sensación de que se quedó un poco con los ojos a cuadros del curriculum que le dí, pero toda su obsesión era reducirme el número de enfermeras y*

*metérmelas hasta tal punto que a Dios gracias que, claro, a mí nadie me había dicho ni qué personal tenía en un sitio ni en otro, ni sabía de qué tipos eran, si era todo el personal igual, si era diferente y recuerdo que me quería quitar una plaza de enfermera porque decía que sobraba y precisamente gracias a Dios yo conocía a la enfermera de mi pueblo que era monja y me la contaba dos veces por la monja y por su nombre y no me la dio por eso*

*J.-Cuéntame un poco cómo era esa época*

*GE025.- Para mí fue súper traumático, porque llego, me empieza la Maribel Robertson, extraoficialmente porque al estar de baja tampoco podía hacer mucho, a explicarme un poco, ella me dijo donde iba archivando toda la legislación que había salido sobre eso*

*J.-¿Tú no conocías la legislación?*

*GE025.-Nada, ni cuantos centros había ni nada de nada, entonces gracias a Maribel, tengo que darle las gracias ella, se ve que llevaba bastante bien lo que era la parte administrativa y eso y tenía unos esquemas bastante buenos de cómo era cada centro de salud, qué cupos médicos cogía cada enfermera que llevaba en la zona rural, los centros urbanos, cómo estaban distribuidos*

*J.-Cuántos centros había podrías decírmelos*

*GE025.-En aquella época estaba el Elizalde, el Rodríguez Paterna, Labradores, Espartero y Gonzalo de Berceo en Logroño y en el resto los mismos que sigue habiendo, el Espartero estaba en Vara de Rey arriba y lo pasaron abajo y entonces yo entré al nuevo, pero me toco trasladar, vamos, se estuvo trasladando cosas en aquel instante, que yo estaba allí que en aquel momento todavía no me habían dado ni siquiera el nombramiento, porque al principio me dieron un mes o dos meses como enfermera adscrita a la dirección, o sea que no tenía ningún tipo de nombramiento...*

*J.-Cómo empiezas a funcionar*

*GE025.-Aquello fue terrorífico porque nada mas llegar, lo primero, me plantean un problema el servicio normal de urgencias y me hacen un plante que se van de vacaciones y me dejan sin personal, Maribel negocia un poco con ellos extra oficialmente y yo allí viendo, llega la Concha Ausejo, le explica Maribel y le dice la Concha que no esta de acuerdo, se da media vuelta y se va y ahí os quedáis con el problema, menos mal que yo creo que tengo dos dedos de frente y un par de ovarios cuando me cabrean que cogí aquella tarde me subí sola a la gerencia y gracias a que esta me había enseñado toda la legislación, empecé a buscar la legislación, empecé a leer, empecé a comprobar los turnos que habían hecho, cómo estaba organizado y dije, bueno, la ley permite, porque me subieron, esto sería agosto y había que dar vacaciones a todos y todo el mes cuando él quería, no había meses para darle esto, entonces cogí y dices la ley qué te dice, que quince días cuando ellos quieran, quince días la empresa, me lo organicé todo basándome en la ley, basándome en todo y dije o le damos mañana la carta en mano o ya esta solución tampoco existe, con lo cual, al día siguiente a las 8 de la mañana*

*esperando a la jurista a Corabel y le dije pasa esto, he estado mirando y creo que la única salida es esta, pero claro yo esto no lo puedo firmar, porque además yo no estaba ni siquiera como responsable de enfermería, esto lo tiene que hacer el gerente, esperamos a que llegara Yosú, nada más llegar, se lo comentamos, se quedó alucinado, rápidamente escribió la carta, la firmó y eso, luego sube el que era el cabecilla de todos los de urgencias, que además era conocido de mi padre, más cabrito aún y me dice "...a la Glory, qué bien nos has enganchedo ¿eh?". Pero claro yo hasta que me puse al día, solamente el personal que había, porque claro en la primaria estaban las enfermeras antiguas de consulta con una legislación, un horario y un sueldo, estaban los antiguos practicantes que no se habían querido integrar, de zona, que tenían su legislación, su horario, su forma de trabajar, había un maremagnum de personal que solamente para organizar a toda esa variedad de personal, porque no eran todos digamos enfermeros del nuevo modelo de AP, entonces todo ese personal es personal a extinguir y luego además allí estaban también las matronas, los fisios y hasta que te pones al día y ves cómo tienes que organizar el distinto tipo de persona... fue terrorífico, al final creo que...*

*J.-La gestión del personal fue lo más duro*

*GE025.-Para mí, muy, muy duro, hasta que claro ya una vez que tienes las cosas claras pues bueno y luego pues encontré gente muy buena y muy profesional dentro de los centros de salud que te ayudaban y te apoyaban y gente que no te apoyaba y luego en los consejos de dirección a nivel médico tuve.....*

La misma informante nos ilustra sobre algunas tensiones interestamentales que se dan cotidianamente tanto en la dirección como en los consejos de gestión consecuencia de las diferencias de criterio

*J.-¿Qué era eso del Consejo de Dirección?*

*GE025.-Hombre, pues cuando nos reuníamos tanto la dirección de enfermería como la dirección médica de los que estábamos allí en la gerencia y de cara a que intentábamos organizar entonces pues todo lo que eran los programas de salud que si hipertensión que si cuidados de enfermería y lo que es también a la hora de contabilizar lo que era una consulta concertada, una consulta de programa y todo esto, unos ciscos con los médicos, porque además no sabía, yo les decía pues explicarme porque yo no lo entiendo lo que me estáis diciendo y luego al final muchos se han dado cuenta de que sabía más de lo que hablaba que lo que ellos ....., lo que pasa que también a ellos les era muy duro aceptar.*

*J.-¿Había guerras intestinas en ese sentido?*

*GE025.-Yo lo que es la dirección pura y dura de lo que era pues el director médico o con dirección de enfermería no, muy bien, era más la parte técnica, el coordinador, con el administrador he conseguido hasta material que había*

*que comprar extra para facilitar el trabajo y no he tenido problemas con él en ese aspecto, pese a que ya sabes que hubo problemas y todo eso, pero yo con él lo que es a nivel de tener dinero para compraros recursos materiales, incluso de los que no se sacaban a concurso, que no te admitían en dirección porque yo le decía a él que para hacer una cura o una atención a una persona especial en un domicilio que necesitabais algo extra, me lo ha comprado, no he tenido ningún problema con él y con la jefa de personal cuando hablaba con ella de cosas de estas muy bien también. Mis mayores conflictos fueron con Jaime del Hoyo, estaba en la dirección de responsable de equipos, para mí fue la persona con la que peor, tuve unos enfrentamientos, tratándome poco menos que de tonta y de que no entendía y aquello era así porque él lo decía y sin embargo luego llegaba cuando decían que había poco personal para sustituir y a la hora de repartir yo bajaba al consejo de dirección y llevaba estudiando cómo repetir equitativamente por todos los centros, el presupuesto de cara a las sustituciones, valorando sobre todo los niños pequeños cuando hay que hacer muchas vacunas y demás, los ancianos, que requieren mucho cuidado en domicilio, centros donde ya había faltado enfermería todo el año aquel verano, no podías quitarle mucho más y después de poner todas las variables que yo creía que había que valorar por centro para hacerlos totalmente equitativos, les decía si valoráis algún parámetro que yo me he podido dejar decírmelo y se mete.*

*J.-Tú te centrabas fundamentalmente en la gestión de ese personal, considerabas desde el principio que era lo mas.....*

*GE025.-Es que en aquellos tiempos había falta de personal, siempre hablaban de que no había dinero, entonces lógicamente yo tenía que gestionar bien todo ese personal para que estuviese la gente en los centros el trabajo que pudiese hacer y no con un ahogo que no puedas hacer el trabajo, porque si no tienes ni material ni personal para hacer tu trabajo, ni vas a hacer programas ni vas a hacer nada.*

Una vez implantada la cobertura sanitaria con centros de salud en todo el territorio de La Rioja, el gran objetivo a alcanzar es el desarrollo de la nueva mecánica de funcionamiento e intervención de los equipos que viene lastrada por los discretos conflictos entre profesionales y que se repiten miméticamente en la gran mayoría de los centros. La estrategia a desarrollar son las nuevas formas de gestión donde se intenta co-responsabilizar a los propios profesionales de los centros de salud, de ahí que se potencie un sistema de incentivos sustentado en el desarrollo y cumplimiento de la cartera de servicios, las normas técnicas mínimas y su evaluación anual hasta que finalizan en el año 2004 (**Anexo fotos 74**). En un principio estas funciones de peritaje corren a cargo de los propios profesionales del equipo, posteriormente son asumidos por grupos de trabajo independientes creados para ello y de

cuyos resultados se desprenden incentivos económicos importantes para los profesionales que actúan como aliciente facilitador del desarrollo de los programas de salud. Esta estrategia de trabajo por programas de salud, se la considera como la forma correcta de trabajar en un equipo de atención primaria a pesar de los efectos perversos por ensalzar en exceso las técnicas y procedimientos derivados del método epidemiológico olvidándose muchas veces de la cultura y el contexto social que genera burocracia innecesaria (Del Pino.R, Frías.A, Palomino.P, Martínez Riera. JR;2006).

*J.- El objetivo principal del centro de salud o del trabajo del centro de salud ¿cual era?*

*GE024.-Bueno tú sabes que en ese momento los consultorios yo creo que estaban mucho más aislados, no los consultorios por distancia me refiero, hacíamos unas reuniones de equipo donde tanto médicos como enfermeras se hablaban cosas incluso se exponían casos, a nivel profesional a mí me enriquecía el trabajar en equipo aparte que tenía mucho más aparataje que el que yo tenía en mi consultorio, podía hacerle una serie de técnicas y actividades a las personas que de otra forma no y a nivel de los usuarios también, de desplazarse ellos a Logroño a poder hacerles tanto una extracción como un electro como una espirometría en su zona básica era mucho más cómodo, desde mi punto de vista los usuarios mejoraban con la creación del centro de salud y los equipos también*

*J.-¿ Tú recuerdas cuando se empezó a hablar de la cartera de servicios?*

*GE024.-No, no lo recuerdo, a ver, yo en el 2003 ya formé parte de la comisión de evaluación con lo cual ya se estaba evaluando en el 2003, yo no sé si me atrevería a decirte que en el año 99, 2000*

*J.-Ya que tú perteneciste a esa..... ¿quién componía?*

*GE024.-Yo me incorporé en el año 2003 a la gerencia de atención primaria pero el 2001 y el 2002 ya formé parte de la comisión de evaluación de cartera de servicios, estando en mi consultorio ya me llamaban para hacer la evaluación de la cartera de servicios*

*J.-¿Quién la componía?*

*GE024.-Pues estaba **compuesta** de dos enfermeras, dos médicos y un representante de la gerencia de AP que generalmente era el coordinador de equipos que era médico*

*J.-¿En la elección había algún tipo de criterio?*

*GE024.-¿Para elegir a los miembros de la comisión? yo creo que no, que no había un criterio establecido, sino que era la gente que estaba más involucrada quizás elegían por eso, que yo sepa no había un criterio definido*

Una de las directoras de enfermería de AP de los años noventa nos confirma la existencia y composición de la comisión de evaluación de la cartera de servicios

*J.- En esa época ya se evaluaba la cartera de servicios, ¿cómo se evaluaba?*

*GE025.- La verdad es que yo en la evaluación no participé mucho porque iban a hacerla los técnicos con gente que se nombraba*

*J.- ¿Había enfermeras dentro de ese grupo?*

*GE025.- Sí, en los equipos iban enfermeras, en el equipo de evaluación iban los técnicos de la gerencia con médicos y enfermeras que se nombraban de algún centro de salud y luego en aquella época yo intenté que hubiese mucha comunicación hospitalaria primaria, porque yo detecté que era horrible, no había nada de comunicación, yo entiendo que si un enfermero quiere cuidar bien a un paciente tiene que haber comunicación, lo mismo que un médico manda un informe al médico de primaria o si el médico de primaria manda a un enfermo al hospital, lo manda con un pequeño informe de lo que tiene el paciente pues yo creía que en enfermería teníamos que tener esa intercomunicación*

El siguiente informante antiguo gestor además de ejercer como enfermero de AP desde el comienzo de la reforma sanitaria, nos confirma el comportamiento diferente en las enfermeras de AP respecto de las de los antiguos ambulatorios o las de los hospitales. Así mismo nos indica que la conducta profesional se ve influida por la política de personal de los últimos años ya que de ser una actividad exclusiva de un grupo de enfermeras que acceden casi exclusivamente a los equipos de salud con una especificidad para gestionar los cuidados enfermeros de acuerdo al artículo 58 bis del personal sanitario no facultativo de la seguridad social (INSALUD; 1984,1989) y confirmado por la circular del INSALUD 5/90, pasa a tener una acepción de enfermera generalista con una única vía común de acceso a todo el Servicio Nacional de Salud (SNS). Se permite el traslado entre niveles asistenciales regulado exclusivamente por la antigüedad en el servicio de salud, aunque prevalece la marcha del hospital hacia la AP. Este efecto se ve favorecido por los mencionados “fantasmas del colectivo profesional” el trabajo a turnos en los hospitales, la penosa e injusta regulación de descansos y vacaciones, el insuficiente reconocimiento por parte de los propios compañeros, de los médicos, la población o la administración, a pesar de que en AP existan jornadas de guardias de 24 horas. Que como bien se indica en algunos estudios, esto pueden ser algunos de los síntomas del síndrome de quemarse en el trabajo que se produce entre los profesionales de una unidad organizacional o de toda una organización (Gil-Monte Pedro. R, Peiró. José M<sup>a</sup>;1999). Estas condiciones profesionales tratan de mitigarse en los centros de salud de AP, por ser un trabajo mas independiente y creativo, con descansos mas sistematizados que permiten conciliar la vida personal y familiar, a pesar de que “la Enfermería ha estado influida por las consideraciones de género al ser un actividad eminentemente

femenina” (Burguete, Martínez, Martín;2010) aunque esta profesión, cada vez se siente menos condicionada por las cuestiones de género como bien nos indica el siguiente informante.

*J.-¿ Consideras en general desde la dirección y desde tu postura asistencial que hay un comportamiento diferente de las enfermeras de los equipos de AP diferente a las del Hospital, diferente a las de Ambulatorio?*

*GE026.-Sí, si, yo creo que son comportamientos distintos y siguen siéndolo de alguna manera, esa reivindicación de que haya una línea de continuidad en los cuidados, eso es algo teórico que nunca realmente o muy pocas veces he visto plasmada, que ahora tenemos herramientas informáticas que nos lo permiten, pero no se utilizan o no se quieren utilizar o no se permite que se utilicen*

*J.- Tú ves a las enfermeras de los equipos de AP con una identidad propia, me refiero a eso..*

*GE026.-Sí, yo creo que sí, sí aunque se pretende diluir y yo creo que ha habido una política de personal pues que la ha propiciado, no sé si acertada o desacertada, yo creo que cuando nos metieron en el mismo saco por así decirlo a todos los efectos en cuestión de personal, de movilidad y de acceder a los puestos de trabajo con especializada ahí realmente la AP perdió*

*J.- Eso ha influido negativamente*

*GE026.-Sí, en muchos aspectos, la política personal es muy importante a la hora de gestionar recursos, tú sabes quién se puede ir a los equipos de AP si quieren, pues, puede irse quien tiene más antigüedad, nadie que termine ahora enfermería puede optar fácilmente a una plaza de AP*

*J.-Tú te sientes discriminado puesto que asumiste, tú entraste con una oposición a un equipo de AP, no podías acceder a un hospital desde esa oposición, te sientes “discriminado” con respecto...*

*GE026.- Sí, yo soy un enfermero de AP y siempre lo he sido y creo que nos metieron en el mismo saco indebidamente, quizá no sé si por motivos de planificación o porque a los sindicatos en un momento determinado no tuvieron poder de decisión, les interesó, el mayor volumen de afiliados era, quien tenía realmente el peso era especializada, entonces pues ahí hubo unos intereses que se jugaron y alguien permitió que se jugaran y eso se permitió sí, desacertadamente yo creo eh, yo creo que la enfermería de AP tiene su propio recorrido, su propio camino y su propia razón de ser*

*J.- Hay una identidad enfermera de AP*

*GE026.-No sé si la hay pero yo siempre la reivindicué*

*J.- Aquí viene el examen. Tú crees que el médico influyó positiva o negativamente, tú crees que la condición de género influyó positiva o negativamente en el desarrollo enfermero de AP, la condición de género, de que sean mujeres, los hombres estamos en franca minoría, ¿que te parece?*

*GE026.- Curiosamente, como hay muchas doctoras, como hay muchas médicos*

*J.-Ya se que ahora se ha feminizado la medicina también, pero mirando un poco desde el inicio cuando tenías que dar codazos para saber donde estabas y cual era tu espacio*

*GE026.-En mi caso también hubo practicantes de siempre, no, tampoco creo que hubo visión condicionante en ese aspecto*

*J.-¿Y en general?*

*GE026.-Bueno a lo mejor en general sí, a lo mejor sería la enfermera como esa chica que me hace las recetas o que me ayuda en esto y lo otro, sin tener un campo profesional propio*

*J.-Yo sé que tu pareja ahora es médico, eso hace que tú pierdas, entre comillas, el respeto al médico, ¿te ayuda eso?*

*GE026.-No, no, mira yo considero que mi trabajo siempre ha sido valorado, mis expectativas en ese aspecto yo creo que se han visto cumplidas, pero no porque mi pareja sea médico sino con los distintos compañeros excepto alguna salvedad que antes te comentaba, yo en mi trabajo como enfermero me considero altamente valorado, salvo alguna excepción personal, pero en general sí, siempre ha sido así, no sé por qué razón, nunca he tenido especiales problemas de tener que estar permanentemente reivindicando mi sitio, mi espacio y demás.*

*J.-¿Tú crees que la condición de ser hombre te ayudó?*

*GE026.-Probablemente si, fíjate, a lo mejor es una apreciación subjetiva pero probablemente sí*

*J.-Estoy convencido de ello, es una cosa que yo también experimenté personalmente, otra cosa importante, tú crees que la enfermera está invisibilizada, perdón, antes de que me contestes eso, el médico influye negativa positiva, cómo influía cuando tú llegaste a Valencia de Don Juan y ¿cómo influye ahora mismo?*

*GE026.-Pues yo creo que los profesionales bien formados y los profesionales inteligentes en general valoran el trabajo de la enfermera, los profesionales médicos, incluso algunos dicen que tendríamos que tener incluso más competencia, dice y ahora que van a ser cuatro años, tú dime a ver si en cuatro años no se pueden aprender más cosas que las que estáis luego haciendo y digo pues sí, seguramente*

*J.-Eso depende un poco del profesional, pero ¿históricamente influyó negativa o positivamente?*

*GE026.-Pues históricamente, no lo sé, yo es que he conocido dinámica de muchos equipos y aquí en La Rioja yo creo que la enfermería allí donde ha demostrado que tiene realmente sus competencias propias y allá donde se ha desarrollado como tal al final yo creo que ha sido valorada, en general*

*J.- Por los médicos me estás diciendo*

*GE026.-Sí*

*J.-¿Por la población?*

*GE026.-Y por la población también, lo que ocurre es que, dentro de las competencias tú puedes asumirlas o no asumirlas, en la medida que las asumas y las pongas en valor se te reconocen, si no, yo creo que la enfermería ha tenido que realmente reivindicarse y trabajar para ello, no le ha venido regalado nada, allí donde se ha instaurado la dinámica del trabajo de enfermero y de hacer realmente una consulta de enfermería yo creo que ha sido valorada al final. Al principio puede haber recelos pero al final yo creo que nos debemos pues a la sociedad y no es una cuestión de reivindicarte, es tu práctica diaria la que al final hace que te valoren, teniendo las mismas competencias en un mismo centro hay profesionales en los que, no es que se trabaje y vea su sitio sino que realmente la gente les termina valorando por su trabajo*

*J.-¿Y eso no tiene condición de género?*

*GE026.-No, yo creo que no, yo creo que en este equipo nuestro pues hay enfermeras, enfermero solamente estoy yo, pero ha habido mas enfermeros y dentro de mis compañeros hay excelentes profesionales de la enfermería y asumen más que otros y en la medida que unos asumen más que otros pues a lo mejor también se les reconoce más.*

También es interesante la opinión sobre los principios teóricos que sustentan la actividad de los gestores, y si estos facilitan o dificultan la gestión del cuidado enfermero. Una vez sondeado este tema se desprende y de manera sintética se podría deducir que no existe una política global de gestión del cuidado enfermero.

*J.-La dirección tú crees que ayuda, tú que estuviste en la dirección, a que esas dificultades sean menores*

*GE026.-Yo traté, no sé si conseguí algo o no en esta cuestión*

*J.-No, pero yo pido tu visión desde allí y desde aquí, no fulanito si ayuda, sino la dirección puede ayudar*

*GE026.-Puede ayudar, claro que puede ayudar, pero no como una simple gestión de personal, que es lo que a veces se hace sino ir un poquito más allá que eso sí que es necesario hacer, pero alo mejor eso lo tiene que hacer alguien que no necesariamente tiene por qué ser una enfermera, la dirección de enfermería debería propiciar pues trabajo enfermero más que los partes de baja y de alta o del sustituto*

*J.-¿Eso es lo que tú aprendes después de estar en la dirección?*

*GE026.-No, yo lo tengo claro en la dirección, lo que pasa es que yo tengo que cumplir también con eso, tienes que hacer tratar de, pues bueno tienes que llevar el día a día de la cuestión de personal porque sí que es tu competencia, pero bueno teniendo en cuenta también que tienes que propiciar el trabajo enfermero*

*J.-¿Tú crees que la enfermería trabaja con la evidencia suficiente o con evidencia enfermera?*

GE026.-No, con la suficiente yo creo que no, yo creo que muchas veces se actúa por rutina, la investigación es muy puntual, no hay programas de investigación instaurados en los equipos, ni creo que se prime al enfermero investigador ni haya por parte de la dirección pues un interés en que esto sea así, no creo que sea propicio

J.-No se propicia dices, la dirección no propicia, no facilita

GE026.- No

J.- Bueno no sé si tengo más que preguntarte, tú crees que los gestores en general favorecen o dificultan la práctica enfermera y ahí estoy hablando de los gerentes, de los directores médicos, del consejero de salud, del director general

GE026.-Yo es que no sé si realmente hay una política de trabajo enfermero, yo no creo que haya realmente una política en ese sentido, no lo creo, la desconozco

En este sentido, también nos interesas la opinión sobre la situación o efecto que los principios teóricos que sustentan la AP siguen vigentes o en que grado influyen sobre la actividad gestora actualmente.

J.-Tú crees que se trabaja de acuerdo a aquellos principios, que ahora mismo trabajábamos conforme a los supuestos teóricos de allá por el año 86-88-89-90

GE026.-No, probablemente no, todo eso se ha ido diluyendo y ahora mi propia realidad está en mi propia consulta, es lo que yo quiera poner, no hay una política en ese sentido, yo por lo menos la desconozco

J.-¿Crees que la opción de poder seguir y subsistir de la enfermería está en eso, en la política personal que cada uno tenga en su propia consulta?

GE026.- Yo en este momento, sí. Además yo creo que, a lo mejor es porque yo estoy demasiado desconectado, en el sentido de que bueno, mis inquietudes profesionales siguen pero quizá con la guerra un poco por mi cuenta, en el sentido de que bueno, ahora hay herramientas que te permiten independizarte en muchas cosas y a lo mejor he dejado pues otros foros y no estoy demasiado implicado en este momento en temas profesionales, simplemente pues bueno, irme actualizando pues por la propia actividad que yo tengo, pero sin más, por mis propios medios y sin más. Hoy tienes herramientas al alcance instantáneas muy potentes pues para muchas cosas, cualquiera que quiera hacerlo es cuestión de voluntad, si tú quieres elaborar un plan de cuidados, prácticamente aunque desconozcas el tema si quieres enseguida te pones y lo haces, con el bagaje que ya tienes y con algunas herramientas que te facilitan el asunto, que creo que eso debería estar más organizado por la propia dirección y por los programas que nos incrementan, que eso debería facilitararlo

J.-¿Tú conoces a la directora?

GE026.-Sí la conozco

*J.-Me refiero, si se prodiga por los centros*

*GE026.-Yo creo que aquí ha venido alguna vez cuando inauguraron el centro, últimamente hemos tenido una reunión, pero por un tema así de personal, una cuestión de guardias*

*J.-Seguimos por cuestiones de personal, no por cuestiones de proyecto de dirección*

*GE026.-Yo por lo menos desconozco que haya un proyecto de dirección.*

Los programas y sub-programas de salud son documentos de consenso elaborados por los propios profesionales de los equipos, posteriormente supervisados y difundidos por los técnicos de salud de la propia gerencia de AP y las sociedades científicas del ámbito, (**Anexo fotos 66,67,68**), donde se coordinan las diferentes actividades de los distintos profesionales a la hora de actuar con un problema concreto de salud. Habitualmente están dirigidos a intervención sobre enfermedades crónicas mas frecuentes, como es la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, hiperlipemias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, revisión del niño sano, visita domiciliaria, etc...Estos protocolos a pesar de estar elaborados por equipos multidisciplinares conservan gran influencia del modelo médico hegemónico, y ellos los planes de cuidados carecen del desarrollo adecuado. Esta circunstancia es determinante en el proceso asistencial posterior, ya que la protocolización de las enfermedades crónicas, facilita que se “cronifique” la actividad recuperadora y pasen a un segundo plano los determinantes y constructos sociales de la enfermedad. Los exámenes sobre nuevas prevalencias y las estrategias que las evite y se deslizan hacia un modelo asistencial puramente biologicista y medicalizado que poco a poco permite su consolidación. Definitivamente se postergan las intervenciones comunitarias al igual que los análisis de tipo socio-sanitario, y se olvidan los diagnósticos de salud de cada zona como indicaba la legislación que regula la participación ciudadana en salud, prueba de ello, es que hasta el 5 mayo de 2006 no se desarrollan plenamente la constitución de los consejos de salud en todas las zonas de La Rioja, aunque están perfectamente regulados desde el año 1990 como explícitamente indica la norma legal “*En aquellas Zonas Básicas de Salud que se haya constituido el Equipo de Atención Primaria, el Consejo de Salud de Zona se constituirá en el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor del presente Decreto*”. (Decreto 83/1990 de 13 de septiembre).

*J.-Antes de llegar ahí, cuéntame una jornada normal del equipo, cómo os fuisteis haciendo con los diferentes programas que había, los protocolos...*

*G024.-Si, si, teníamos todos los programas, todos los protocolos, nos los fueron dando del INSALUD, básicamente hacíamos dos programas o tres creo recordar, diabetes, hipertensión, EPOC y no sé si me dejo alguno, no se si teníamos también de la obesidad, creo que trabajábamos con él, no que los*

*tuviésemos sino que los trabajábamos, bueno, nos estudiamos los protocolos que para mí eran totalmente desconocidos porque no había estado en primaria*

*J.- ¿Hasta entonces no habías manejado?*

*GE024.-Yo había manejado a nivel personal porque yo me había buscado información de lo que eran los diferentes programas y protocolos que había pero no los había puesto en práctica*

*J.-Metodología enfermera, salvo lo que se desprendía de los programas había o manejabais algún tipo...*

*GE024.-No, salvo lo que se desprendía del programa, no, no se trabajaba nada más, entonces cómo organizábamos nuestro trabajo, pues mira teníamos extracciones que todavía en mi consultorio no había con lo cual se hacían en el centro de salud de Navarrete, el día que tenía extracciones iba a las 8 de la mañana estaba con el resto de compañeras del equipo que eso lo agradecía mucho trabajar con ellas, hacíamos las extracciones y luego nos íbamos cada una a nuestros consultorios correspondientes, había otros días que había tareas comunes como era una espirometría, llamábamos tareas comunes porque solo teníamos un espirómetro en toda la zona básica entonces tenían que ir los pacientes allí y bueno yo creo que no tuvimos demasiados problemas con la incorporación, al menos lo que yo recuerdo.*

Antes de iniciar el proceso de unificación de la gestión con especializada, el último director de enfermería de AP cuenta su experiencia en el proceso de su selección. Al igual que su antecesora nos confirma que para acceder al cargo no se exige ningún tipo de proyecto dirección. Su experiencia en gestión era nula, aunque ve allanado su camino por la visión longitudinal de la reforma sanitaria como consecuencia de haber desarrollado toda su vida laboral en el ámbito de la AP entre otros del centro de salud de Santo Domingo de La Calzada (**Anexo fotos 24**).

*J.- Bueno, llegas a la dirección, ¿cómo llegaste a la dirección?*

*GE026.- Bueno a mí es que un día me llaman por teléfono y me proponen este tema, yo para nada, ni sabía cómo funcionaba una dirección de AP, bueno en teoría sabía qué cometidos tenía y demás, pero vamos, mi lejanía hasta entonces, yo había sido responsable de enfermería pero mas allá de cuatro reuniones pues tampoco mas.*

*J.- En los Consejos de Dirección tú participabas, ¿fuiste responsable de enfermería aquí?*

*GE026.-Aquí*

*J.- Asistías a los Consejos de Dirección o ¿convocaban en ese momento a enfermeras?*

*GE026.- No, no, entonces no convocaban, cuando empezaron a convocar enfermeras estando yo ya en la dirección, conseguí que fuesen cuatro, así*

como para empezar, entonces no había, iban los coordinadores médicos, iba la directora de enfermería pero nada más.

A mi me proponen, me llaman un día y me dicen oye que quiero hablar contigo, Margarita quiere hablar contigo y Carmen Arceiz que era antes la directora, pensaba que debía de haber un cambio en la dirección de enfermería y que habían pensado entrevistarse conmigo para y bueno entonces dije que no, les dije que no y pasados dos días pues me lo pensé, hice una llamada, digo, ¿sigue en pie la oferta? Y me dijeron que sí y bueno pues ahí me lancé, yo había sido responsable de enfermería pero no tenía experiencias en gestión ni nada

**J.- Te pidieron algún tipo de programa de dirección**

**GE026.- No, no, me dijeron vienes a hablar y tal** y bueno pues me dijeron que.....un curso de enfermería y me lo vendieron así y bueno pues acepté embarcarme en esa historia y sin más

**J.-¿Qué año fue?**

**GE026.-**Ya te digo que yo para las fechas, no tengo un orden, mi vida es un continuo, no ando guardando las fechas tan así. Se que va a hacer seis años que me vine y estuve prácticamente seis o sea que va a hacer doce años ahora, o sea que fue en el 99 puede ser, fueron casi seis años, tardaron en hacerme el nombramiento no sé porqué extraña razón, porque la antigua directora continuó con el nombramiento aún sin estar un tiempo, ni me preocupé de la fecha pero yo ya realmente llevaba allí mas de un mes.

**J.-Pero cómo fue ese aterrizaje allí, ¿qué te planteaste?**

**GE026.-**Mira, yo llegué allí y me encontré un despachito en la gerencia con un armario lleno de carpetas de estos libros de A-Z , cada uno por una zona de salud, con temas que había pendientes, con una hoja donde estaban apuntadas las enfermeras, no había ni un solo fichero informático propio y yo me encontré realmente... pues me fui en mayo-junio y me encontré en el despacho con dieciséis carpetas de partes de vacaciones y un teléfono y fue una experiencia, después de pasadas todas son buenas, pero realmente yo no sabía donde estaba Arnedo, yo no era riojano y bueno, había vivido aquí, confundía Alfaro con Arnedo en mi cabeza. Lo primero que hice realmente donde está cada sitio, qué profesionales corresponden a cada sitio y mi prioridad fue empezar a conocer a los responsables de enfermería, aunque al principio fue por teléfono y luego voy a reuniones y nos conocimos, ya algunos nos conocíamos cuando estuve de responsable de enfermería pero bueno profundizar más en la cotidianidad de cada centro era vital y tener un sistema de información que me permitiera unos mínimos de inmediatez para poder funcionar porque claro si tú vas a un armario donde hay 16 carpetas y en algunas de ellas tienes algún problema para entender la letra de quien la ha escrito, pues en fin, mal vamos, entonces yo lo primero que me propuse fue realmente modernizar desde ese punto de vista

**J.- Tú llegaste y estabas solo?**

*GE026.- Solo, no había responsable de enfermería.*

El mismo informante muestra su visión sobre el proceso de transformación del proceder enfermero que en Rioja se da de forma y con ritmos diferentes según las zonas de salud. Las enfermeras van ocupando su espacio dentro del equipo, al igual que ocurre en la propia dirección, lugar donde esta figura también se tiene que reivindicar.

*J.- Tú ves diferentes formas de trabajo enfermero en ese momento respecto de antes.*

*GE026.-Sí, sí, hay equipos que parece que hay una visión distinta de la enfermería o por lo menos la dinámica parece distinta, probablemente porque los equipos, pues un determinado número de personas que han decantado hacia ello*

*J.-Tú crees que la enfermería entonces ya era diferente cuando tú llegas, ya era diferente a la que viste y viniste cuando empezaste*

*GE026.-Sí, sí, ya había un aviso en enfermera en algunos equipos, pues donde había una masa crítica de profesionales pues bueno que así lo querían y así lo reivindicaban y así estaba siendo su táctica. Había diferencias muy notables entre unos equipos y otros, había equipos que estaban bastante desestructurados, había equipos donde realmente ahí sí que había pues una dirección*

*J.-¿En la dirección había un espacio de la dirección de enfermería? en el sentido más abstracto de la palabra, el despacho ya sé que lo tenías y ...*

*GE026.- Sí, si, yo creo que la gerencia de entonces tenía claro, tenía tres directores al mismo nivel que eran el director de gestión, el director médico y el director de enfermería. El director de enfermería era el director de enfermería y era tan director como el director médico, en ese plano sí que estábamos situados, que luego había determinadas decisiones que tenía con más peso en uno que en otro pero bueno en principio la consideración como director era esa*

*J.-Tú que “naciste” con la AP, con la reforma, lógicamente hubo que darse codazos para buscar espacios, ¿esos mismos codazos había que darlos en la dirección?*

*GE026.-Quizá no tanto, ni tan ostensible, ni tan claro, pero sí, había temas en los que realmente tenías que reivindicarte y ponerte....*

*J.-Eso no era para ti algo nuevo*

*GE026.-No, no, ni mucho menos, bueno, tenías que poner en valor lo que era realmente la enfermería y a veces permanentemente, en un consejo de gestión van a estar los coordinadores, no, yo creo que sí que fui realmente oído y tenido en cuenta en muchos temas, quizá no tanto como pretendía pero sí, hubo algunos avances*

En los primeros años de la década del dos mil se producen hechos de gran trascendencia para la enfermería de atención primaria: por una parte el cambio normativo del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud que anula la posibilidad de la vía de acceso singular a puestos de trabajo enfermeros de AP, diferenciada a la del segundo nivel asistencial, y se habilita una única vía a través de concurso oposición como norma de acceso al servicio público de salud, lo cual da acceso a posteriores traslados en cualquiera de sus dos niveles asistenciales. Y por otra y no menos importante posibilitada por lo anteriormente mencionado, unos meses antes de culminar el proceso de transferencias de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, se realiza una oferta pública de empleo extraordinaria para la consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones de la Seguridad Social de los Servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, a la que anteceden los preceptivos traslados para cubrir las innumerables plazas ocupadas hasta ese momento por personal interino, lo que facilita que los centros de salud se surtan prioritariamente de personal con perfil paradigmático racional tecnológico procedente del segundo nivel asistencial. Paralelamente se produce el cambio del mapa sanitario por el que se crean tres áreas de salud con las correspondientes gerencias de AP, de las cuales la 2, conformada por núcleos de mayor número de población como Logroño y su zona metropolitana se constituye como gerencia única para la AP y especializada referenciada en el recién inaugurado hospital San Pedro.

Todos estos acontecimientos están liderados sucesivamente por distintos equipos directivos, que son además de los ya mencionados encabezados por Carmen Babace como gerente Maribel Robertson de directora de enfermería (nombrada oficialmente desde 1 de enero de 1991, aunque anteriormente ya ejercía desde el 19 de septiembre de 1988 como responsable enfermería de equipos de AP), José Luis Torres de director médico y Rosario Castellanos Delgado de responsable de enfermería de equipos, que años más tarde será relevada por Concepción Ausejo Gil hasta octubre del 94, los substituyen Iosu Senosiain gerente y Jesús Ortega Martínez director médico cesados en el año 1996 como directora de enfermería Gloria Llaría Rubio, a su vez substituidos por Margarita Goldaracena Tanco como gerente y María del Carmen Arceiz Campos directora médica que en abril del 1997 sustituirá a Goldaracena como gerente e incorpora como director médico a Manuel Ruiz de Ocenda Armendía. Continúa como directora de enfermería Gloria Llaría Rubio hasta el año 1998 en que es reemplazada por José Domingo León Lucas el cual cesa en mayo del 2005. Hasta ese momento existe una única área de salud con dos gerencias, una de Atención Especializada (AE) y otra distinta de AP, a partir de

ahí se regula un nuevo mapa sanitario que divide sanitariamente a La Rioja en tres áreas con las correspondientes y oportunas tres gerencias cuyos equipos están constituidos así:

-En La Rioja Alta un gerente Juan Antonio Balda Soria, y su directora de enfermería es Milagros Silanes Miguel.

-En La Rioja Baja como gerente Manuel Ruiz de Ocenda Armendía y Concepción Rodríguez Herce directora de enfermería.

-Como gerente único de AP y AE en La Rioja Media, Jesús Álvarez Ojeda y Pilar Pérez de Arilucea Bernechea como directora de enfermería, que ya ejercía como tal en el hospital desde julio de 2003 y cuyas subdirectora médica de AP y salud mental era Nieves Llorente Guadalix y de enfermería Esther Fernández Argiz.

Posteriormente se vuelve a constituir una única área de salud para toda La Rioja con una única gerencia tanto para la AE como AP, con una estructura similar a la que tenían en el área Media cuyo gerente era desde septiembre de 2005 Jesús Álvarez Ojeda y directora de enfermería Pilar Pérez de Arilucea Bernechea relevada en noviembre de 2005 por Cándida Izquierdo Cruz sucedidos en 2006 por María Luz de los Mártires Almingol como nueva gerente y por Maria Soledad Grau Sanz y Maria Soledad Martínez Sáenz como directora de enfermería y subdirectora de enfermería de AP respectivamente.

Todas estas circunstancias a pesar de la consolidada implantación del nuevo modelo de AP dan lugar a una aparente contradicción generada por los propios gestores, por una parte, pretenden que se actúe de acuerdo el nuevo paradigma socio-crítico desde una amplia visión de concepto de salud comunitario que permitiría identificar, priorizar y coordinar los recursos que la comunidad dispone con los cuales se pueden dar respuesta a los problemas de salud de las personas en tanto que son entes sociales. Por otra, introducen personal con formación y costumbres de paradigma racional tecnológico, producto posiblemente del desconocimiento de estos (los gestores) consecuencia de la desideologización o pérdida de la visión comunitaria, y sobre todo, de la desaparición de la promoción de la salud, deslizándose paulatinamente, casi en exclusiva, hacia la prevención de la enfermedad, transformando los centros de salud en meros “centros de atención a demanda” de enfermedades crónicas y agudas, con una cada vez mayor implantación de procedimientos y técnicas especializadas propias del segundo nivel que rompen con la filosofía e ideario en el que la AP se asentaba inicialmente. A pesar de estas contradicciones para la enfermera aunque con lentitud se producen avances significativos como nos cuenta el siguiente informante:

*J.-Tú crees que en esos cambios tubo mucho que ver la AP, la enfermera de atención primaria.*

*GE009.-Eran un modelo que cuando llegaban, luego ya en mi ejercicio cuando oías hablar de la atención primaria, de lo que hacían de lo independientes, de lo vistos, yo creo que eso fue un revulsivo.*

*J.-El cambio democrático crees también que influyó o no.*

*GE009.-A ver, lo vives, calcula que mi adolescencia, bueno pues coincide justamente con esos cambios no, creo que si, creo que se relajaron algunas formas que a las enfermeras nos vinieron bien no, el derecho a réplica, o el derecho a exigir, yo creo que estábamos en una época de segunda revolución quizá ya no tan intensiva como en el prólogo de los años 75, pero vamos estábamos todos un poquito obsesionados con que ahora las enfermeras podíamos pedir cosas exigir y reclamar un poquito en razón directa de quienes éramos, esa era la sensación que se vivía, la democracia yo creo que si, que inundó todo, como no va a inundar nuestro campo no, pero bueno yo creo que fueron las mayores fortalezas a la enfermería le han venido dadas cuando se han encontrado ejerciendo una profesión después de 30 años, han descubierto su profesión que a lo mejor tenían un pequeño desvío no, sobre lo que venían haciendo y sobre lo que querían seguir haciendo y eso si que la atención primaria ayudó, ellos tenían bastante claro y además lo habían escrito negro sobre blanco que su papel era un papel valioso y que además tenían claro como hacerlo y con que herramientas hacerlo, mientras que en el hospital se nos llevaba un poquito la corriente, íbamos dando saltos cualitativos pero sin ese amparo, sin ese marco que yo creo que si que tenéis que agradecer los que hicieron la revolución de la Atención Primaria.*

### 10.3.-Perfil y contenido de la actividad de las enfermeras de los equipos de salud de La Rioja

Para acometer con una perspectiva amplia el contenido de este capítulo además de lo mencionado en los anteriores se darán algunas pinceladas no solo en la actividad actual de la enfermera sino también del proceso de construcción cargado de constantes cambios en la búsqueda y fundamentos de la gestión del cuidado enfermero, para ello se muestran las diversas tentativas, planteamientos así como los cronogramas con los cuales se distribuye la actividad diaria en el centro de salud según nos indica la siguiente informante:

*GE001.-Fíjate tu que nosotros nos planteábamos y ya con lo último que te digo la enfermera en el equipo de atención primaria, esta es de las primeras cosas que nosotros nos planteábamos en que tiempo nosotras íbamos a nuestras tareas cuanto tiempo tenían que esto. En atención directa un 35% otro 35 % a los domicilios y la comunidad en formación e investigación un 15%, en administrativo un 15%. Nosotras nos planteábamos al principio era en el año 85 la distribución del tiempo.*

*J.-Vosotros había una primera hora de demanda que estabais en la consulta y otro apartado ahí en consulta propia y consulta con el médico Después de 8 a 10 hacéis extracciones de sangre.*

*GE001.-Hasta que no llegamos aquí en el centro nuevo no se hacían extracciones porque las hacían en el ambulatorio central igual que espirometrías y electros.*

*J.-Después tenéis un tiempo a la visita domiciliaria y lo distribuíais según esta cantidad, todos los días teníais un tiempo de formación*

*GE001.-Si aunque solo fuera...para atender a grupos. Ahí se empezaba ha hablar de prevención y después fuera del centro ya decíamos seguimiento a ingresados de nuestro cupo en el hospital viendo la posibilidad de adelantar altas (hospitalarias) para seguir los cuidados domiciliarias, en casos especiales seguimiento a crónicos encamados y en fases terminales, puesto que mientras existan los ATS de zona dejaremos en su manos todas las labores que hasta ahora vienen realizando. Esto es lo primero que parimos ahí. Decíamos trabajar en equipo, que queríamos distribuirnos para conocer al individuo y su familia para eso tendríamos que tener una población fija asignada que puede corresponder con un cupo médico realizando una atención integral. La consulta de enfermería coincidirá con la hora de la consulta del médico para evitar trastornos a los usuario y colaborarán en una mejor asistencia a los enfermos teniendo en cuenta que serán consultas comunicadas siempre estará...presente las enfermeras colaborando con el médico cuando este lo precise en la CE se atenderá a demanda*

*J.-Cuando habláis de que siempre que el médico lo precise a que os referís en ese momento. Seguro que el concepto es diferente al que tenéis hoy colaborar con el médico o con las necesidades del paciente.*

*GE001.-Con las necesidades del paciente. También es verdad que hubo muchos médicos que estaban recelosos de quedarse solos en consulta que decía que no pudieran tener algún tipo de demanda por parte de alguna paciente que se consideran maltratadas. Estas eran las excusas que ponían ellos. Alguno te decía voy a explorar a una señora pasa y te tenías que esperar allí de "cuerpo presente" mientras explora a la señora, pero bueno que esas cosas que..*

Así mismo el siguiente informante nos da cuenta de su experiencia en el nuevo centro de salud de Calahorra en los años 1989-90, que había sido inaugurado en mayo de 1986 por el Ministro Hernest Yuch, aunque no se constituye el equipo de atención primaria hasta abril de 1989. Este profesional desarrolla su actividad como ATS de zona interino que se integra posteriormente en el centro de salud. Es de resaltar que previamente y en su periodo de formación ha realizado prácticas en la unidad experimental docente de médicos de familia, con lo cual, no le resulta ajena su actividad en un incipiente centro de salud, de ahí que recojamos su relato en este apartado:

*J.- Luego hablamos del hospital. Cuéntame un poco una jornada normal ya integrado en el centro de salud año 89-90.*

*GE023.-¡Aay! la jornada era pasar a una consulta de enfermería que la tenía que compartir con otras dos compañeras con lo que me quedaba dos horas y media, dos horas máximo de consulta en la que venían los pacientes citados, eso sí yo soy un poco desastre para las citaciones, porque yo creo que vengan cuando quieran y venían cuando querían conmigo. A mi me tocaba la mañana la consulta de enfermería, mas control de tensiones, control de diabetes.*

*J.-Ya había programas establecidos, habías participado en su confección*

*GE023.-Estaban los programas establecidos, ya no eran de hoja y media, ya eran los libracos de mil demonios (esta opinión viene determinada por su experiencia como alumno en la unidad de experimental de médicos de familia), yo participé, ya estaban hechos por el equipo. Después llegaba la parte domiciliaria, yo seguía teniendo bastantes domicilios porque me quedaban algunos heredados de mi época anterior y del cupo que me había tocado pues tenía más y al final había un rato que ponía apoyo al médico y yo tuve la suerte de que como me tocaba la última hora de la mañana y ya no estaba el médico en la consulta pues para qué iba a estar, apoyo al médico era entrar en la consulta del médico ponerte en una mesita auxiliar allí al lado y no se que, es lo que había que apoyar, había que dar ánimos o alguna cosa porque..... el paciente que entraba, lógicamente iba a ver al médico no a mí, te saludaban por deferencia.*

*J.- Normalmente las enfermeras que apoyaban...*

*GE023.-Yo me imagino que las enfermeras de allí no estaban haciendo nada porque recetas no hacían, no lo se, no se a ciencia cierta porque es algo que yo no hacia, el resto de compañeras pues hacían el papeleo, recetas, los partes de baja, rellename este volantito, bueno pues la mesa auxiliar es para lo que es si no sirve para otra cosa, entonces no había ordenadores ni había de nada pues directamente a mano y a bolígrafo, en esa mesa auxiliar solo había papeles y yo tuve la suerte, yo creo que tuve la suerte en ese sentido, no tuve que enfrentarme con nadie por eso no he hecho nunca nada de eso.*

*J.-Te tocaron los momentos de entradas y salidas de las consultas, de apoyar y no apoyar, una mañana que se decide no entrar más en las consultas de los médicos a las dos de la tarde.*

*GE023.- Eso yo ya no lo viví allí, eso pasó más tarde, la verdad que no lo viví, a mí me ponen con el cupo que más gente hay, precisamente para eso, pero yo esto como luego el reparto de horarios me favoreció totalmente, pues no tuve que pelearme, pero me lo pusieron para que peleara, por esto tengo que reconocer que fue así.*

Este mismo profesional por diversas circunstancias que no vienen al caso, trabaja inmediatamente después a su experiencia en un centro de salud en la Residencia Sanitaria Claudio Coello de Logroño, su relato es muy clarificador porque contrapone y contrasta la actividad que se realiza en el segundo nivel con el de la AP. Estas diferentes formas de abordar el trabajo enfermero es un argumento repetido constantemente por la casi totalidad de los informantes.

*J.-Tú en ese momento ves diferencia entre lo que hacía la capacidad de autonomía de una enfermera de hospital y la experiencia que sentía anteriormente.*

*GE023.-Hay una diferencia abismal, yo paso de decidir cómo hago una cura que es a lo que me dedico en lo que era la AP o como le controlo la tensión a la persona y qué consejo le doy, a hacer puras técnicas y técnicas.*

*J.-¿A qué te refieres con las técnicas?*

*GE023.-Las técnicas, pues oye colócale un suero, una vía, sácale esto o sácale otro, la petición de radiografía pla pla pla, un protocolo que lo haría un robot, entra un señor que hay que hacerle un completito, el completito es un electro, analítica, cogerle la vía y preparado para que lo vea el médico y para que le diagnostique y le valore o no el ingreso, yo lo que hago allí es seguir un protocolo, no hago otra cosa, tampoco había mucho margen para hacer.*

*J.-¿El trabajo es derivado?*

*GE023.-El trabajo es absolutamente derivado, sí es cierto que en todo trabajo te da la oportunidad de ser enfermero o enfermera, no es lo mismo atender a un paciente aunque esté destripado siguiendo sencillamente el protocolo que atendiendo como a una persona que esta destripada, tú llevas el mismo*

*protocolo y el mismo ritmo pero hablas con él con la familia, le tratas de una manera u otra y le tratas su situación personal también, pero a pesar de todo en realidad, el servicio de urgencias, todo hay que decirlo es así, el jefe era el médico y la enfermera pues a lo que hay que hacer y punto, de ahí pasamos un par de mitos, una experiencia curiosa también porque al día podías terminar pasando por tres o cuatro servicios, empezar la mañana en el hospital San Millán de La Rioja y terminar a la mañana siguiente después de haber bajado a Zaragoza o a Pamplona en helicóptero, bueno estabas para eso, estabas para reforzar cualquier situación que se produjera y se producían.*

Llegados a este punto con la información que nos proporciona el informante se puede visualizar los cambios experimentados en la gestión del cuidado enfermero, como consecuencia de la transformación que se experimenta con los nuevos planes de estudio del pre-grado y su implementación en un medio laboral propicio, como es el centro de salud. En su relato contraponen su actividad basada, no sin cierta dificultad, en la metodología enfermera, con la de otros enfermeros de su propio centro de salud con perfiles profesionales de corte más racional tecnológico. El hecho diferencial, de estos dos modelos está en el ejercicio de reflexión que el primero debe de realizar en la gestión del cuidado enfermero, y que se sustenta en planteamientos diferentes como son los de la de la formación de los ATS para los cuales “*lo fundamental era que una enfermera supiese hacer bien las técnicas y cumpliera adecuadamente sin cuestionarse como y por qué las órdenes médicas (eran los planteamientos que habían regido las enseñanzas de los ATS) es decir poner y quitar sondas, pinchar y administrar medicamentos, conocer y manejar con soltura el instrumental quirúrgico, hacer un electro, hacer una cura, actuar ante una parada..., desde luego, para nada se pensaba que lo fundamental podía ser recoger bien unos datos, interpretarlos y sacar unas conclusiones*” (Santo Tomas. M;2000), de ahí que en el proceso de intervención enfermera pierdan peso los instrumentos tecnológicos, que aunque necesarios, no son imprescindibles (**Anexo fotos 46**).

*J.-Bueno o sea que trabajáis de una forma determinada, concreta, fluida, a través de los programas establecidos mas o menos, ¿tú sueles utilizar metodología enfermera? sabes a qué me refiero*

*GE023.- Suelo utilizar metodología enfermera pero de una manera muy escasa porque soy un poco torpe en ese uso pero a mí me gusta en lo que sepa y en lo posible utilizar ese tipo de tecnología y si no utilizo la tecnología, la taxonomía en concreto porque mucho lo desconozco, tengo que decirlo, mira que hago cursos y cursitos a ver si consigo aprender algo pero desde luego la metodología desde luego sí que la uso, yo procuro hacer una valoración del paciente, descubrir sus problemas y plantearme qué objetivos hay que*

*conseguir y comentarlo con el propio paciente que es lo que queremos conseguir y lo que vamos a hacer*

*J.-Y tú crees que eso es la esencia que te facilita a ti o no del trabajo, ¿qué te hace diferente a lo que tú apuntabas?*

*GE023.-Mira, yo no creo que me facilite nada, creo que es lo único que puedo hacer, porque lo demás, yo creo que es lo único que puedo aportar a ese enfermo, aportar al enfermo sencillamente la aplicación del tratamiento que el médico ha dado, eso no es una aportación de enfermería, eso es una aportación del propio médico con un brazo un poco magro que viene y se lo pone ¿no?*

*J.-Repítame eso que has dicho que está muy bien explicado*

*GE023.-La extensión del brazo del médico que llega por otro lado y entra por la otra puerta para hacer lo mismo, es que es así, yo por desgracia conozco y veo y sufro por ello pero hay poco que hacer al respecto, conozco consultas de enfermería, incluso hasta con otra enfermería en algunas ocasiones en la que no estoy yo y vengo por aquí a ver porque en fin sigue siendo mi pueblo y ahora vivo aquí, veo como por la puerta de esta lo que ocurre entra del brazo del médico mas alargado y le dice colócale esto y va la enfermera y se lo coloca, eso está muy bien, no digo que no, pero si no aporta nada de enfermería el tema de decirle pues mira te coloco esto pero es para conseguir este objetivo y porque necesitamos llegar a tal punto y aparte te lo pongo así y además te advierto que esta medicación si no haces unos cambios en tu vida, si no haces no te va a servir absolutamente para nada, porque es así, la experiencia te lo demuestra, hay veces que la gente te mira con unos ojos desorbitados, por ejemplo, yo soy un maniático de los tratamientos antidepresivos y los sedantes para dormir, el famoso orfidal, yo soy un maniático y a todo el mundo le digo lo mismo, ojo que estas pastillas no tienen reloj, que no te vas a dormir cuando te vayas a la cama y te vas a despertar cuando salgas por la mañana, te van a estar haciendo efecto durante el día de una u otra manera dependiendo cómo te afecte a ti y vas a andar torpón, torpón, que no es que andes torpe porque estás malo, andas torpe porque estás tomando eso, que lo sepas. ¡Oye! pues la gente lo entiende y me dicen ah así que últimamente me veía que me tropezaba, no te tropiezas porque estás enfermo te tropiezas porque tomas unas pastillejas que como efecto secundario tienen esto, si eso no se lo dice la enfermera no se lo va a decir el médico, entre otras cosas porque es bien cierto que dedicándose a lo que se dedican no tienen tiempo y porque si se lo explicas a lo mejor no se lo recetas, y si no se lo recetas....., ¿tú conoces alguna consulta de médico que no se lo recete?. En la mente sí pero en la práctica ninguna.*

El informante nos sigue describiendo la importancia del uso de una metodología propia con la que gestionar el cuidado enfermero. A pesar de considerarlo imprescindible, manifiesta ciertas dificultades a la hora de

aplicarlo, pues como bien manifiesta dentro del colectivo no se aplica de forma generalizada.

*J.- Tú crees, bueno me acabas de decir que el uso de la metodología enfermera es esencial para poder aportar algo con entidad propia, ¿tú crees que todas las enfermeras hacemos lo mismo?*

*GE023.- Pues yo creo, mira desde hace mucho tiempo pienso que hacer, hacíamos lo mismo lo que pasa que lo expresábamos de forma diferente o como estaba, lo exteriorizábamos de forma distinta, por desgracia. Igual es que me estoy haciendo viejo estoy más convencido de que no es así, aquí hay mucha gente que pone de su parte todo lo posible para intentar trabajar de una forma, que hay mucha gente que no solamente pone de su parte de trabajar sino que además sabe hacerlo, que hay mucha gente que además de saber hacerlo lo hace pero que hay otro porcentaje y desgraciadamente creo que va a más en lugar de a menos que no lo hace ni le preocupa lo más mínimo que es lo más preocupante, valga la redundancia, que no les preocupa en absoluto cómo se debe hacer el trabajo y cómo deberíamos de estar haciendo ese trabajo*

*J.-¿Qué crees que puede ser el motivo de eso?*

*GE023.- (Suspiros)*

*J.-Acuérdate de que hablábamos de la subjetividad*

*GE023.-La subjetividad, pues mira yo voy a ser objetivo totalmente, creo que es el mismo motivo por el que mis hijos están tumbados en el sofá, por comodidad por golfería y por falta de esfuerzo, si me oyen mis hijos me matan pero es la primera impresión que me dan cuando los veo ahí tumbados, estos son unos zánganos y unos vagazos que no quieren hacer nada, pues eso es lo que a mí me da la sensación de que ocurre con la enfermería, quizás con todas las profesiones pero a nosotros la que nos preocupa es la enfermería y lo que me da la sensación de que es muchísimo más fácil rellenar un papelito, es muchísimo más fácil seguir una agenda estrictamente y que pase el siguiente, es mucho más fácil decir hasta aquí hago porque me han dicho que te lo haga, más no hago porque no me dejan o porque no quiero, si no quiero no lo digo.*

Cuando se investiga sobre la percepción y el origen de las dificultades con las que se encuentran las enfermeras para obtener un adecuado desarrollo profesional en su actividad cotidiana, se deduce que a diferencia de lo que en años pasados era frecuente como es la condición de género, en la actualidad cada vez es menor este sentimiento atribuyéndose a otros imponderables, como la desgana y la creciente feminización de la profesión médica rompiendo con la imagen de médico hombre y enfermera mujer como nos apuntan los siguientes informantes

J.- ¿La condición del género te ha condicionado?

GE023.-Género masculino o femenino pues eso, mira, la verdad es que hay de todo en todos los géneros, yo creo que el género femenino tiene esa cosita que decimos esa cosa maternal y que a veces se crea una empatía con el médico, el médico hace eso yo soy la parte femenina de la UBA, aquella famosa Unidad Básica Asistencial, parece como la parte femenina es la enfermera ¿no?, y la que está a lo que mande el otro pues es la enfermera, pero no creo que sea lo que parece, La realidad es que hay quien se amolda a eso y quien no, el sexo a lo mejor que haya mucha mujer en esto, pues podría ser, pero mira en este momento el único hombre del centro de salud soy yo

J.-Ha desaparecido ya la bipolaridad esa que había, los hombres mayoritariamente médicos y las enfermeras mujeres

GE023.- Aquí en el centro de salud desde hoy curiosamente, el único varón que hay trabajando soy yo, tengo pediatra Dña Margarita, enfermera de pediatría Dña Maite, médico general Dña Paquita, médico general Dña Mª José, matrona Dña Elena, administrativo Dña María, auxiliar de enfermería Dña Pilar y el único que queda aquí enfermero soy yo, todo mujeres y sin embargo entre la enfermera mujer y la médico mujer se da la misma situación que entre el médico hombre y la enfermera mujer o viceversa, si quieres haces de unas formas y de unas maneras y si no quieres pues no hay manera de que lo hagas, yo por desgracia más pienso que es un problema de dejadez, de que cuesta más hacer tu trabajo seriamente y aprender a hacerlo que dejarte llevar y hacer lo que te dicen, y hay que añadir una cosa antes de que se me olvide, la gerencia tiene que ver mucho en esto, que no tengamos dirección de enfermería tiene mucho que ver en que la enfermería se esté yendo un poco por los cerros de Úbeda

En el mismo sentido la siguiente informante nos expresa su opinión:

J.-Resumiendo un poco esta etapa, ¿consideras que condiciona el género la actividad profesional?

GE024.-Condiciona hasta cierto punto, no me gusta ser extremista ni creo que las mujeres seamos mucho peor que los hombres en ese sentido no. Yo creo que si esto ocurre al revés, es decir que si en lugar de fallecer mi marido fallezco yo y mi marido se queda con tres niños, le hubiese condicionado muchísimo también, quizás más porque creo que siendo mujeres tenemos unas capacidades más desarrolladas que los hombres también las tienen pero menos desarrolladas para poder compaginar nuestra vida laboral y nuestra vida familiar por muy complicada que sea

J.-¿La condición de género condiciona la identidad de la enfermera?

GE024.-Bueno, tampoco lo achacaría demasiado, creo que antes sí condicionaba más pero luego tampoco, quizás porque vamos cambiando también las mujeres

J.-¿En aquel momento?

*GE024.-Hace muchos años sí condicionaba, hoy lo veo desde otro punto y creo que hoy no condiciona el género sino la persona que lo está haciendo, hoy, entonces sí condicionaba*

*J.-Grado de autonomía en el pueblo y grado de autonomía en el centro de salud*

*GE024.-Pues mira, yo creo que he tenido muchísima suerte, como enfermera a nivel particular tenía una autonomía total tanto para desarrollar mi trabajo tanto en el consultorio como cuando me tocaba trabajar en el centro de salud, no puedo decirte estaba condicionada, no, para nada*

*J.-¿Con esencia enfermera?*

*GE024.- Todo lo que yo quise trabajar y como yo quise trabajar te lo puedo decir que en ningún momento tuve la oposición de nadie, mis compañeros médicos, por supuesto no enfermeros desde luego pero si lo que te refieres es a los compañeros médicos si en algún momento tuve problemas por trabajar de una forma determinada, para nada y creo que no trabajaba como técnico ni como ATS sino creo que desarrollaba la enfermería lo que entonces teníamos, lo desarrollaba desde mi punto de vista bien y nunca jamás te lo puedo decir tuve ningún problema*

*J.-La estructura jerárquica en el centro*

*GE024.-Pues mira, teníamos un coordinador médico y teníamos un responsable de enfermería el cual elegimos por votación del equipo, se planteó a la dirección y la dirección estuvo de acuerdo y así se eligió el responsable de enfermería, nosotros teníamos nuestras reuniones de equipo con él, aparte había otras reuniones que eran de médicos y enfermeras, como equipo de enfermería teníamos nuestras reuniones, yo creo que eran semanales, los viernes generalmente nos reuníamos siempre con el responsable de enfermería.*

Otro de los elementos que potencialmente intervienen en el adecuado desarrollo profesional de las enfermeras es la relación con los superiores (director de enfermería, gerente, etc.) como elementos que facilitan o dificultan la actividad profesional. El informante resalta la diferencia entre la proximidad institucional que mantenía con los jefes cuando comenzó a trabajar en su centro de salud y la que existe en la actualidad, facilitado por la implantación de la gerencia única donde la AP queda relegada frente al esmero que supone la puesta en funcionamiento del nuevo hospital San Pedro como referencia regional del segundo nivel asistencial. Lo que se percibe es que con el aumento e incorporación de niveles se produce distanciamiento entre el administrador y el administrado y se difuminan las responsabilidades.

*J.-Cómo es la relación con los jefes, cómo ha sido en todos estos años y como pregunta final de ese periplo que me cuentes, crees que los jefes o la*

*administración o nuestros gestores influyen positiva o negativamente, facilitan el trabajo?*

*GE023.-Vamos a empezar por esto último antes de que se me olvide, yo creo que la relación con las jerarquías, con las gerencias y con la dirección no sé si facilitan o no facilitan, lo que si crean una impronta de como es el trabajo de los profesionales, como trabajan los profesionales en la AP, incluso en la especializada que yo no hago diferencia en eso. Depende fundamentalmente del tipo de dirección que lleve la AP o la especializada, si las gerencias quieren un modelo que no tiene nada que ver con la AP que hemos estado defendiendo y trabajando anteriormente, pues lógicamente se nos va a quitar de las manos y se va a poner el modelo que está habiendo ahora. Así que por supuesto que las direcciones influyen y mucho, yo creo que es lo fundamental, si una dirección quiere que se trabaje de una forma, al final consigue que se trabaje de una forma, si no quiere, no le interesa, no le importa en absoluto, pues al final es anarquía cada cual hace lo que puede y punto.*

*Y dicho esto, te diré que mi relación con la gerencia comenzó, me dirigía a un señor que estaba en un rincón en el antiguo INSALUD ocupando un rincón, una esquina depende cómo lo mires, uno solo en base a fichita de papel en un cajoncito controlaba y gestionaba toda la AP, médicos y enfermeras, antiguos practicantes y antiguos médicos de APD. Todo se lo lleva un solo señor en el antiguo INSALUD, no me acuerdo el nombre ahora, estaba en un rinconcito del mostrador de madera antiguo en un rincón, pues solamente ese señor nos llevaba a todos. Posteriormente pasamos a depender un poco de lo que era la Función Pública de Sanidad cuando me hice funcionario de carrera y me llevaban ya cuando había más gente, empezaba la dirección, el Director General de Salud, a mí me tocó cuando era un enfermero, el Julio Romera, tuve un enfermero Director General de Salud, no he conocido ninguno antes y al paso que va la burra no creo que vuelva a conocer a ninguno pero entonces era con el que había una relación al que podías llamar por teléfono y te llamaba por teléfono y hablabas con él, no a diario pero hablabas con él cuando había que hablar.*

*J.-Antes de integrarte no*

*GE023.-Sí, estando en Calahorra, ya están los equipos formados y en el INSALUD te llamaba un señor por teléfono o una señora, tú hablabas con dos o tres personas más y manejabas todo la dirección de enfermería del INSALUD entonces era un matrimonio, Maribel Robertson y Julio Romera, creo que era un matrimonio igual estoy equivocado porque yo en estos temas de faldas me pierdo mucho pero creo que eran matrimonio en ese momento. Pues yo hablaba con las dos personas directamente, los más altos jerifaltes (tanto de Consejería de Salud como del INSALUD) que había entonces en ese momento. Tenías acceso a hablar con ellos y si no, pues hablabas con una administrativa o dos y eso era toda la gente con la que te metías en medio. En la actualidad si te soy sincero no sé con quien recoño estoy hablando cuando*

*me llaman por teléfono o yo cuando quiero hablar con alguien y entre medio pues estuvieron la gerencia de atención primaria con la dirección de enfermería de AP. Desafortunadamente y por desgracia lo hemos perdido, tenemos una dirección de enfermería de área que si alguien sabe quién es, que me lo diga, porque yo solo se su nombre y la conozco, pero no como directora sino como..... Nos está llevando la subdirección de enfermería en este momento, después de haber cesado a un montón de saf o staf o como se llame todo eso, parece ser que en solitario y hemos llegado a esta situación pues también porque el personal de enfermería nunca parece ser que nos ha ido en nada qué tipo de dirección tengamos, cuando yo creo que es fundamental, que nunca se ha preocupado que no me quiten la dirección de enfermería de AP, algunos pataleamos pero solo pataleo, protestar como Dios manda, nadie. Que la dirección que nos han traído de enfermería ahora no pinta ni corta absolutamente nada, yo reconozco que al principio pataleé ahora ni pataleo, es que el pataleo solo, es como el gallinero del cine con los locos del último ¿no?. No nos hace caso ni Dios, al final, hacen ruido pues ya está y yo creo que estamos en estas, estamos en un momento en el que ni sabemos ni donde estamos.*

El informantes sitúan el origen y causa del distanciamiento en la primera parte de la década del dos mil.

*J.- Desde cuándo crees que empieza eso*

*GE023.-Yo he visto la degradación desde que se acabó la gerencia de atención primaria, fundamentalmente*

*J.-Tú crees que la valoración de cartera de servicios de normas técnicas mínimas y eso, que la última vez fue en el 2004 o fue...*

*GE023.-Mira, en el centro de salud en el que estoy yo en el equipo nuestro jamás tuvimos ningún contacto con la gestión, porque no estábamos de acuerdo con esto, no estábamos de acuerdo en que tú hagas una labor y en lugar de premiarte la labor que hagas te premien por una labor, aparte si la haces bien o no la haces bien, sí estábamos de acuerdo en que de hacerlo se hiciera de acuerdo en las normas técnicas mínimas, aquello desapareció, se quedó solo la cartera de servicios que no sabe nadie cómo se valuaba porque claro si las normas técnicas mínimas ya no eran conocidas a ver cómo se valía esto*

*J.- ¿Eso lo relacionas con el cambio ... gerencia única?*

*GE023.- Yo creo que coincidió en el tiempo, pero tampoco yo le veo a esto, yo personalmente no le veo a este tema, mira veo que la pérdida se produjo en el tiempo, pero no tanto con la evaluación y la cartera de servicios y esas cosas sino por el hecho de que todo eso surgía a raíz de un cosa que era el consejo de gestión de atención primaria, el consejo de gestión donde estaban los coordinadores médicos y donde llegó a haber cuatro, cinco responsables de enfermería de atención primaria representando a toda la enfermería que*

*había entonces, de ese consejo surgían las carteras de servicios, quitabas una cosa, ponías otra y yo creo que más que la cartera en sí era el hecho de que existía un consejo que hablaba con la dirección, que había como un puente entre lo que eran los trabajadores y lo que era la dirección, la desaparición de ese consejo y a la vez por supuesto la cartera de servicios y todo, es lo que nos ha llevado a esto*

*J.-¿No lo relacionas con el tipo de gerencia que había?*

*GE023.-Por supuesto que sí, ya te he dicho al principio, cuando se acaba la gerencia de atención primaria, la atención primaria es engullida, colonizada, llámalo como quieras por lo que es el gran Hospital, lo que es la gerencia de los grandes dineros y de los que mueven el dinero y la atención primaria a fin de cuentas se quedó en nada, hoy la atención primaria se nos queda en el corazón, se nos queda en la palabra, se queda en el trabajo de mucha gente pero en la realidad el organigrama y todo esto del Servicio Riojano de Salud de atención primaria es una motita de polvo entre otras cosas.*

A tenor de la opinión de los entrevistados es la credibilidad social de las enfermeras un elemento que también interviene en el adecuado desarrollo profesional, circunstancia que está íntimamente relacionada con el grado de implicación con la cartera de servicios que en la mayoría de las ocasiones queda difuminada y oculta por la labor de otros profesionales, de ahí que se interroga sobre cómo o en que grado consideran que la enfermera es creíble ante la población.

*J.-¿Qué credibilidad tiene en todo eso la enfermería ayer y hoy?*

*GE023.-Credibilidad, pues mira cuando las enfermeras aparecían como gente que aportaban cosas, toda la del mundo, pero yo tengo la sensación de que hoy ya no aportamos nada, nos plegamos a lo que surge y no estamos aportando nada nuevo, hemos perdido grandes oportunidades, hemos perdido la gran oportunidad de estar trabajando una mitología enfermera como Dios manda y ahí tenemos un campo abierto, a la aportación de muchas cosas pero eso se ha ido quedando poco a poco.*

La siguiente opinión es importante pues nos proporciona una visión más longitudinal de la credibilidad social de la enfermera, puesto que su condición de jubilada nos proporciona un completo recorrido a lo largo de muchos años de su vida laboral.

*J.-¿Tú crees que la enfermera tiene credibilidad o tenía o cuándo tenía más credibilidad antes, ahora, después, tú crees que tiene credibilidad ante la población?*

*GE007.-Sí, es más, yo lo percibí en mí misma, al principio era ir al médico, luego la gente te solicitaba a ti, ya era decir voy a la enfermera que me ha*

*citado y cantidad de veces venían directamente como si ocurriera ahora y ahí se ve un cambio importante*

*J.-La credibilidad social tú crees que va implícita al criterio de profesionalidad, quiero decir, ¿tú eres una profesional que ya empieza tener una identidad, que empiezas a funcionar conforme a tu criterio de profesión, y entonces tú crees que eso influye en que aumentes la credibilidad ante la población?*

*GE007.-Sí, sí, de todas formas esto es una labor de muchos años, hay que educar a la población también y cuando la población está educada ya solicita a la enfermería y es lo que ha ocurrido ahora durante estos años, al principio no la solicitaban la enfermería para nada porque la enfermera era la ayudante del médico y nada más pero a lo largo de los años por tu forma de actuar has ido atrayendo a la gente porque la población está educada para eso también*

*J.- ¿Tú crees que la enfermera soluciona problemas a la gente, en temas de salud?*

*GE007.-Yo creo que sí*

*J.-Como consecuencia de qué, ¿porqué crees que la población acudía a ti?*

*GE007.-Pues porque la úlcera de una pierna la cuidaba mejor y consideraba que lo hacía yo mejor que el médico*

En este tema de la credibilidad existe gran consenso entre los entrevistados como se puede comprobar por la contundente opinión del siguiente informante:

*J.- ¿Tú crees que la enfermería de atención primaria del hospital pero fundamentalmente a mí la que me interesa en este momento es la de comunitaria tiene credibilidad ante la población?*

*GE014.-Sí*

*J.-Su labor*

*GE014.-Sí, sí, claro yo he vivido, el comentario que he hecho antes de que estaba en un pueblo y que es un pueblo grande, entonces yo lo considero atención primaria semi rural o semi urbana o como lo quieras llamar a un pueblo de 3000 habitantes pero desde luego la figura de la enfermera era importante.*

Tanto la credibilidad social como la cartera de servicios como bien nos indica el informante están íntimamente relacionada con el estilo de dirección de los gestores y considera que si se facilitara una cartera de servicios con identidad enfermera sustentada en pruebas (Enfermería Basada en Evidencia: EBE) esto facilitaría considerablemente la visibilidad social.

*J.-Los gestores nos facilitan este tipo de cosas*

*GE023.- En absoluto, los gestores no solo no te facilitan sino que yo creo que nunca les sentó bien eso y nunca lo han llevado, me da la sensación que nunca los hemos convencido*

*J.- Los gestores nos facilitan la evidencia enfermera*

*GE023.-Los gestores a la enfermería no nos facilitan absolutamente nada, quizá me has pillado en un momento un tanto decaído porque en el centro han pasado una serie de cosas estos días pero realmente no nos facilitan absolutamente nada pero es que la enfermería tampoco trabajamos con evidencia, si una enfermera, tú a mi me dices hazme un trabajo de tal cosa, haremos un trabajo maravilloso, pero creo que no estamos convencidos de ello, hay que trabajar con cosas que estén validadas y que estén basadas en una evidencia*

*J.-Tú crees que la cartera de servicios de enfermeros con cierta identidad propia, que se les exigiera este tipo de cosas ¿facilitaría que eso “chutara”?*

*GE023.-Eso tendría que ser necesario la cartera de servicios es fundamental y necesaria y si no existe es porque no interesa que exista porque no quieren que trabajemos de enfermeros*

*J.-No quieren los enfermeros o la gerencia*

*GE023.-Yo creo que la gerencia no quiere, pero tampoco los enfermeros propiamente dicho les damos un empujoncito para que lo hagan, los servicios enfermeros Jorge podrían estar reflejados en el nuevo programa que nos han puesto en el ordenador, yo lo he empezado a manejar hace una semana, en el antiguo programa aquel del OMI había algo, algo escabroso la verdad, todo hay que decirlo, en el actual está vacío, yo alucino cuando vas a ver, vas a abrir un episodio de algo y te lo describen como CIE y al lado pone una pestaña que pone NANDA, en mi ignorancia voy a apretar a ver si me ayuda en algo y está en blanco, no hay absolutamente nada, lo pone , lo cual significa que podría estar, no pone nada*

*J.- Estamos invisibilizados*

*GE023.-Absolutamente, yo creo que estamos desaparecidos en combate, sin embargo todo hay que decirlo, a la par pues mira, la semana pasada estuve en el simposiun úlceras por presión donde descubrí enfermeros que es que están metidos hasta el tuétano en un método científico*

*J.-Hay nivel que hace quince años era impensable*

*GE023.-El nivel yo creo que en este momento sobra, está de sobra, como se decía antes de la gran crisis es la generación joven aunque sobradamente preparados, yo creo que la enfermería actual es una enfermería ya no tan joven por desgracia pero aun sobradamente preparados, lo que pasa que no tenemos campo donde demostrarlo*

*J.-Hablamos del campo aquí en La Rioja en otros sitios por lo que cuentas ....*

*GE023.-Sí, en La Rioja, por desgracia o por suerte estamos en La Rioja, aquí ya sabes lo que hay, yo creo que la enfermería le importa muy poco a la gerencia, si te das cuenta cuando se crea esta nueva gerencia aparecen enfermeras en todos los sitios, tú ibas a recursos humanos y había una enfermera no se porqué pero había, ibas a otro sitio y había una enfermera, recursos materiales y había una enfermera, había optimizaciones de huecos*

*en el hospital y al cargo una enfermera, no se porqué, eso que a veces te daba un poco de orgullo porque los médicos con los que hablabas te decían: ¡jo! es que las enfermeras ahora estáis en todos sitios, y decías hasta donde hemos llegado estar en todos los sitios, de la noche a la mañana las han quitado y no ha pasado nada, es decir o poco estábamos haciendo o solo estábamos decorando o no sé que ha pasado porque las han quitado todas y aquí no ha pasado nada*

*J.-Tú ves producción científica de La Rioja. Acabas de venir de un congreso, había producción científica en general*

*GE023.-Esto va a ir en contra mía, pero fuimos, yo creo que llegamos a ser doce los que fuimos de La Rioja al simposium ni una presentación ni una comunicación ni nada de nada, sin embargo la figura visible de ese congreso es Javier Soldevilla que es riojano, quiero decir, en La Rioja hay gente válida y hay puntales de enfermería importantes en La Rioja.*

Otra informante nos muestra su opinión al respecto y que en esencia coincide con el anterior entrevistado.

*J.-...¿Tú crees que las organizaciones (la administración, los jefes) favorecen o dificultan, favorece ahora mismo, históricamente ha favorecido, el desarrollo de la práctica enfermera?*

*GE024.-La forma de organizarlo en algún momento creo que nos ha perjudicado y en otro momento nos ha beneficiado, pero también te digo, hablo anteriormente no en la actualidad, creo que en muchas ocasiones, date cuenta que generalmente quién había en la dirección, personal médico, médicos centristas totales, había un director de enfermería pero que estaba bajo la dirección de un gerente que generalmente, yo no he conocido nunca ninguno, que fuese profesional de la enfermería todos eran médicos, farmacéuticos pero nunca hemos tenido un gerente enfermero no sé porqué, no creo que porque no seamos válidos, creo que lo somos, sino por muchas otras causas o porque no nos ha interesado o por lo que sea, no quiero buscar más causas.*

*J.-Se facilita el uso de los productos de la investigación y de enfermería para trabajar....*

*GE024.- Pienso que sí porque yo no tengo constancia de que ocurra lo contrario pero creo que tampoco hay demasiadas solicitudes o demasiada inquietud en la enfermería en investigar, hablo ahí de lo que tengo conocimiento a lo mejor no es del todo completo*

*J.- La formación que se te ha dado institucionalmente, aparte de la inquietud personal que tú tenías desde que entras en la AP hasta el 2006 más o menos tú crees que es la adecuada para desarrollar la enfermería no ya lo tuyo sino en general*

*GE024.-A nivel de enfermera o a nivel de gestión de enfermería*

*J.-De enfermera*

*GE024.-Pues mira yo creo que se ha dado mucha formación que de hecho no mejoraba para nada en mi trabajo como enfermera, creo que el tema de la formación muchas veces es mera política y mero consumo de dinero porque no mejora el trabajo de la consulta y mi trabajo no mejora por veinte cursos que haya hecho al año y que quizás debiéramos preocuparnos todos más a nivel personal y a nivel institucional de la formación, pero de la formación en realidad de lo que yo trabaje, que se imparten muchos cursos que no sirven para nada, desde luego no para mejorar el trabajo de una enfermera*

*J.-Tú diferencias claramente el trabajo personal, tu trabajo de tu vida personal influye en las dos cosas, cómo confluye en las dos cosas?*

*GE024.-¿Mi vida personal y mi vida laboral?*

*J.-Sí, o sea, tu tiempo personal es tu tiempo personal exclusivamente o está implicado en el tiempo laboral o viceversa*

*GE024.-Pues mira confluyen ambos desde el momento que llevo un teléfono donde estoy localizada 24 horas entonces quieras que no ya me influye porque llevo un teléfono de mi trabajo colgado todo el día conmigo.*

La siguiente entrevistada admite la figura de los gestores como un instrumento poco útil en el desarrollo enfermero.

*J.-Tú crees que los gestores, gestores enfermeros y gestores en general, facilitan el uso de los productos de la investigación enfermera, en primaria, para ponerla en práctica.*

*GE013.-No, vamos a ver, todo lo que no sea currar, no le facilita a nada, o tú mira a ver, que te han facilitado a ti, de tu tiempo en algo que pueda repercutir en tu profesión, te han ayudado en algo, estamos en lo de antes, ese gran enfermero tiene las veinticuatro horas del día dedicadas a la profesión, los cuatro, la docena, los que estemos con inquietudes, porque, porque primero tu trabajo y el resto de tu tiempo y de tu dinero, no te facilitan nada, que habría que hacerlo, sí, porque por desgracia no son muchos, joder, aprovéchalos, tu dales tiempo, ayúdales económicamente en lo que puedas, siempre y cuando les exijas que lo que ellos han hecho repercuta en la organización, es decir, tu haz un contrato con ellos en lo que tu les estas dando un compromiso de uno o cinco años en los que ellos han aprendido repercuta de donde ha salido el dinero y el tiempo, de acuerdo, si ellos no te van a decir que no, pero de entrada, dales, en esta vida hay que dar, para recibir, tú no pretendas traer aquí investigadores de primer nivel.*

También se considera que tanto la investigación como la formación tiene un componente personal importante que debe ser facilitado por la propia administración a través de los gestores de recursos, aunque en el caso de la enfermería en opinión de los informantes no se ve demasiado favorecida.

*J.-Indudablemente tú conoces la ordenación de las profesiones sanitarias por tu trabajo, tú crees que la ley de la calidad asistencial del año no se cuantos,*

*crees que los gestores favorecen o dificultan la práctica enfermera, en general y en particular...*

*GE014.- Qué difícil, yo creo, a ver, yo creo que no la dificultan los gestores en tanto y cuanto no impiden a la enfermera que haga las funciones que tiene que hacer o sea que no creo que les corten las alas a la enfermería para trabajar como verdaderamente se debe trabajar, otra cosa es que se pueda desmotivar a veces pero yo verdaderamente no pienso que los gestores dificulten, pienso que no*

*J.-¿Facilitan la investigación enfermera?*

*GE014.-No facilitan la investigación enfermera, pero la investigación yo no creo que tenga que venir empujada desde la dirección, lo mismo que la formación, la formación tiene que ser cada uno el que salga de él el querer formarse y el querer investigar*

*J.-Los gestores facilitan el uso de los productos de la investigación de enfermera*

*GE014.-No lo sé, yo creo que sí, si la enfermera da a entender que quiere investigar, si se le facilitaría*

*J.-No, no, tú obtienes un resultado, todos los días se están publicando cantidad de resultados de enfermeros en trabajos por ahí, ¿esos trabajos llegan a la enfermera, el gestor facilita para que llegue a la enfermera clínica para que eso se produzca?*

*GE014.-¿Los resultados, los trabajos? No, a ver, no te he entendido la pregunta, yo te he entendido que si los gestores facilitan la investigación*

*J.- No, eso es por una parte y por otra parte, otra pregunta*

*GE014.- ahí creo que no que no te lo facilitan pero opino que no tiene que salir de ellos el facilitarte sino que es una cuestión individual*

*J.-El resultado de esa investigación que hacemos constantemente los enfermeros que se publica constantemente, ¿facilita el gestor que llegue a la enfermera clínica para ponerla en práctica?*

*GE014.-No, no tengo esa sensación*

*J.-Otra cosa importante, ¿la enfermera actúa conforme al pensamiento y el producto de esos resultados de la investigación de enfermera del producto enfermero? ¿actuamos exclusivamente conforme al propio conocimiento enfermero?*

*GE014.-A ver, no lo entiendo, ¿conforme al conocimiento enfermero o conforme a los resultados de la investigación?*

*J.-El conocimiento enfermero se genera como consecuencia del resultado de la investigación*

*GE014.-Conforme al conocimiento enfermero si*

*J.-No conforme al conocimiento de otras disciplinas*

*GE014.-A ver me estoy liando, la enfermera la de primaria sí actúa conforme a lo que ella conoce, a lo que ella sabe, a su propio conocimiento sí, yo creo que sí*

*J.- Y ese propio conocimiento emana de la investigación de enfermería*

*GE014.-Se supone, me lo acabas de decir tú*

*J.-No, no, yo no te dije nada, si te lo dije lamento habértelo dicho*

*GE014.- Supongo que sí, porque presupongo que todos los planes de cuidados vendrán de algo, porque los programas sanitarios estarán basados en una evidencia científica y además supongo, supongo porque no lo sé, supongo que eso se habrá basado o sea en la evidencia científica no solo la evidencia científica médica farmacéutica sino que también se habrá tenido que contar, supongo*

Otro informante nos da su visión sobre el tipo de relación socio-profesional con los médicos que dice ser distinta y mas fluida a la que se mantenía en los primeros años de la reforma sanitaria, aunque se siguen percibiendo ciertas dificultades a pesar de que en algunos casos existe sensación de infrautilización del colectivo como a continuación explican los informantes:

*J.- El médico por lo que me dices no era un motivo de tapón profesional*

*GE024.-Para desarrollar el trabajo de enfermería en su momento, la profesión, para mí te puedo decir que nunca*

*J.-¿Tú crees que era eso lo que se percibía en general?*

*GE024.-No, por eso te he dicho que a nivel personal tuve mucha suerte con las personas que trabajé, a nivel general, yo creo que te he comentado antes, cuando yo me incorporé al consultorio de Entrena o sea a la AP no había y la información que se transmitían entre el médico y la enfermera era todo a nivel escrito a través de los famosos volantes que se llamaban P10 (**Anexo fotos 46**), porque ellos no tenían comunicación, no se hablaban entre ellos, no creo que fuese por motivos personales sino quizás, al menos eso era lo que a mí me transmitieron, era la forma de trabajar que tenía la enfermera “no agradaba” al médico cómo lo hacía*

*J.-¿El médico marcaba la pauta?*

*GE024.-El médico marcaba la pauta hasta que dejó de marcarla, cuando había una pauta sobre algo que yo consideraba que era exclusivamente de enfermería y que yo podía perfectamente desarrollarla.....*

*J.-¿Tú crees que los médicos no marcan la pauta?*

*GE024.- A mí, no me marcaron la pauta, pero sí creo que fíjate que por desgracia interviene mucho el que no marquen la pauta en el carácter y en la persona enfermera, es decir, que si te dejas te marcarán la pauta, si no te dejas posiblemente no, es triste y no me gusta ni tener que decirlo así*

*J.- Ves diferentes formas de trabajo de entonces dentro del mundo de la enfermería*

*GE024.-Claro que veo diferentes formas de trabajar y en la actualidad también, entonces la veía y hoy a lo mejor es que soy más mayor y veo las cosas de una forma más objetiva, creo que hoy sigue condicionando tanto o más*

J.- ¿Tú crees que la enfermera tiene credibilidad social con la población?

GE024.-No toda la que debiera de tener

J.-¿Hay infrautilización de los servicios enfermeros?

GE024.- Por supuesto

J.- Y porqué crees que puede ser eso

GE024.-Bueno yo creo que aquí, no culpo a nadie, no quizás se pudiese mejorar tanto a nivel de enfermería como a nivel de nuestros gestores o nuestras direcciones correspondientes, quizás sí, la enfermera tiene mucho campo para actuar ante la población, tiene mucho campo de actuación y se está limitando a uno muy pequeño que es el centro de salud y la consulta y el centro de salud y yo creo que como enfermera de primaria nuestro campo está casi fuera de los centros de salud, está mucho dentro del debe de centro pero nuestro campo de actuación debe de estar fuera del centro de salud

J.- Y porqué

GE024.-Por que creo que en AP una de mis labores fundamentales es prevenir y promover o al revés, entonces dentro del centro de salud hago mucha tarea pero también debo de hacer mucha fuera, yo creo que en la actualidad educación escolar hacemos muy poca, yo recuerdo cuando me incorporé a la AP hacíamos charlas en los colegios pero los hacía la enfermera del pueblo donde estaba ubicado el colegio o desde el centro de salud, hacíamos diferentes charlas en los colegios, ahora no se hacen

J.-¿Se os pedía eso desde la dirección?

GE024.-Sí, no se nos obligaba a ello pero te lo sugerían y como hacíamos grupos de trabajos con diabéticos, grupos de trabajos con enfermos de EPOC

J.- Eso ahora se hace

GE024.-Que yo tenga conocimiento, no, lo hacen al joven que es otra cosa que quizás tampoco hacemos ahora mismo, en algún momento sí que se hacía

Una nueva informante comprometida con la AP desde los inicios, aunque confiesa en su formación tiene gran peso la recibida como ATS, reconoce los cambios y dificultades que ha experimentado la enfermera como profesional autónoma que le permite reafirmar su credibilidad social.

J.-... la enfermera ha seguido ganando ante la población, autonomía ...

GE008.-Sí, sobre todo confianza en sí misma, que creo que es lo que mas nos faltaba, precisamente a la gente de nuestra generación, las enfermeras de mi generación porque nos educaron para ser dependientes y hasta que hemos aprendido a que podíamos ser independientes nos ha costado, o sea probablemente ahora la gente joven que se le da un concepto de la enfermería no tan dependiente no le cueste tanto pero a nosotras sí, a nosotras nos costo.

J.-Tu crees que incidía el médico negativamente sobre la enfermería en general, en general.

GE008.-Yo creo que nos tienen en muy mal concepto, en genérico, sí en genérico sí, otra cosa es que Pepito Grillo diga que su enfermera Juanita

*Pérez es una tía estupenda, pero todavía sigues oyendo aquella gracia que a mí maldita la gracia que me hace, yo no quiero una buena enfermera quiero una enfermera, bueno que lo que quiere tener a su lado es una tía de buen ver, que lo dicen con una gracia pero a mí maldita la gracia que me hace, no se como decírtelo.*

*J.-Eso traduce todo un sentimiento.*

*GE008.-Yo creo que si que siguen pensando que servimos para poco .*

*J.-El objetivo fundamental de la enfermera entonces esta en atender a la población o en atender al médico que esta en la consulta*

*GE008.-Atender a la población, que eso tiene que ser en conjunción con la persona que estás trabajando, por supuesto, yo creo que el intentar separarlo es problemático y malo para el paciente, que tiene que haber un ten con ten y que yo hago, tú haces, tú dices, yo digo, sí, pero desde luego a quien tienes que atender es a la población, no al señor que esta trabajando contigo, que sabe muchísimo de lo suyo, pero que tú sabes muchísimo de lo tuyo y que yo no tengo que pedirle a un médico que me controle una herida, porque la que controla las heridas soy yo, por poner un ejemplo y sigue habiendo compañeros que no te dejan.*

La opinión generalizada de las entrevistadas sobre la relación profesional médico enfermera, en la actualidad se asumen un alto grado de autonomía profesional, (**Anexo fotos 73**) situación poco frecuente en los inicios de la reforma sanitaria como consecuencia de imperar el paradigma racional tecnológico en el colectivo. Prueba de ello, por lo clarificador es la siguiente manifestación de una enfermera próxima a su jubilación, una de las últimas enfermeras de cupo no integrada en el equipo de salud, que aunque manifiesta no tener dificultades de relación personal, si revela cierto compromiso con el limite de las responsabilidades que se derivan de su quehacer diario pues manifiesta ver al médico como su jefe, el cual “me deja hacer” con lo que indirectamente denota no tener la última palabra sobre su actuación profesional.

*J.-Dentro de la estructura que tenemos, que tenéis en este centro, al médico lo ves como el jefe.*

*GE011.-Ya, pues yo igual si lo veo como jefe y lo veo como compañero me entiendes a mí me deja, o sea yo creo que confía mucho, pero yo lo veo como jefe porque claro yo no hago nada en según que cosas por supuesto las tiene que ver él, una úlcera que está infectada, bueno pues por ejemplo hago mis cultivos, ya hace medio año que hago los cultivos, quiero decirte pues he tenido análisis o sea que ya sabe pero claro, oye pues entonces le diría pues tienes que ver esto porque se que al final el es el que entiendes, ahora por ejemplo antes de las curas pues a lo mejor dice pues cúrale ahí no se mete si yo le curo, hombre a lo mejor le digo estoy curándole con esto llevo no se*

*cuantos días y no le va bien, pues ponle esto otro, pero el a mí de entrada no me dice, o sea te deja eh, que hagas tú el trabajo, entonces pero como jefe al final es el que tiene.*

*J.-Así que tú tienes cierto grado de autonomía pero hasta un límite.*

*GE011.-Quiero decirte que igual es que me lo impongo yo, que me gusta a mí que, entiendes, lógicamente si es un tratamiento de hipertenso y hay que subirle la dosis, o sea la tiene que hacer él, la hace él y por ejemplo si hay un señor y le tomo la tensión y veo que tiene una taquicardia, bueno pues agarro inmediatamente bajo y le hago el electro y se lo dejo, le llamo y se lo digo pues mira esto pasa y tal y entonces pues quiero decirte quien dice eso pues no se pues otra cosa, entonces que todo al final como digo yo el último según de que cosas o sea hay otros que el no los ve para nada, pues una cura que va bien, vacunas, van se van, siempre procuro que en mitad o tal él les eche un vistacillo sabes.*

*J.-Tú crees que el médico actúa, bueno ya me dijiste antes, si actuaba negativamente o positivamente sobre la enfermera, si influía.*

*GE011.-Yo negativamente sobre mí no, negativamente no, para nada eh, quiero decir que no totalmente.*

También la siguiente informante refiriéndose a los años ochenta no tiene dudas de quien tiene la última palabra en materia sanitaria

*J.-El jefe, en esos momentos, insisto, ¿quién era, el que tiene la última palabra sobre un enfermo era la enfermera o el médico quién era?*

*GE025.-El que tiene la última palabra sobre la enfermedad y la patología la tenía el médico lógicamente*

El siguiente informante nos hace un comentario cuya singularidad viene determinada por su procedencia, en la primera mitad de los años noventa, de otro centro de salud sito en diferente comunidad autónoma, consecuencia de un traslado que en ese momento está reglado exclusivamente para AP, años mas tarde como anteriormente se ha documentado, se regula una única puerta de entrada laboral del sistema nacional de salud, atención AP y atención especializada (AE), y como consecuencia se permite el traslado no solo entre centros asistenciales sino que también entre niveles asistenciales regulado exclusivamente por la antigüedad. Pues bien, con esta declaración se resalta una vez mas el carácter especial que tenía la enfermera de AP dentro del sistema sanitario

*J.- Vienes a La Rioja, ¿a donde exáctamente?*

*GE026.- Yo vengo a Sto. Domingo de la Calzada (**Anexo fotos 24**), lo que pasa que me bailan los años*

*J.- En el 89 Santo Domingo no estaba constituido, 91-92 por ahí*

GE026.-Cuatro años en APD, cuatro años en Valencia de Don Juan, en abril del 90

J.-Puede ser, porque el traslado no se reguló hasta el 90, 91 o 92, no lo tengo yo muy claro, claro el traslado era de AP a AP no?

GE026.-Sí, si, fue un concurso que hubo a nivel nacional

J.-Tú no te podías trasladar al hospital si hubieses querido?

GE026.-No, no, yo hubiera podido ir al Hospital pero no en traslado sino, bueno esto realmente fueron vacantes, por concurso abierto y permanente, pero yo tenía una plaza en AP y fue esa plaza a la que me trasladé

J.-Llegas aquí a La Rioja, cómo esta esto, cómo lo ves, qué diferencias, que coincidencias

GE026.-Ya estaban los equipos de AP, yo creo que era bastante uniforme, para mí eran similares, el equipo de AP de aquí al equipo de AP de allí, era muy similar. Para entonces ya llevaba en funcionamiento unos cuantos años, supongo como cuatro años, como equipo sui géneresis porque sí que hubo un tiempo en el que era libre el integrarse o no integrarse por parte de los sanitarios locales en el equipo de AP. Entonces, había unos algunos equipos en los que había pues prácticamente estaban todos integrados en el equipo y en otros no, hasta bien recientemente, cuando consintieron los dos modelos, uno de ellos a extinguir, todavía hay por ahí alguno, realmente donde yo vivo más intensamente este proceso fue en León, yo allí sí que tuve alguna responsabilidad, fui responsable de enfermería desde el principio y fue cuando se gestó pues la puesta en funcionamiento y bueno pues con la gerencia tuve bastante relación y sí que me tocó con el coordinador que era un pediatra pues poner en marcha aquel equipo, allí si que tuve complicaciones pues personales y profesionales, aquí me encontré ya con ese terreno

J.-Cuando tú llegaste quién estaba en la dirección

GE026.-Cuando yo llegué aquí creo que estaba Iosu Sinosiain y en la dirección de enfermería no sé si estaba Gloria ya o Gloria estaba de subdirectora, había una chica que había tenido un accidente Maribel, luego quedó Concha Aúsejo y después Gloria

A continuación el mismo informante nos da su amplia opinión y relata su experiencia del ser enfermero hoy en AP, enriquecida por su histórico bagaje como profesional asistencial desde los primeros años de andadura de la reforma sanitaria en España, además viene reforzado por su ejercicio durante algunos años tanto de responsable de enfermería de un equipo de salud como de director de enfermería de área de salud. De ahí que relate al igual que otras compañeras con pequeñas divergencias el desarrollo de una jornada normal desde las ocho de la mañana que comienza con servicios comunes de extracciones de sangre, posteriormente se inicia la consulta ya sea de adultos o

de niños, donde desarrolla actividades protocolizadas con no todo el contenido enfermero que debiera y considera que la última palabra la tiene la propia enfermera a través de los cuidados educativos que esta imparte. A continuación tienen previsto la actividad en los domicilios que suelen hacer solos y en ocasiones puntuales acompañados del médico. Asimismo se realizan reuniones de equipo y de formación continuada, impartidas por los propios profesionales del equipo, y no se percibe la influencia y proximidad de la dirección enfermera en la actividad cotidiana a pesar de la variación tan importante que ha existido desde el año 1984 en que se inicia la reforma sanitaria.

*J.-Bueno, qué haces tú cuando llegas a La Rioja, cómo es tu trabajo, qué es ser enfermero en ese momento aquí, te choca, te reafirmas*

*GE026.-No encuentro mucha diferencia en el trabajo de la enfermería aquí al que yo venía realizando, yo creo que la enfermería no estaba asumida por los demás profesionales como se ha llegado a asumir posteriormente. Había gente que pensaba que éramos pues eso, no sus ayudantes sino sus auxiliares, algo así, pero bueno yo aquí no tuve ningún problema por desarrollar mi profesión*

*J.-Describe una jornada normal de entonces*

*GE026.-Pues no difiere mucho de la de ahora. Una jornada de ahora comienza pues realizando técnicas, las extracciones de sangre por ejemplo, hacer los electros de primera hora y demás pero ya había una consulta de enfermería en la que tú tenías tus citados, tenías una población asignada, aunque no era asignada a ti, era un cupo al que tú estabas asignado, era esa vía indirecta, pero ya tenías una población asignada de la que tú eras responsable de los cuidados enfermeros entonces ahí tenías un campo y nunca tuve ningún problema en mi trabajo*

*J.- Y qué es lo que hacías a lo largo del día, primera hora hacías las extracciones, los electros...*

*GE026.-Luego pues tienes una consulta de enfermería programada, citar a programados crónicos, diabetes, hipertensión, obesidad. Yo anteriormente había tenido quizá más experiencia en el primer centro que trabajé pues hice enfermería pediátrica y fue además un trabajo muy gratificante porque realmente hacía enfermería pediátrica, sí que había una parte en el que yo colaboraba muy estrechamente con el médico en un trabajo conjunto que era pues ver los programados, la demanda la hacía él pero los programados que había los veíamos conjuntamente y fue muy enriquecedor para mí trabajar con esa persona que sabía muy bien su oficio y bien, yo siempre tuve la oportunidad de ejercer mi profesión pues no sé, había revisiones que estaban pautadas y que las hacía yo, yo recuerdo hacer revisiones por ejemplo de los seis años o de los dieciocho meses de los niños*

*J.-¿El grado de autonomía era ahí importante, mucho más que en el del pueblo cuando eras APD?*

GE026.-No, era completamente distinto, cuando era APD no asumía la enfermería que tú habías estudiado, no sé, la gente estaba acostumbrada al practicante, el practicante era el señor que ponía las inyecciones y hacía las campañas de vacunas y hacía las visitas domiciliarias pero de la gente que estaba en la cama o del abuelo que era terminal, sin mas, en el centro de salud era distinto, yo creo que además nosotros nos vendíamos como enfermeros, había una actitud mas activa por nuestra parte desde el punto de vista profesional

J.- La última palabra en ese momento, en esa actividad que tienes, la tienes tú, la última palabra en los cuidados que tú hacías, la tenías tú o la tenía el pediatra

GE026.- No, lo que era enfermería, yo tenía autonomía, en educación para la salud, recuerdo fundamentalmente con las madres yo he tenido un campo bastante amplio, había revisiones que las hacía yo, yo daba los consejos y yo tomaba las decisiones en ese ámbito, tampoco mas allá, pero sí que tenía responsabilidad y yo creo que era un trabajo, en ese caso pues muy valorada, ahí hicimos un salto atrás, estábamos aquí en Sto. Domingo, yo aquí conecté con un cupo de gente pues envejecido, un cupo grande, con consultas bastante masificadas y bueno también con mucho trabajo, pero con una autonomía profesional bastante.....

J.-El trabajo, me decías antes, empezabas a las 8 de la mañana extracciones luego empezabais la consulta con los adultos

GE026.-Sí, si, gente que tú te citabas y era consulta programada, pues con tu tiempo para abordar pues los temas pues bien y luego las visitas domiciliarias

J.-Los protocolos que desarrollabais en la consulta los hicisteis vosotros o estaban ya hechos, los mandaron de gerencia

GE026.-Sí, entonces ya había protocolos de gerencia, hombre tú siempre pues veías con tu bagaje y los primeros años de ejercicio profesional en AP fueron muy intensos, tú tenías tu propio bagaje aunque tú tenías un programa que venía de gerencia y lo desarrollabas pero tenías también pues libertad a la hora de abordar las cosas

J.-Consideras que el contenido que tenían esos programas, esos protocolos tenían contenido enfermero

GE026.-Pues quizá no todo el que debiera

J.-Vamos a ver, no visto desde hoy, visto desde entonces

GE026.-No, quizá eran mas que pasados también por el médico, yo creo que sí que los programas los hacía básicamente pues la dirección médica, sí que había entonces enfermeros pero no era desde una óptica enfermera

J.-Después de la consulta ibas a los domicilios, cómo ibas, con el médico, solo, indistintamente

GE026.-Pues algunas veces quedábamos para hacer alguna visita conjunta pero lo habitual es que fuera solo

J.-Desde el principio empezasteis con guardias en Sto. Domingo

GE026.-Sí, si, cuando yo vine ya había guardias

J.-¿Qué zona tenéis aquí?

GE026.-Pues aquí hay un PAC distinto al de Sto. Domingo que es el de Ezcaray pero la zona de salud tiene aproximadamente once o doce mil habitantes, de los cuales pues unos dos mil serán de Ezcaray, de media porque aquí la población varía mucho dependiendo del verano o de épocas de vacaciones porque, hay mucho turismo o gente con segunda residencia entonces hay épocas del año en las que la población en algunos pueblos se duplica y se triplica

J.-Veis cambios de proceder, el hecho de que cambie la dirección de enfermería, desde esa lejanía

GE026.- No

J.-Hacéis reuniones de equipo, reuniones de enfermería

GE026.-Pues sí que había reuniones de equipo y también de enfermería y sí que había algo de actividades programadas de formación continuada, yo recuerdo de preparar algún tema

J.-Había que engrasar eso o iba la cosa.....

GE026.-Sí, si, había que engrasarlo, yo venía de, yo creo que de una práctica mas habitual, de reuniones de formación, de haber un calendario en el que cada uno se prepara algo y va y lo expone con un mínimo de preparación y de coherencia

J.-¿Recuerdas mas o menos de qué cosas?

GE026.-Pues no recuerdo, los temas podían ser, cualquiera se podía, yo recuerdo de haber hecho algo sobre el programa del niño que tenía experiencia y temas así de vacunas

J.-El cambio de dirección, la dirección os facilitaba o os ponía palos en la rueda, era un elemento que echaba grasa para que la cosa.....

GE026.-Vivimos alejados de la dirección, nunca sentí la proximidad de la dirección, la dirección pues alguna vez venía por aquí a exponernos algún tema o si había algún conflicto pero nunca vi que desde la dirección implantasen un sistema, un calendario o supervisase cómo iba tal tema

El siguiente informante hace un comentario de conjunto, que aunque breve, es interesante y puede servir a modo de resumen, ya que describe su percepción enriquecida por su visión retrospectiva de la situación actual y el papel de la enfermera de AP hoy. Como se puede comprobar, su análisis está impregnado del viejo mito como el de *los cubanitos* que tanto han influido en la reforma sanitaria

J.- Del inicio a ahora tú ves cambios de formas de actuar, había en el inicio una filosofía de trabajo, la hay ahora, ¿qué cosas crees que la han condicionado?

GE003.- *En principio, yo soy muy crítico, también tengo que entender que las labores de las enfermeras que venían a su primer trabajo en primaria aquí, fue muy duro porque venían de un trabajo en equipo en especializada donde el trabajo estaba mucho más monitorizado y mucho más automatizado y aquí se encontraron con que tuvieron que adaptar todos sus conocimientos a una serie de nuevas circunstancias, de nuevas situaciones en la cual la enfermera tenía que saber de todo, tenía que estar alerta en todo, ese empuje, yo se lo reconozco, es más, muchas de esas compañeras han tenido el orgullo y el valor de superarlo y de adaptar totalmente su situación a la nueva realidad, evidentemente peleaban por una causa perdida puesto que nunca conocieron cual era la alternativa y sí que la conocieron a través del trabajo y de la experiencia cuando se han dado miles de bofetones y esas mismas enfermeras pues ahora mismo ya están con unos recursos, como yo mismo estoy con unos recursos ya totalmente carentes de ilusión*

J.-*¿La ilusión ha desaparecido? ¿Cómo comenzó la AP y la Enfermería?*

GE003.- *A ver, la atención primaria comienza desde una visión biomédica total, asumida desde un punto de vista muy cubano, con lo cual de ahí se extrajo solamente las actitudes sanitarias que querían reforzar el hecho biomédico*

J.-*Eso de muy cubano lo dices porque estuvieron algunos haciendo algún curso en Cuba ¿Trueba entre ellos?*

GE003.-*Trueba, Félix, Jorge y otro, en principio sí pero solo se extrajo de ahí la parte*

J.-*¿Solo fueron médicos y eso crees que ha condicionado?*

GE003.-*Totalmente, cuando en un momento dado delegaron en una enfermera en principio, la dirección médica y la dirección de enfermería tenían el mismo escalafón jerárquico, eso fue la primera lucha que tuvo que ganar Maribel Robertson y cuando en un momento dado eso se deshizo con Carmen Babace entonces es cuando ya empezamos a perder totalmente la batalla, solo se asumió eso, continuó una especie de impasse en el cual la guerra que estaba ya ganada, porque se había constituido una asociación de médicos de familia a la cual la dirección de la sanidad pública española le dio totalmente credibilidad y pábulo para poder reorganizar el hecho de lo que podría ser el futuro de la AP con lo cual se perdió la distribución de trabajo con lo cual esa distribución de trabajo se absorbió por parte de los médicos de familia con lo cual el hecho reivindicativo de las enfermeras de su situación laboral y de su propio trabajo no existió puesto que no tenían armas ni ámbito político para poder defenderlo*

J.-*Insisto, la organización posterior, los cambios que hubo de direcciones, ¿crees que eso favoreció, perjudicó?*

GE003.- *Perjudicó totalmente a la enfermería*

J.- *¿A la enfermería solo?*

*GE003.- A ver, yo creo que ha perjudicado notablemente a todas las ciencias de la salud que se aplican en la administración de la misma*

*J.- Gerencia única, gerencia especializada, gerencia primaria?*

*GE003.- La distribución jerárquica me da igual en cuanto a la gestión, lo que hace falta es tener una buena gestión y sobre todo saber, tener en cuenta qué tipo de trabajo es el que se desarrolla, no se conoce el trabajo que se desarrolla.*



## **11.-Discusión y resultados**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **11.-Discusión y resultados**

En este capítulo se pone en relación los datos obtenidos de las encuestas y los contenidos de las entrevistas en profundidad e historias de vida, por tanto, la discusión, al igual que la estructura del trabajo están diferenciadas en dos apartados complementarios:

El primero de corte CUANTITATIVO que sirve de soporte y sobre el que se implementan los resultados cualitativos. De ahí que se inicie con el total de las enfermeras de los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja que pertenecen a los equipos de salud de Atención Primaria, según el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, que solo contempla a determinado tipo de profesionales. Se ha evitado incluir al personal de Enfermería de las unidades de apoyo: Unidad de Salud Mental, Planificación Familiar y Fisioterapeutas que también trabajan en los centros de salud y en la Zona Básica de Salud. La participación en este apartado del estudio es algo inferior al anteriormente realizado por el Grupo Seis (Grupos Seis Docentes de Enfermería Riojana DER;1992) pero es claramente representativo para extraer conclusiones con un alto grado de fiabilidad. En el segundo apartado, de tipo CUALITATIVO se incluyen treinta entrevistas en profundidad de diferentes informantes claves, ya sea por el papel protagonista o por el alto grado de conocimiento que a lo largo de estos años han tenido en la reforma sanitaria de Atención Primaria. A través de los informantes clave se profundiza en el proceso de construcción de la identidad enfermera, que a diferencia del anterior apartado no se guía por la probabilidad estadística. El interés se pone en el proceso inductivo que facilitan la construcción de categorías o subcategorías, entendidas como las ideas similares que componen el grueso del discurso conformado por diferentes elementos, como el contexto, su formación de pregrado, la situación laboral, su credibilidad y reconocimiento social, profesionalidad, gestión de cuidado, lenguaje enfermero, jerarquías etc.

La discusión esta organizada siguiendo cierta cronología histórica, comenzando con la descripción del contexto donde nace la reforma de la Atención Primaria de La Rioja, que coincide con la transición hacia la democracia y con la recién estrenada España de las autonomías. Así desde el

centralismo nacional y regional se inician los primeros pasos de esta reforma en La Rioja, con la creación del primer marco territorial de la Atención Primaria que es la zonificación de Logroño en el año 1984 (Orden de la Consejería de Sanidad de 21 de mayo de 1984), que actúa como embrión del posterior y primer Mapa Sanitario de La Rioja, donde ya se incluye además de la capital el resto de la región, con dos gerencias una de Atención Primaria y otra de Atención Especializada (Decreto 38/1985 de 20 de septiembre). En años posteriores será reformado, primero constituyendo tres Áreas de Salud (Decreto 29/2005 de 22 de abril) y nuevamente conformando un Área de Salud con una única gerencia para toda la región (Decreto 121/2007 de 5 de octubre).

Otra de las características de ese momento es el centralismo bio-médico del primer nivel asistencial de Logroño, cuyo núcleo más importante se sitúa en el ambulatorio Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, que fue el primero y principal de los ambulatorios, además de Vara de Rey y Labradores. Estos centros se habían convertido en auténtico refugio laboral de las ATS del INSALUD (mayoritariamente mujeres), donde se protegen de las hostiles condiciones laborales del trabajo a turnos de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Claudio Coello. Es el único lugar, además de los solicitados turnos fijos de mañanas, donde poder compatibilizar la vida laboral y familiar. Este hecho, con mayor o menor impacto, sigue presente en las decisiones profesionales de las enfermeras de los centros de salud, pues mayoritariamente manifiestan priorizar la vida familiar y el cuidado de los hijos frente a la profesional, a pesar de percibir que la condición de género repercute en menor medida que hace unos años. Estos problemas y sensibilidades de conciliación detectados en el trabajo son en esencia coincidentes con el análisis y los objetivos de la IV Conferencia mundial sobre mujeres celebrada en Pekín en septiembre de 1995, que se interpretan en las Directivas del Consejo de Europa 92/85/CEE de 19 de octubre y la 96/34/CE, de 3 de junio, y años más tarde se traducen en España a normas legales de carácter estatal (Ley 39/1999, de 5 de noviembre).

El desarrollo de la actividad enfermera en los ambulatorios como ATS de Instituciones Abiertas de la Seguridad Social, ATS de cupo o APD, se centra en la recuperación de la enfermedad. Su labor se circunscribe, bajo las ordenes de una Jefa de Enfermeras en cada ambulatorio, a actuar como auxiliar del médico, cumplimentar recetas, partes de baja, realizar extracciones de sangre, radiografías, curas, o en el caso de los ATS de cupo aplicar tratamientos exclusivamente por vía tópica o parenteral, toma de tensión arterial etc...

Nuestros resultados coinciden con los aportados en el estudio de (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos, Pastor-Sánchez;2005). En la práctica su comportamiento laboral es de auténtica disciplina auxiliar de la medicina, puesto que no pueden tomar ningún tipo de iniciativa profesional autónoma como bien confirman autores como el doctor Siles (Siles; 2000).

El hecho de desarrollarse en un contexto social y político posterior a un largo periodo totalitario y de plena transición hacia la democracia, es una circunstancia que influye en la percepción de todo el colectivo sanitario implicado en la reforma sanitaria. Para unos es motor e incentivo de cambio y en otros produce sensación de desazón por alterar el orden establecido, situación que coincide con el estudio de Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos, Pastor-Sánchez mencionado en el párrafo anterior *“la toma de conciencia de algunos profesionales que rechazaban el modelo puramente administrativo y curativo, y se sentían solos, marginados y desmoralizados en su ejercicio clínico. La población contribuyó con un mayor nivel de exigencia, que germinó durante la dictadura y se desarrolló con el inicio de la democracia... Tuvieron cierta influencia algunos salubristas con experiencia en gestión sanitaria llegados desde países de Latinoamérica, donde se habían instalado regimenes dictatoriales (básicamente Chile) o que habían recibido formación en Cuba. Fue importante el ambiente de permeabilidad que hubo en España durante la apertura y la transición política, entre 1970 y 1982”*. Este es el contexto donde se produce la transformación de paradigma enfermero en La Rioja, que se inicia con el cambio de los planes de estudio, (oficialmente comienza en el año 1977), cuya transformación real de contenidos llegará paulatinamente y no de forma unívoca ni paralela a todo el país.

Puesto en marcha el nuevo plan de estudios en La Rioja, a comienzo de los años ochenta y por iniciativa de los primeros médicos de familia, un pequeño grupo de alumnos de la EUE de Logroño (potenciales profesionales de los futuros centros de salud) realizan por primera vez prácticas clínicas extra-hospitalarias en la recién creada Unidad Piloto de Formación para médicos de familia. Esta situación se produce prácticamente al margen de un dominio o modelo propio enfermero, pues incluso carecen de enfermera titular que pueda ejercer de tutora formal, y por tanto no escapan a cierta influencia monopolística de la bio-medicina imperante. Esta situación se corrige, normaliza y afianza a partir del curso 90-91, en que se regulan formalmente las prácticas de los alumnos en los primeros centros de salud. Allí son adscritos a una enfermera de referencia y desarrollan conocimientos y habilidades de abordaje sobre la promoción, y prevención a través del trabajo en equipo, de forma muy semejante a las experiencias formativas de los alumnos de los

centros de salud de Alcantarilla (Murcia) donde los alumnos de tercer curso *“incrementan el grado de conocimientos, técnicas y actividades de Enfermería; los alumnos consiguen integrarse en el equipo y se sienten satisfechos del trato recibido por los miembros del equipo de APS”* (Cava, López, Martínez, Serrano; 2001).

Esta corriente de cambio formativo se ve fortalecida por el desarrollo y contenido del curso de nivelación de ATS por DUE, que además de introducir cierta formación sobre aspectos epistemológicos enfermeros, también incluye bio-estadística y salud pública como instrumentos imprescindibles de análisis e intervención enfermera en la comunidad. Así mismo, es la formación continuada, institucionalizada a finales de la segunda mitad de la década de los ochenta, el instrumento con el que se profundiza, adapta y facilitan contenidos de acuerdo a las necesidades formativas de las nuevas formas de gestión del cuidado de las enfermeras de los centros de salud. Esta situación coincide con el análisis de situación realizado sobre la enfermeras de Atención Primaria en Mallorca donde se afirma que *“la formación de DUE esta mas orientada hacia la Atención Primaria que los estudios de ATS”* (Sancho,Vidal,Cañellas, Pinilla,Corcoll, Ramos;2002).

Como descripción del colectivo en estudio, se puede afirmar que su formación en el pre-grado ha sido diferente, unas son diplomadas DUE y otras son ATS aunque con posterioridad, en su gran mayoría han realizado y superado las pruebas de convalidación del título de diplomado en enfermería. No existe en este momento ninguna persona en ejercicio con el título de practicante. Es de destacar, que el porcentaje de profesionales cuya titulación al terminar la carrera era de Diplomados en Enfermería es mucho más elevado que en la investigación realizada sobre el Perfil de Enfermería de Atención Primaria, en el medio rural en la provincia de Granada, *“y pocos son los que han realizado el curso de nivelación”* (García Sánchez Et alt;1984), aunque también se ve reducida la diferencia de convalidados, con los resultados del estudio de época más reciente del Grupo Seis (Grupo Seis DER;1996). Los programas de formación en el pre-grado son distintos y esto debería de ser un condicionante que predispone a la divergencia paradigmática, pero no se traduce sistemáticamente en una opinión radicalmente opuesta sobre cuestiones fundamentales del proceder profesional.

En este sentido es relevante el análisis sobre el tipo de denominación, pues se observa que a lo largo de los últimos cien años ha pasado por distintos nombres, (Enfermera, Practicante, Ayudante Técnico Sanitario, Diplomado Universitario de Enfermería, ATS, DUE, etc..)

(Vázquez,Casals,Aguilar,Ramírez,Gómez,Villarín;1997), y se da la paradoja de que hasta la revisión número 22 del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en el año 2001 no se recoge su acepción en este sentido. En su apartado segundo explica que es la “*profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas*”, y a pesar de lo que otro autor indica “*aunque todo el mundo sabía de su existencia, la profesión de Enfermería no tenía estatus lingüístico*” (De Miguel; 1998) (**Anexo fotos 79**). Por otra parte, el propio sustantivo enfermera, condensa la historia que va implícita en la denominación, como se reseña en algún otro trabajo “*de ahí que las enfermeras de un tiempo a esta parte hayan descubierto el sagrado deber e importancia de contarse para existir, para saber quien son, para ser útiles como instrumento al servicio de la comunidad, para mostrar al ciudadano lo que les puede pedir*” (Mínguez;2007) pues “*al poner nombres: nombrar es estrenar, incorporar lo aislado a una red de remitencias mutuas que le dan sentido. Por eso nombrar, poner nombre es siempre la forma abreviada de una historia*” (Marín;1997). Aunque hoy en día se sigue escuchando a la población denominar a la enfermera de los EAP, sobre todo en las zonas rurales de La Rioja, como la practicante/e y cada vez menos la ATS, circunscribiéndolo más al ámbito urbano asimilable a los antiguos ambulatorios u hospitales. Así es que las enfermeras de los centros de salud de La Rioja consideran que la denominación más adecuada para la profesión, es la que engloba el concepto enfermera, ya sea como Diplomado Universitario de Enfermería, Diplomado en Enfermería o Enfermera sin distinción para hombres o mujeres. Se puede decir que entrelazan y unifican toda una red de significados que da sentido a un “existir enfermero”, opinión coincidente con el autor del trabajo que relaciona enfermería y antropología, “*el uso de la palabra para designar las actividades características de la enfermería, han influido notoriamente en el desarrollo de un tipo u otro de enfermería y ha configurado de una u otra forma la cultura del cuidado enfermero*” (Siles;2003). Este hecho produce, como se repite en capítulos anteriores, una auténtica simbiosis entre la enfermería y la antropología.

### 11.1.-Proceso de adaptación

La reorientación de la práctica asistencial enfermera se facilita con la constitución de los primeros centros de salud, de acuerdo a las líneas genéricas trazadas desde los servicios centrales del INSALUD. Esto se plasma en La Rioja en el insólito y único “Programa de Actuación y Objetivos de la Dirección de Enfermería de AP” en mayo de 1988 (**Anexo fotos 59**), convertido en una exigencia previa al acceso a tan insigne puesto de la administración sanitaria. En el se marca un perfil de práctica diferente al establecido hasta el momento en los ambulatorios y va en consonancia con los postulados teóricos que emanan de los nuevos planes de estudio. No solo se introducen cambios organizativos también directrices de atención integral a través del fomento, promoción, atención y rehabilitación para la salud de la población. Por otra parte se promueve el trabajo multidisciplinar y en equipo, y se estimulan la docencia y la investigación como elementos que incentivan los primeros cambios reales en la práctica de la gestión del cuidado enfermero. Esta situación carece de una estrategia firme de continuidad en posteriores direcciones enfermeras que acceden sin proyecto previo, y cuya acción en sus orígenes no concurre con la línea de pensamiento de autoras como Carmen Ferrer, que desarrolla la división de enfermería del área 2 de Madrid en base a criterios donde *“las organizaciones sanitarias de hoy y del futuro parece necesario que diseñen sus estrategias teniendo en cuenta esta idea: personas con capacidad de pensar y aprender, orientadas desde un marco estratégico y plasmado desde un mapa operativo”* (Ferrer Arnedo;2005).

Tras el inicial desconcierto que estos cambios producen en los primeros centros de salud, se induce institucionalmente a la enfermera a asumir su rol como profesional autónomo. En la mayoría no se producen de forma homogénea ni radical, cada centro de salud se desarrolla según sus propias peculiaridades pero como ratifica indirectamente Celma en su tesis doctoral *“la enfermería pudo desarrollarse porque resultó necesaria para la profesión médica, que así pudo liberarse de los cuidados delegándolos en manos cualificadas”* (Celma Vicente;2007). Se aprovechan y benefician de la larga y estrecha supeditación con el médico, pues en la mayoría de los procedimientos se considera imprescindible a la enfermera, de acuerdo al rol que realizaban tradicionalmente en los ambulatorios, y por ello se les delegan cuidados que requieren cierta complejidad. Es cierto que esta situación en numerosos casos no se rompe drásticamente, pero es el germen de importantes conflictos inter-estamentales (médicos, enfermeras), como consecuencia de las rivalidades que

surgen cuando las enfermeras muestran abiertamente la intención de ejercer su rol autónomo. Por ello las enfermeras de Atención Primaria, se ven en la obligación de tener que dar todo tipo de razonamientos, en muchos casos no muy bien vistas y en otros no muy bien fundamentados, pues el estamento médico todavía se siente el responsable último de la actuación sanitaria en el sistema de salud, escenario coincidente con otras regiones como queda plasmado en diversos artículos de diarios nacionales y regionales (Rivera;1985) (**Anexo fotos 37**), (Diario Médico;1985) (**Anexo fotos 37**), (Valenzuela;1986) (**Anexo fotos 39**), (García ML;1986) (**Anexo fotos 40**). Todo ello es la consecuencia de ejercer su rol *“pero sin unas directrices claras de actuación respecto al trabajo que debían desarrollar las enfermeras”* situación coincidente con el estudio que se hace al respecto en Mallorca (Sancho,Vidal,Cañellas, Pinilla,Corcoll, Ramos;2002).

En La Rioja este escenario de conflictos se hace invisible con el transcurso de los años y se ve agravado por la insuficiente contundencia argumental y la escasa diferencia entre el rol independiente y su práctica inter-dependiente. Tampoco se favorece su esclarecimiento desde el ámbito de la gestión, ya sea gerencia, dirección de enfermería, subdirección de enfermería de Atención Primaria, a pesar de algunas iniciativas nacionales como la de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, que trascienden el ámbito laboral y aparece en diarios nacionales. En palabras de Carmen Cuesta *“intentan revalorizar la función de las enfermeras. Actualmente están infrautilizadas en trabajos burocráticos y administrativos, como si fuesen auxiliares administrativos, mas en función de una profesión, el médico, que a la población”* (Criado;1986).

En la región son insuficientes las iniciativas que auspician la aplicación sistemática, unificada, coherente, científica y evaluable de la intervención autónoma enfermera con planes de cuidados y metodología enfermera. Al contrario, se continúa con una cartera de servicios y la evaluación de las normas técnicas mínimas (extinguida como tal en 2004) derivadas de los protocolos de actuación sobre enfermedades crónicas con fuerte contenido biomédico y escaso desarrollo de planes de cuidados. En estos casos la aportación enfermera carece de personalidad propia y su imagen queda ensombrecida y difuminada, como se recoge en el estudio de Aguilera Guzmán *“este trabajo evidencia que para mejorar la calidad asistencial es necesario unificar la metodología a través de la definición de criterios homogéneos que permitan la correcta planificación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidados”* (Aguilera Guzmán;2001). Esta situación indirectamente se trata de corregir con el artículo 42 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

(Ley 16/2003), ya que el profesional sanitario, en este caso la enfermera, debe de integrar y aplicar los conocimientos y habilidades en buenas prácticas que resuelvan los problemas de salud que se le planteen.

A pesar de estas contrariedades que se viven en los centros de salud, sí existen marcadas diferencias respecto a la actitud e intervención profesional de las antiguas ATS de ambulatorios, pues mantienen y consideran casi unánimemente que el objetivo fundamental de la acción profesional enfermera son los cuidados a las necesidades de salud de las personas familias o comunidad *a su cargo*, opinión coincidente con el trabajo de Domingo y Gómez en el que trata *“de llegar aun acuerdo sobre el objeto de estudio de la enfermería: el Cuidado”* (Domingo, Gómez;2003). Oficialmente queda reflejado en el apartado sobre las retribuciones del Acuerdo de la Mesa Sectorial del Servicio Riojano de Salud, en aplicación de los puntos 8 y 9 del Acuerdo del Personal del SERIS 2002-2004. Allí se reconoce oficialmente la adscripción de cupos a enfermería (un grupo de personas). Este hecho en esencia coincide con los planteamientos teóricos que define en capítulos anteriores la Consulta de Enfermería en Atención Primaria como *“la actividad o dictamen que presta o da la enfermera sobre los cuidados encaminados a satisfacer necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente”* (Mínguez;1997). Emplean la mayor parte del tiempo de su trabajo en cuidados o ayudas al paciente, opinión distinta a la manifestada en el trabajo del Grupo Seis (Grupo Seis Docentes de Enfermería DER;1996), donde dicen emplear la mayor parte del tiempo de su trabajo en labores burocráticas, sobre todo burocracia estrictamente del médico, en consonancia y en buena herencia del proceder de las ATS de los ambulatorios.

La prioridad fundamental del trabajo de las enfermeras, es realizar un diagnóstico de enfermería antes que cumplir las indicaciones del médico y no se sienten subordinadas a dicha figura profesional, singularidad típica de los ATS en el paradigma racional tecnológico. Sorprende esta respuesta, ya que no es el diagnóstico de enfermería una taxonomía uniforme y generalizada en el proceder cotidiano de la gestión del cuidado enfermero en La Rioja, por lo que se puede concluir que esta afirmación responde más aun proyecto en transición o un deseo a alcanzar, asumido teóricamente, más que a la generalidad cotidiana de su práctica. Esto viene a confirmar indirecta y parcialmente lo mencionado en un capítulo anterior por Hernández-Conesa, Moral de Calatrava, y Esteban-Albert, que se puede estar confundiendo el rol autónomo, con el ejercicio profesional sin estar acompañado de otro profesional (con el estar o ejercer solo), ya sea en el despacho enfermero, el domicilio etc., pero

utilizando conceptos y criterios ligados o vinculados a otras disciplinas que no son en su totalidad propiamente enfermeras (Hernández-Conesa, Moral de Calatrava, Esteban-Albert; 2003).

Se declaran capacitadas para el seguimiento de personas con enfermedades crónicas sin necesidad de que el médico lo indique, opinión que es coincidente en esencia con los resultados de la investigación de González Jurado donde manifiesta que a lo largo de los últimos cuarenta años se trata de conseguir un cuerpo doctrinal propio que produce un autentico cambio de paradigma. Este hecho facilita la transformación *“de profesión subordinada a profesión autónoma... de la práctica basada en usos generales propios de la profesión, a la práctica basada en la evidencia científica”* (González Jurado;2006).

Manifiestan ser vocacionales, dado que les gustan los temas sociales y de salud, y no muestran arrepentimiento de haber realizado estos estudios, pues los volverían a cursar. Dicen trabajar en el área en donde más capacitados se sienten, a diferencia de lo que se manifestaba en trabajo del Grupo Seis que solo lo hacían casi la mitad de los encuestados. El lugar de trabajo les permite un desarrollo profesional adecuado, factor que no se daba en el anterior estudio de las Enfermeras de Atención Primaria de La Rioja, del Grupo Seis anteriormente mencionado (Grupo Seis Docentes de enfermería DER;1996).

Se verifica que las Enfermeras de Atención Primaria de La Rioja, conforman un colectivo de profesionales que desarrollan su trabajo en los centros de salud, a los cuales llegan mayoritariamente tras superar un concurso oposición o bien por traslado desde el hospital y cuya vía de acceso era por concurso de méritos hasta la década de los ochenta en el territorio tutelado por el INSALUD. Cuentan con una amplia estabilidad laboral, por lo que es preciso reseñar los resultados de otros estudios de sectores sometidos a problemas de producción que concluyen que la estabilidad laboral aumenta la rentabilidad (Kreisler;2005).

Existe conocimiento de su Código Deontológico Profesional, pero consideran que esta mal difundido entre el resto del colectivo profesional y peor propagado entre la población. Esto debería de ser un buen motivo de reflexión pues es *“la carta de garantía social”* de toda profesión en el sistema de salud, *“además del sustento de las bases legales que protegen al enfermo”* (Cadozo, Et alt;2006); y debería de ser un elemento esencial de relación entre las personas y los profesionales de un sistema de salud, lo que permitiría a la población elegir desde el conocimiento.

## 11.2.-Asentamiento profesional

Transcurridos los primeros años convulsos donde existe un alto grado de compromiso profesional casi militante dentro del nuevo contexto sanitario, se comienza a asumir, aceptar y respetar la nueva cultura enfermera. Esta aunque lastrada por el biologicismo dominante, trata de cimentar el concepto salud como algo positivo aunque con cierto déficit dialéctico inter-subjetivo, elemento esencial en la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias, como bien indica el profesor Siles al definir el paradigma socio-crítico (Siles; 2000). Son múltiples las reflexiones teóricas sobre el cuidado y su estrategia de implementación cotidiana, a pesar de mostrarse con cierta disparidad en sus conductas. Pero como indican otros, estos son los elementos con lo que la enfermera construye y muestra la manera de entender dichos fenómenos (Benner;2001), que concluyen y se plasman en las diversas e importantes leyes que facilitan la visibilidad y desarrollo profesional a lo largo de la primera década del dos mil.

Su evolución al cabo de los años propicia cierto cuerpo de conocimientos propio y su práctica se realiza en gran parte de acuerdo a éste, de ahí que las Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria de La Rioja manifiestan disponer de la autonomía, control, responsabilidad sobre su campo de actuación profesional y sobre los métodos que emplean para realizar su labor, incluyendo su modificación (Gordon;1996), (NANDA;2001), (Jonson, Maas, Moorhead;2007). Incluyen la educación sanitaria como una actividad diaria más de su trabajo cotidiano, cuyo objetivo es el auto-cuidado de la población de acuerdo a sus características culturales como indican diversos autores (Germán,Romero,Bujaldón;1996), (Mariano,Encinas;2003), (Lane;2003), (López Et alt;2003), actividad coincidente con el resultado de otros estudios sobre la práctica profesional enfermera (Frías, Et alt;2002).

Este conjunto de circunstancias permite que la actividad enfermera este más consolidada que en los inicios de la reforma y por tanto sus acciones tienen mayor visibilidad aunque posiblemente no la suficiente, como se confirma en otros estudios *“no estamos en la misma situación que al inicio de la reforma sanitaria hace 20 años. Puede que estemos mejor situados: por el camino andado y la experiencia acumulada, porque podemos aprender de los errores y porque metodológica y conceptualmente somos mas fuertes”* (Del Pino, Martínez Riera; 2007), por ello y coincidiendo con algunos de los resultados de Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social de los últimos años (CIS;

2010), se siente mejor valorada por los diferentes sectores sociales con los que se relaciona directamente en su actividad laboral cotidiana, como son los usuarios del sistema de salud, opinión coincidente con y por los propios compañeros, algo menos por los médicos y mal por la administración sanitaria, a diferencia de los resultados del trabajo de Rodero y Vives donde hace años concluían sobre la imagen de la enfermera *“La enfermera esta en conflicto; ella conoce, intuye, busca su papel y especificidad como profesional. En la práctica no tiene un papel independiente, su trabajo esta en función del modelo bio-médico, realizando técnicas y administrando tratamientos. Esta es la imagen percibida por los médicos y los usuarios”* (Rodero, Vives;1991).

Por último y a modo de resumen manifestar que en el transcurso del tiempo desde el inicio de la reforma sanitaria tanto a nivel regional como estatal, se dan una serie de hitos en la estructura del sistema de salud como en la superestructura social y política, que favorecen y facilitan los cambios en el desempeño del nuevo rol, que conforma la identidad socio-profesional de las Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja en Atención Primaria como son:

1.-La **transformación democrática** que se da en el país y el **papel social de la mujer** que se muestra diferente al desempeñado en los comienzos de la reforma, pues hoy ya no se percibe el género como un condicionante a la hora de desempeñar el rol profesional. Por tanto se puede afirmar que existe una transformación del contexto inmediato con unas condiciones laborales aceptables, en el que la enfermera se dice de manera diferente y se percibe distinta en el proceso de gestión de los cuidados sustentados en un referente teórico, donde cotidianamente la promoción y prevención de la salud ocupa un lugar preferente con alto grado de percepción valorativa por parte de médicos, enfermeras y pacientes.

2.-El **cambio de los planes de estudio** del año 1977 y sucesivos, junto con el curso de convalidación de ATS por DUE y la incorporación de la formación continuada, son los instrumentos que garantizan que se pueda llevar a cabo la cartera de servicios que plantea el Servicio Nacional de Salud.

3.-El **esfuerzo legislativo** que se produce en el periodo desde mil novecientos ochenta y cuatro a mil novecientos ochenta y seis, unido a los primeros años de la década del dos mil, son etapas que se pueden denominar *“los años de las luces de la enfermería comunitaria”*, que permiten un gran impulso. Por el contrario, los años centrales de este periodo se convierten en un auténtico túnel inmovilista para la

profesión a pesar de la ampliación de las normas legales de ámbito regional con las que se asumen los dictados de los organismos nacionales e internacionales. El inicio de este escaso impacto innovador de la cultura profesional coincide con el fin de ciclo de la expansión y asentamiento de los centros de salud en toda la región que culmina en el año 1996 con la puesta en marcha del centro de salud de la zona de Navarrete.

4.-Dentro del propio sistema sanitario no se puede dejar de mencionar la **Consulta de Enfermería** como carta de presentación social de la enfermera que aunque nace dentro de una gran controversia, en la actualidad nadie cuestiona, por ser un importante instrumento del servicio sanitario además de ejercer como marco que permite la definición y la visualización de los cuidados enfermeros, que le concede un alto grado de autonomía y control en la organización de su propio trabajo.

5.-La puesta en funcionamiento de **la cartera de servicios**, que hasta el año 2006 no toma carácter de ley, es un elemento clave mas del propio sistema de salud. Sus orígenes se remontan a los primeros años noventa de forma voluntaria pero siempre ligadas a incentivos de tipo económico y a su evaluación a través de unas normas técnicas mínimas que garantizan un tipo de calidad de corte cualitativo y donde la presencia de la actividad enfermera era importante a pesar de no contar con una cartera con identidad propia en La Rioja, pese al esfuerzo realizado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de el INSALUD y la Subdirección General de Atención Primaria en 2001 con el “Desarrollo de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria” (**Anexo fotos 69**). Es a partir del dos mil cuatro, cuando se homogeniza su evaluación y se reduce prácticamente a contabilizar el número y frecuencia de asistencias de personas tanto a médicos, pediatras, como enfermeras.

6.-Otro hecho importante a resaltar es la creación de la figura de la **Dirección de Enfermería** que proporciona identidad dentro del ámbito de la gestión. En el caso de La Rioja, son diez las enfermeras que ostentan diferentes responsabilidades en la gerencia de Atención Primaria, de las cuales cinco han sido directoras durante los veintidós años que comprende el periodo de estudio. La excesiva rotación en estos puestos facilita el que no se consoliden proyectos con una continuidad de dirección, agravado por la inexistencia de líneas previas de trabajo, salvo en una ocasión e incluso en la mayoría de los casos impera el desconocimiento previo del medio enfermero del primer nivel

asistencial. De ahí que entre los informantes persista una percepción generalizada de que los gestores dificultan más que favorecen la labor enfermera, amparados por la alta capacidad de autonomía que tienen a la hora de organizar y desarrollar su propio ritmo de trabajo dentro de los horarios laborales sin que el jefe intervenga, al contrario de lo que mantienen algunos autores sobre las pruebas y razones que existen para que las organizaciones se posicionen para favorecer nuevos paradigmas de práctica enfermera (de Pedro, Morales;2004). Esta situación se ve indirectamente reflejada en la nominación aparentemente contradictoria que se da en algunas de las normas legales de ámbito regional, que aunque fuera del periodo que comprende este estudio (2006-2009), se traducen en la falta de unidad doctrinal a la hora de “decir” o denominar a la enfermera en sucesivas y próximas leyes. Es el caso de la Resolución de la Secretaría Técnica de la Consejería de Salud de junio de 2008 donde se reseñan a los ATS/DUE EAP a extinguir, o el Decreto 123/2007, de 5 de octubre, que la señala como Enfermera EAP y posteriormente en la Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud de 19 de junio 2008 vuelve a denominar como ATS/DUE EAP a extinguir.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **12.-Conclusiones**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **12.-Conclusiones**

1.-Las enfermeras de Atención Primaria en La Rioja son mayoritariamente mujeres, y Diplomado Universitario de Enfermería. Dicha formación coincide con los principios que fundamentaron la implantación y desarrollo de la Atención Primaria, elemento que determina su elección laboral.

2.-Los antiguos ambulatorios de la región eran centros asistenciales con horarios fijos, que permitían a las enfermeras, mayoritariamente mujeres, conciliar mejor la vida laboral y familiar en comparación con otros centros asistenciales de la época.

3.-El etnocentrismo bio-médico de los ambulatorios obligaba a que la actividad laboral de las enfermeras se centrara en la recuperación de la enfermedad, y a actuar como personal auxiliar.

4.-La reforma sanitaria se ve influida por el contexto social y político de plena transición hacia la democracia, permeable a ciertas corrientes salubristas procedente de países latinoamericanos. Esto para un sector del personal sanitario es motor e incentivo de cambios a la par que para otros produce desazón y angustia por alterar el orden establecido.

5.-El cambio de paradigma enfermero en La Rioja se inicia con los planes de estudio del año 1977, las primeras prácticas extra-hospitalarias de los alumnos de la EUE en la Unidad Piloto de formación de médicos de Familia, el curso de nivelación de ATS por DUE, la formación continuada y el cambio de contexto laboral creado al constituir los primeros Centros de Salud, son los elementos que sustentan las nuevas formas de gestión del cuidado enfermero.

6.-El “Programa de Actuación y Objetivos de la Dirección de Enfermería de AP de La Rioja” de mayo de 1988, es el punto de inflexión que determina y marca la diferencia entre el proceder profesional de las ATS de los ambulatorios y los ATS/DUE de EAP.

7.-El ejercicio del rol autónomo por parte de las enfermeras de los Equipos de Atención primaria, es motivo de importantes conflictos inter-estamentales entre médicos y enfermeras en los centros de salud de La Rioja.

8.-La insuficiente y débil defensa argumental a propósito del rol profesional de los ATS/DUE de EAP, por parte de las enfermeras gestoras como de las asistenciales, unido a la hegemonía y paternalismo médico de los centros de salud en La Rioja, son las circunstancias que propician la inexistencia de iniciativas con suficiente alcance, que auspicien la aplicación de un modelo enfermero de forma sistemática, unificada, coherente, científica y evaluable, que avale la intervención autónoma enfermera con planes de cuidados y metodología propia, elementos esenciales para completar la transformación del paradigma.

9.-En La Rioja no existe una cartera de servicios con entidad propia enfermera, y sus potenciales normas técnicas mínimas se difuminan y ensombrecen dentro de una cartera mas general del E.A.P. por el amplio contenido bio-médico.

10.-La nueva cultura enfermera de La Rioja sustenta su práctica en un concepto de salud holístico, que aunque con cierto déficit dialéctico inter-subjetivo, le permite generar un incipiente cuerpo de conocimientos propio que le facilita autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación.

11.-La Consulta de Enfermería es un importante instrumento que actúa como marco que permite la definición y la visualización de los cuidados enfermeros, lo que les facilita un desarrollo profesional adecuado.

12.-La visibilidad social de la enfermera de los EAP de La Rioja es insuficiente, aunque les permite sentirse bien valoradas por los diferentes sectores sociales con los que se relacionan directamente en su actividad laboral cotidiana (médicos, enfermeras, pacientes, etc.).

13.-Existen dos periodos muy prolijos de producción legislativa de importante repercusión para la enfermería comunitaria: el primero desde mil novecientos ochenta y cuatro a mil novecientos ochenta y seis, donde se facilitó el cambio de estructura y contexto tanto formativo como laboral, y el segundo en los dos primeros tercios de la década del dos mil, que permite afianzar la personalidad y profesionalidad enfermera dentro del equipo de salud, a través de la formación e investigación elementos esenciales en la eficacia profesional además de la mejora en la fundamentación del propio rol dentro del equipo de salud.

Analizados los resultados y conclusiones se puede afirmar que se cumple la hipótesis planteada, pues se identifica un modo particular de actuación de las

enfermeras de Atención Primaria, como consecuencia de un entramado simbólico generado por diferentes políticas y prácticas profesionales que proporcionan una imagen visible socialmente que se refuerza y mantiene en el tiempo. Esto nos permite inferir, que después de la reforma sanitaria se ha constituido una práctica enfermera diferenciada que se puede denominar Cultura Profesional Enfermera de los Equipos de Atención Primaria de La Rioja identificable dentro de la diversidad social existente...

No obstante la Enfermera Comunitaria se crea y desarrolla desde el inicio de la reforma sanitaria. Su actividad profesional, se muestra de forma singular gracias a los diferentes acontecimientos que se describen a lo largo de este trabajo, y hacen de ella una enfermera con características propias. Situación que se refrenda y amplía en junio de 2010, momento en el que se desarrolla legislativamente la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. El nuevo escenario hace posible que se aumenten, normalicen y desplieguen competencias unificadas, que proporcionan mayor identidad institucional de *“la participación en el cuidado de la salud de las personas, familias y las comunidades, en el continuum de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural”*, según su plan formativo.

Por todo ello, y en aras de una mayor eficiencia en la planificación sanitaria regional se espera, que desde la futura y esperemos no lejana unidad docente de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, se continúe con el análisis del producto enfermero y su gestión en Atención Primaria. Esto favorecerá la visibilidad del rol autónomo de las enfermeras, permitiendo identificar claramente el impacto de las nuevas especialistas en la eficacia y eficiencia de los cuidados prestados, sobre la salud de las personas, familias y Comunidad de La Rioja.

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **13.-Bibliografía**



### 13.-Bibliografía

- (1) Abril Martorell F, Informe Abril. Comisión presidida por Fernando Abril Martorell. Jano. 20-26 de septiembre de 1991; XLI (963):45-69.
- (2) Acuerdo para el personal del Servicio Riojano de Salud, de 27 de julio de 2006, Consejería de Hacienda y Empleo Boletín Oficial de la Rioja; 10 de agosto de 2006:4851
- (3)AEC.[http://www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id\\_pagi na=6](http://www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagi na=6). 1994
- (4) Aguilar A. La imagen puede ser el nuevo opio del pueblo. El País 23 de Junio 2007:44
- (5) Aguilar, E. Trabajo e ideología sobre el género en la producción doméstica, en Diez, C. Y Maquiera, V (coord.) Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad. VI Congreso de Antopología. Ed. Asociación Canaria de Antropología. Tenerife 1993;V(I):81-95. Disponible en:[http://ceas.iscte.pt/etnográfica/docs/vol\\_v\\_N1\\_25-46.pdf](http://ceas.iscte.pt/etnográfica/docs/vol_v_N1_25-46.pdf)
- (6) Aguilera Guzmán. M, Abad Bassols. A, Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud Subdirección General de Coordinación Administrativa, Área de estudios, Documentación y Coordinación Normativa;2001
- (7) Alberdi Castell R.,Atención primaria de salud. Un camino para la enfermería española. Rol de Enfermería,1984; (72-73):34-38
- (8) Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Un análisis del trabajo enfermero (I), Rol de Enfermería, 1991;(152):19-22.
- (9) Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Un análisis del trabajo enfermero (II), Rol de Enfermería,1991;(153):19-24.
- (10) Alberdi Castell R., Jiménez Otero M.. Atención Primaria de Salud: Un análisis del trabajo enfermero (III), Rol de Enfermería,1991;(154):21-25.

- (11) Alberdi Castell RM. “La enfermería hoy”: Yo no soy esa. Ponencia I congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria; BEC 1996;II(6):8 Disponible en:  
[www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_1/congreso\\_1.htm](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_1/congreso_1.htm)
- (12) Alberdi Castell R.M. Sobre las concepciones de enfermería, Rol de Enfermería, 1998;(115):25-30.
- (13) Alberdi Castell R.M..La influencia del género en la evolución de la profesión de enfermera en España. Rev. Metas. Diciembre 98/Enero 99; (11): 20-26.
- (14) Alberdi Castell R.M. “Nosotros cuidamos”: La prestación del cuidado en el ámbito comunitario. Ponencia III Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria 2000 Disponible en:  
[http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/IIIcongreso.html2000](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html2000).
- (15) Alfonso Roca M.T., Álvarez-Dardet Díaz C., Enfermería Comunitaria I. Massón Salvat, Barcelona 1992:47-52
- (16) Alligood M.R. y Chong Choi E. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. Marriner A, Alligood ,M.A. Modelos y teorías de Enfermería 4ª Edición Madrid: Harcourt Brace, 1999: 55.
- (17) Amezcua,M. Carricondo Guirao,A. Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud . Index Enfermería 2000; 9 (28):26-34
- (18) Amezcua, M. Gálvez, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en alta voz. Rev Esp Salud Pública 2002; 76 (5):423-36
- (19) Amezcua. M, Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. Index Enfermería (edición digital) 2009;18 (2):77-9 Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>>
- (20) Antón Nardiz M.V. Enfermería Actual: análisis y perspectivas Rol de Enfermería Abril 1984,VII (68):34-36.

- (21) Antón Nardiz M.V. *Enfermería y Atención Primaria de Salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
- (22) Antón Nardiz M.V.. Reflexiones sobre la historia reciente de enfermería de atención primaria. *Salud* 2000. 1990; (22):19-20
- (23) Anaya Cintas F. *Enfermería Comunitaria/ Community Nursing* Junio 2001. Disponible en [www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)
- (24) Anaya Cintas F. Lillian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (I) *Boletín de Enfermería Comunitaria* 2003; 9 (1): 24-26.
- (25) Anaya Cintas F. Lillian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (II) *Boletín de Enfermería Comunitaria*. 2003; 9 (2): 23-25.
- (26) Anaya Cintas Francisca Definición de Enfermería Comunitaria. Disponible en : [www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id\\_pagina=61](http://www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61) 2004.
- (27) Anaya Cintas, F., *Op. Cit*;2004:62
- (28) Arillo Crespo Ana. *Epidemiología de las enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana*. Tesis doctoral Universidad del País Vasco: Biblioteca Universidad Publica de Navarra, sección Tesis doctorales, 1977.
- (29) Arnáez Vadillo, J. La población. En: García Ruiz, J.M, Arnáez Vadillo. *J Geografía de La Rioja. Geografía Humana*. La Rioja: Caja de Ahorros de La Rioja. 1994. Vol II:25-31
- (30) Arredondo González, C.P., Síles González. J, *Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. *Index Enferm*. 2009;18(1) :32-36.
- (31) Arriaga Piñeiro Esperanza, Martínez Riera José Ramón. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Retos y oportunidades. *Index Enferm*. 2006 ; 15 (54) : 35 - 38. Disponible en :

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200007&lng=pt&nrm=iso.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200007&lng=pt&nrm=iso)

(32) Arrizabalaga, J. Cultura e historia de la enfermedad. En Perdiguero E, Comelles J.M. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Edicions Bellaterra. 2000.:71-81

(33) Arroyo Gordo, MP. 2010-2016: jubilación masiva de profesionales enfermeros (Editorial). Metas de Enfermería. Mayo 2008,11,(4):3

(34) Artigas.B, Bennasar. M, La salud en el S.XXI. El reto de los cuidados multiculturales. Index Enferm. 2009;I (18):42-6

(35) Auge Marc. El Oficio de Antropólogo. Sentido y Libertad. Barcelona. Gidesa;2007: 14-15.

(36) Bengoa. R, Nuño. R, Curar y Cuidar Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson;200:17-27.

(37) Benner. P, De iniciado a perito: excelência poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra. Quarteto Ed;2001

(38) Bernabeu Mestre. J, El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España,1924-1934. Revista Sanidad e Higiene Pública. 1994; (68):65-89

(39) Bernabeu Mestre J.,Gascón Pérez, E. Aparición del título de Ayudante Técnico Sanitaria y el proceso de desinstitucionalización de la enfermería en salud pública. (1953/1977). En Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante;1999:91

(40) Bernabeu Mestre J., Gascón Pérez E. Alicante 1999. Op. Cite: 11-20.

(41)Bernabeu Mestre. J, Gascón Pérez. E, Alicante 1999. Op. Cit.:27-28.

(42)Bernabeu Mestre. J, Gascón Pérez. E, Alicante 1999. Op Cit.:68-73

- (43) Blasco Hernández.T, Otero García . L, Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I) Nure Investigación. Marzo-Abril 2008;(33). Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/formet\\_332622008133517.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_332622008133517.pdf)
- (44) Bonal Pitz. P, Comisión Nacional de Especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria. Problemas y disfunciones en la formación MIR en Medicina de Familia y comunitaria generadas por las características actuales de la licenciatura de Medicina. Formación en el pregrado. Tribuna Docente On Line. 2007; 9 (3) 2007. Disponible en: <http://www.google.es/search?hl=es&q=eleccion+de+especialidad+medicos+de+familia&btnG=Buscar&meta=cr%3DcountryES>
- (45) Burguete Ramos. MD, Martínez Riera. JR, Martín González. G, Actitudes de género y estereotipos en enfermería. Cultura de los cuidados. 2º semestre año XIV 2010; (28):39-48
- (46) Burns,n, Grove, S. Investigación en enfermería. Madrid: Elsevier; 2004.
- (47) Caba Martín, P. Salud para Todos. La Sanidad española a debate. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid, 1990.
- (48) Cabrero García, J. Richard Martínez, M..Necesidades de la formación en metodología de la investigación en Enfermería, en el currículo de la diplomatura universitaria (1ª Parte)Enfermería Científica Nov 1991;(116):44-7
- (49) Cabrero García, J.. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. Index Enfermería. 1999; (27):12-18.
- (50) Cabrero García, J. Richard Martínez, M.. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Enfermería Clínica 1995; 6. (5): 212-217.
- (51) Cadozo Castillo, YPVMRMPD Participación del profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad Clínica de medicina del Hospital Central de Maracay. [www.monografias.trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-](http://www.monografias.trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-)

[sida.shtml](#) 2006:5. Available from: URL:D  
[www.monografias.trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml](http://www.monografias.trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml)

(52) Canals J., La reconstrucción imaginaria de la comunidad: Consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario. *Jano Marzo* 1994; Vol XLVI (1073):87-94

(53) Cano Caballero, M.D. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm.* Otoño 2004;XIII (46):34-39.

(54) Cánovas Tomás, MA. Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. *Enfermería Global*. Nov 2004; (5). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570>

(55) Carroble J.A.. Análisis y modificación de la conducta vol.II, Madrid. UNED;1987.

(56) Castaño, C. Cossent, L. Martínez, C. El Síndrome socio-sanitario.. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en Salud Pública. *Rev. Esp Salud Publica*. 1994;(68):261-266

(57) Castrillón Agudelo M.C., La práctica de la enfermería como objeto de estudio. *Investigación y Educación en Enfermería*. 1992; X(2):15-28.

(58) Cava Iniesta,. J, López Asensio, C.R, Martínez Ros. M.T, Serrano Navarro. A, Formación práctica de los alumnos de Enfermería en los centros de salud de Alcantarilla (Murcia) *Centro de Salud*. 2001:315-320. Disponible en: [www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud5/315-320.pdf](http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud5/315-320.pdf)

(59) C.I.S. Centro de Investigaciones Sociológicas. Ultra Barómetro Sanitario 2010 Ministerio de Sanidad y políticas Sociales, Agencia de Calidad del SNS- Instituto de Información Sanitaria, 2010

(60) CCFI (Comité Consultivo para la Formación de Enfermeras de la Unión Europea). Informe y Recomendaciones sobre la formación de las enfermeras responsables de cuidados generales en la Unión Europea (XV/E9432/6/96-ES, Bruselas, 10 de octubre de 1997) Bruselas 1977: 30

(61) Celma Vicente. M, Cultura Organizacional y Desarrollo Profesional de las Enfermeras (Tesis Doctoral) Granada.:Universidad de Granada, 2007

- (62) Challis D, et al. Emerging models of care management for older people and those with mental health problems in the United Kingdom, *Journal of Case Management*, 1998;(7):153-160
- (63) Chamizo Vega. C, La búsqueda de la verdad histórica. *Temperamentvm* 2006;(3). Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t6552.php>
- (64) Chamizo Vega, C. El proceso de profesionalización de la enfermería en el Principado de Asturias. Programa de doctorado: Enfermería y Cultura de los cuidados. Departamento de enfermería Universidad de Alicante. 2009
- (65) Circular 5/90 (18-6) Organización de las actividades del personal de enfermería de los equipos de atención Primaria Ministerio de Sanidad y Consumo INSALUD
- (66) Código Deontológico de la Enfermería Española, Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Resolución nº 32/89.
- (67) Collière, M.F. Promover la vida De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-hill/Interamericana. 1993.
- (68) Comas D'Argemir D. Mujeres, familia y estado del bienestar, En: Valle Murga M T. *Perpectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel; 2000:187-204.
- (69) Comelles, Doura, Arnau, Martín. L'Hospital de Valls. Asaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència. Vals: Institut d'Estudis Vallencs 1991.
- (70) Comelles J.M., Atención Primaria: El difícil maridaje entre atención integral y atención institucional. *Jano*; Marzo 1994, XLVI (1073): 79-84..
- (71) Consejo de Coordinación Universitaria, acuerdo de 25 de Octubre de 2004 por el que se establecen criterios generales a que habrán de ajustarse las universidades en materia de convalidación y adaptación de estudios cursados en centros Académicos españoles o extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*. 15 de marzo de 2005; (63):9068-9.

(72) Consejo general de Enfermería. [http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1150377303294&pagename=SiteCGE%2FNoticia%2FTplNoticia\\_cge&p=1096612865252&c=page&tipo=Noticia.26](http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1150377303294&pagename=SiteCGE%2FNoticia%2FTplNoticia_cge&p=1096612865252&c=page&tipo=Noticia.26) de junio 2006

(73) Convenio Gobierno de La Rioja-Insalud sobre Atención Primaria de salud III.a.142, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social Insalud, Madrid 25 de abril de 1989. Boletín Oficial de La Rioja,. 4 de mayo de 1989; (53): 744-6.

(74) Corrales Moreno. E, Fernández Martín. M, Grijalvo Uriel. R, Aplicación de la Mirada Antropológica en la disciplina enfermera. Index de Enfermería/Invierno 2003; XII, (43):37

(75) Criado A, Revalorizar personal infrautilizado. Diario El País. Sociedad. 14 de febrero de 1986:21

(76) Dasí García M<sup>a</sup>.J.. De Oficio...a Profesión. Boletín de Enfermería Comunitaria. 1996,II,(6):11 disponible: [www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/bec/bec\\_6/11.pdf](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/bec/bec_6/11.pdf)

(77) Daza de Caballero, R. Torres Pique,A.M. Prieto de Romano G.I. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción participación y afecto. Index Enfermería. Primavera/verano 2005; 14 (48-49):18-22.

(78) De Andrés Pizarro. J, El análisis de estudios cualitativos. Atención Primaria, 2000; 25 (1):42-6

(79) De la Cuesta Benjumea. C, Atención directa de enfermería. Conceptos Generales y Procedimientos. Madrid: Instituto Nacional de la salud. Secretaría General Servicio de documentación y Publicaciones;1987:13

(80) De la Cuesta Benjumea. C, Perspectivas de la enfermería de salud pública. Monografía del 1 Congreso en Salud Pública de la Enfermería Asturiana. Oviedo: 1982 Ilmo Colegio de Enfermería de Asturias:153-164.

(81) De la Cuesta Benjumea. C, La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los Cuidados 2º semestre 2006; X (20):136-9

- (82) De Miguel, A. Enfermería, una profesión sin nombre. Diario de Extremadura 20 de Abril 1998
- (83) De Miguel, J.M. La reforma sanitaria en España. Cambio 16, Madrid 1976:33-54.
- (84) De Pedro Gómez, JE, Morales Asensio, JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. Index de Enfermería 2004; 13 (44-45):32-36. Disponible en: [http://www.index-f.com/enfermería/44revista/44\\_articulo\\_26-33pht](http://www.index-f.com/enfermería/44revista/44_articulo_26-33pht)
- (85) Del Pino Casado, R Martínez Riera, J.R. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev. Administración Sanitaria 2007;5, (2):311-37
- (86) Del Pino Casado, R Martínez Riera, J.R. Op.Cite2007:316
- (87) Del Pino Casado, R Martínez Riera, J.R. Op.Cite2007:334
- (88) Del Pino, R. Frías, A. Palomino, P. Cantón, D. Modelos en Enfermería Comunitaria. Rol de Enfermería. Noviembre 1995;(207):50-63
- (89) Del Pino.R, Frías.A, Palomino.P, Martínez. JR. La organización de los cuidados en enfermería comunitaria. En: Martínez Riera, JR, Del Pino. R, Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE; SL); 2006: 234.
- (90) Decreto de 4 de Diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliar Sanitario. Boletín Oficial del Estado. 29 de diciembre de 1953;(363):7723-7724.
- (91) Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado.17 de diciembre de 1960; (302):17308.
- (92) Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre por el que se aprueba el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo. Sección 1º Funciones Art. 20 Boletín Oficial del Estado 30 de diciembre 1966. (312):16486-16494

(93) Decreto 2128/1977 de 23 de julio, sobre integración en la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería Ministerio de Educación y Ciencia Boletín Oficial del Estado. 22 de Agosto de 1977; (200):18716-7

(94) Decreto 38/1985 de 20 de septiembre, por el que se aprueba la ordenación territorial sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja Consejería de Sanidad. Boletín Oficial de La Rioja. 17 de octubre de 1985;(119):1280-1; Rect Boletín Oficial de La Rioja. 5 de noviembre 1985; (117).

(95) Decreto 32/1986, de 27 de junio, por el que se constituye el Área de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja Boletín Oficial de La Rioja de 17 de Julio 1986; (84):1022.

(96) Decreto 33/1986, de 27 de Junio, por el que se constituye el Área de salud de La comunidad Autónoma de La Rioja Corrección error Boletín Oficial de La Rioja. 24 de Julio de 1986; (87)

(97) Decreto 32/1986 de 27 de junio, por el que se constituye el Área de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Consejo de Gobierno. Boletín Oficial de la Rioja.17 de Julio de 1986 (84):1022.

(98) Decreto 45/1986 de 24 de octubre por el que se regula la integración de los Sanitarios Locales en los Equipos de Atención Primaria Boletín Oficial de La Rioja. 30 de octubre de 1986; (129):1462

(99) Decreto 10/1987 de 27 de abril, se asumen y distribuyen las transferencias del Estado en materia de Sanidad AISNA Consejo de Gobierno Boletín Oficial de La Rioja. 5 de mayo de 1987; (52): 659

(100) Decreto 63/1989 de 29 de diciembre, sobre adscripción orgánica de puestos de trabajo desempeñados por personal procedente de cuerpos sanitarios locales a las nuevas demarcaciones que determina el Decreto de ordenación territorial sanitaria y adaptación subsiguiente de la relación de puestos de trabajo. Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social Boletín Oficial de La Rioja 4 de enero de 1990:58-63.

(101) Decreto 83/1990 de 13 de septiembre por el que se regula la constitución y participación en los Consejos de Salud de las Zonas Básicas de Salud de la Rioja, Boletín Oficial de La Rioja. 18 de Septiembre de 1990;(114):2103

(102) Decreto 90/1990 de 31 de octubre, por el que se modifica el decreto 63/89 de 29 de diciembre, sobre adscripción orgánica y funcional de puestos de trabajo desempeñados por el personal procedente de Cuerpos sanitarios Locales a las nuevas demarcaciones que determina el Decreto de ordenación territorial sanitaria y adaptación subsiguiente de la relación de puestos de trabajo Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social Boletín Oficial de La Rioja. 8 de noviembre de 1990;(136): 2464-70

(103) Decreto 23/1992, de 4 de junio, por el que se constituye el Consejo Riojano de Salud. Consejería de Salud, Consumo y bienestar Social. Boletín Oficial de La Rioja. 11 de Junio de 1992; (70):1478

(104) Decreto 29/1992 de 18 de junio, por el que se modifica el Decreto 90/90 de 31 de Octubre, sobre adscripción orgánica de Sanitarios Locales Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social Boletín Oficial de La Rioja; 20 de Junio de 1992;(74):1590-1

(105) Decreto 20/1995, de 18 de mayo, por el que se modifica el decreto 83/90, sobre Consejos de Salud, Boletín Oficial de la Rioja. 25 de Mayo de 1995;(65):1988-9. Corrección de errores Boletín Oficial de La Rioja. 24 de Junio de 1995;(78):2327

(106) Decreto 45/2002 de 31 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales. Consejería de Salud y Servicios Sociales Boletín Oficial de La Rioja. 6 de Agosto de 2002;(95):3719

(107) Decreto 29/2005 de 22 de abril, por la que se constituyen la Áreas de Salud en que se divide la Comunidad Autónoma de La Rioja y se establece su delimitación territorial Boletín Oficial de La Rioja, 26 de abril de 2005; (56):2411.

(108) Decreto 30/2005, de 22 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud. Consejería de Salud Boletín Oficial de La Rioja. 26 de abril de 2005;(56):2411-2.

(109) Decreto 29/2006 de 5 de mayo, por el que se regulan los órganos de participación ciudadana en el Sistema Público de Salud de La Rioja. Boletín Oficial de La Rioja. 9 de Mayo de 2006;(62):2738.

(110) Decreto 121/2007 de 5 de octubre, por el que se constituye el Área de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja Consejería de Salud. Boletín Oficial de La Rioja. 11 de Octubre 2007;(136): 6651.

(111) Decreto 123/2007, de 5 de octubre, por el que se aprueba la Relación de Puestos de Trabajo correspondiente al personal del Servicio Riojano de Salud. Consejería de Salud. Boletín Oficial de La Rioja. 11 de Octubre 2007; (135): 6652-69.

(112) Dennerstein L. Salud mental, trabajo y sexo. Quadern CAPS, 1994; (21): 62-68.

(113) Dever G E., An epidemiological model for health analysis. Soc. Ind Res. 1976;2-465.

(114) Dirección Provincial de La Rioja 4 de julio de 1984. Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto Nacional de la Salud Convocatoria de concurso restringido para incorporación de Personal Sanitario de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social a los Equipos de Atención Primaria. Normas generales. Dirección Provincial 4 de julio de 1984.

(115) Díaz Blanco, J.L. Informe de Vocal III de nuestra Junta. Rev. Profesión Colegio Oficial de ATS DUE de Asturias, Enero 1982; (1):25-26.

(116) Diccionario de la lengua española, Everest, León 1992: 403

(117) Diccionario de Filosofía Contemporánea. Sígueme. Salamanca, 1976:88-89.

(118) Domingo Pozo, M. Gómez Robles, J..El concepto de Necesidad Humana Básica, como aproximación a la definición del Cuidado.. Index de Enfermería 2003;(43):23-7.

(119) Domínguez Alarcón, C. Los cuidados y la profesión de enfermería. Madrid Pirámide; 1986.

(120) Domínguez Alcón C., La percepción del cuidar. Rol de Enfermería Marzo 1989; XII (27): 25-27.

- (121) Duarte Climents, G. Aguirre Jaime, A. *Enfermería Clínica* 2003;13 (1):7-15.
- (122) Dubar C. El trabajo y las identidades profesionales y personales. *Revista Latinoamericana de estudios del Trabajo* 2001:13.
- (123) Duran de Villalobos, M.M.. El Cuidado: Pilar Fundamental de Enfermería. *Avances de Enfermería*, Enero Abril 1999; 12, (1): 16-23
- (124) Dristensen T.S. Sickness absence and work strain among danish slanthouse workers: an análisis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med*; 1991;32: 15-2
- (125) Editorial Nursing ¿Por qué se ha fallado en contra de las consultas de enfermería?. feb.1991; 9(2):5.
- (126) Editorial. *Revista Rol de enfermería cumple 20 años. Rol de Enfermería*. Jul. 1998; (238):8-32.
- (127) Eseverri Chavarri, C. Hospitalidad-Enfermería, conceptos unívocos. *Cultura de los cuidados*. 2º semestre 2006. X (20):32-38
- (128) Estatuto de las profesiones Auxiliares Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado* 5 de diciembre1945.; (339):3336-3343.
- (129) Feo Isturiz, O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8,(4):887-896 .  
D i s p o n i b l e e n :  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000400011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000400011
- (130) Fdez. Diaz E., Mínguez Arias J., Vélaz Vélaz E.. ¿Podrá ser este el papel de la enfermería dentro de la atención primaria de salud?, *Impulso Boletín informativo y cultural del Colegio Enfermería de Asturias*. 1988; (9)
- (131) Flores Bienert, M.D.. *Enfoques actuales de la enfermería comunitaria*. Murcia: DM Colección Texto-Guía. ICE- Universidad de Murcia;2002.:25

- (132) Flores Bienert MD; Op.Cite; 2002:23.
- (133) Fernández Ferrín, C. Novél Martín, G. El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería;1993:5.
- (134) Fernández-Rufete, J..El afecto perdido :277-303. En Perdiguero E. Y Comelles J.M..Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2000.
- (135) Ferrer Arnedo C. Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión de conocimiento. Rev Adm Sanit 2005;3(1):177-92
- (136) Foucault, M El nacimiento de la clínica. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores;1996.277
- (137) Freidson E. La profesión Médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península: 1978:70-75.
- (138) Freire, J.M. La atención primaria de salud y los hospitales en el sistema Nacional de Salud. En Navarro, V. Estado de bienestar en España. Barcelona: Técnos UPF; 2004: 239-290.
- (139) Feire. J,M. Op.Cit. 2004:10-17
- (140) Frías Osuna. A, Salud Pública y educación para la salud. Lopez Santos V, Frías Osuna. A, Concepto de salud pública. Barcelona: Masson;2000:3-13.
- (141) Frías Osuna, A Prieto Rodríguez, M.A. Heierle Valero, C. Aceijas Hdez., C. Calzada Gómez, M.L. Alcalde Palacios, A. Vazquez Teja, T y Sandino Dabán L.. La práctica enfermera en la atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria 2002;(29):495-501.
- (142) Galindo Casero. A, Organización y competencias en Enfermería Comunitaria. Ponencia III Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria Disponible en:  
[http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/IIIcongreso.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html)2000.

- (143) Gallego Caminero, G. Bosch Cladera, M.P. Miró Bonet, M. Martín Perdiz, A. Sánchez-Cuenca López, P. Zaforteza Lallemand, C. Los cuidados enfermeros en Mallorca. Contribución y tributo de las Hermanas de la Caridad de San Vicente Paúl en el siglo XIX. *Rol Enfermería*. 2007; 6. (30):424-432.
- (144) Gándara, M. Ética poder y deber: de la ética del cuidado al poder del deber de cuidar. *Rev. Rol Enfermería*. 2008; 1 (31):18-24
- (145) Gálvez Toro, A. La enfermería Basada en la Evidencia Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada;Fundación Index 2001.
- (146) Gálvez Toro, A., La medicina bajo sospecha, Seis ejercicios especulativos. Fundación Index. 2002:16-17.
- (147) Gálvez Toro A. Variaciones en la Práctica Médica: proyecto VPM-IRYSS. *Evidentia sep-dic* 2005; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/156articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- (148) García Bañón, AM. Et alt La enfermera vista desde el género. *Index de Enfermería* 2004; XIII (46):45-8
- (149) García Barrios, S. Calvo Charro, E. Historia de la Enfermería. Malaga: Universidad de Málaga; 1992.
- (150) García García, J.L.. Enfermedad y Cultura. *Jano* 13-24 Enero 1985; (643):83-90
- (151) García Martínez A.C.,García Martínez M.J. Hdez Martín F., Pérez Melero A., Pinar García M.E.. Aproximación a la Enfermería Española de los Siglos XVI-XVII de Andrés Fernández 1625 Instrucción de Enfermeros. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería S.S.A.G.L., SL Madrid: 1983:6-19
- (152) García ML, Sanción para los médicos que envíen enfermos a las consultas de enfermería. *Diario Última Hora de Palma de Mallorca*, Local. 21 de febrero de 1986
- (153) García, Pancorbo, Rodríguez Evolución de la Enfermería Profesional en España *Index de Enfermería*;(32-33),2001:23-27

- (154) García Sánchez. F, Forniellas García, Y Rodríguez Rodríguez, MA Vélez Quesada, C Amat Blanco, M Jurado Dulce, MA y García Cubillo. Estudio del perfil del personal de enfermería que trabaja en el medio rural , en Atención Primaria en la provincia de Granada. *Temas de Enfermería*. 1984;(55):44-8.
- (155) Gascón Pérez E, Galiana Sánchez Bernabeu Mestre J La aportación de las enfermeras visitadoras sanitarias al desarrollo de la enfermería venezolana. *Ciencia salud pública y exilio (España 1875-1939)* ISBN 84-370-5550-4 Valencia: Seminari d'Estudits sobre la Ciència, 2003: 99-129
- (156) Gastaldo D, Mckeever P. Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulol\\_9-10.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulol_9-10.php)>
- (157) Gastaldo, D. Lerch, V. Meter, E. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. IV Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros 9-10 de mayo 2002 A Coruña. *Y Enfermería Clínica* 2006; 16.(5):268-274
- (158) Germán C., Romero A, Niet M., Bujaldon M..Capitulo 42 Metodología del trabajo de Enfermería en la Comunidad. En *Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria Vol.II*. Madrid: McGraw-hill/Interamericana 1996:941-955.
- (159) Germán Bes. C, Tuning Sintonía enfermera para el espacio europeo de educación superior. *Rev Rol* 2004; 10 (27):31-39
- (160) Germán Bes. C, Género y enfermería. *Index de Enfermería* 2004; XII (46):7-8
- (161) Gervás. J, Perez-Fernández. M, Palomo-Cobos. L, Pastor-Sánchez, R, Veinte años de reforma de la Atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005:17. Disponible en: [www.msc.es](http://www.msc.es)
- (162) Gervás. J, Perez-Fernández. M, Palomo-Cobos. L, Pastor-Sánchez, R, Op cite 2005: 16.

- (163) Gervás, J. Segura Benedicto, A. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Atención Primaria*. 2007; 39. ( 6):319-322.
- (164) Gil-Monte Pedro R. y Peiró José M<sup>a</sup>. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999;15 (2):261-8.
- (165) Gintis, H. La naturaleza del intercambio laboral y la teoría de la producción capitalista. En Toharia, L. (comp.). *El mercado de trabajo: Teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza; 1983:157-191.
- (166) Gisper, R. Torné, M. Barés, M.a.. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gaceta Sanitaria*. (supl 1) 2006:117-26.
- (167) González Dagnino A., *Teoría y practica de la Atención Primaria*. Madrid; Insalud, Secretaría General. Servicio de Documentación y publicaciones;1990:50
- (168) González Jurado. MA Normalización de la Práctica Enfermera como Contribución a la Salud. La Calidad Asistencial y la Seguridad Clínica de las Personas. Evaluación en los Cuidados del Paciente Neumológico.(Tesis doctoral) Madrid: Universidad Complutense de Madrid 2006
- (169) González Jurado.M A, Comparecencia ante la Ponencia de estudio de las necesidades de Recursos en el Sistema Nacional de Salud. Comisión de Sanidad y Consumo del Senado. Comisión Europea. Libro Verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad. Promoviendo una Fuerza Laboral Sostenible para la Sanidad Europea. Consejo General de Enfermería de España,Diciembre 2008
- (170) González Pardo. H, Pérez Álvarez. M, La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?. Madrid: Alianza Editorial; 2007:82-83
- (171) Gordon Marjory. *Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación*. Capitulo V. Patrones Funcionales de salud: Una estructura para la valoración Madrid: Mosby/Doyma Libros;1996:74-109.

- (172) Gracia D. Orígenes de la Enfermería Española Una profesión y su historia Jano 21-27 Octubre 1994 ;XLVII (1098):53
- (173) Gran Enciclopedia Rialp. Canal Social Montané ComunicaciónSL. Ediciones Rialp SA. 1991. Disponible en: [www.canalsocial.net/GER/ficha\\_GER.asp?id=11808&cat=sociologia](http://www.canalsocial.net/GER/ficha_GER.asp?id=11808&cat=sociologia)
- (174) Grupos Seis Docentes de Enfermería Riojana (DER). Perfil del Enfermero de los EAP de la Comunidad de La Rioja (1). Área de Salud 1996; (19):6-7
- (175) Grupos Seis Docentes de Enfermería Riojana (DER). Perfil del Enfermero de los EAP de la Comunidad de La Rioja (2). Área de Salud 1996;(20):6-7
- (176) Hall Dorothy. C, Documento básico sobre enfermería. OMS Oficina Regional Europea. Copenhague.1979.
- (177) Harris, M. Introducción a la Antropología General. Madrid: Alianza Editorial; 2004:153
- (178) Herkovits Meville J. El hombre y sus obras. México DF: Fondo de Cultura Económica;1952:29-93.
- (179) Herskovits Meville J.;Op.Cite 1992: 518-531.
- (180) Henderson,La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. McGraw-hill/Interamericana.1994:8.
- (181) Hernández Conesa, J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995:150.
- (182) Hernández Conesa, J. Op.Cite:1995:151.
- (183) Hernández-Conesa, J. Moral de Calatrava P, Esteban-Albert ,M. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2003
- (184) Hernández Martín. F, Delgado Marchante M.E., Pinar García. M.E., Villahoz Márquez. M.C., Orígenes modernos de la enfermería Española:

primera escuela de enfermería en España, 1896. Jano 21-27 Octubre 1994; 47. (1098): 55-57

(185) Hueso Montoso. C, El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social . Index de Enfermería Invierno 2006. XV (55): 49-53

(186) Ibarra Mendoza. X, Siles González. J.,. Rol de enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. Cultura de los cuidados, 2º semestre 2006,10,(20):128-13

(187) Ibarra Mendoza, X., Siles González, J. Rol del enfermo crónico. Op Cite;2006:133.

(188) Ibarra Mendoza, X., Siles González, J., Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería Index de Enfermería/Invierno 2006, XV, (55): 44-48.

(189) Ibáñez Montsant, X. Una revisión sobre las prácticas de cuidados en el Paleolítico Inferior y medio. Metas de Enfermería Julio/Agosto; 2007,10 (6): 9-16.

(190) Iglesias Gutiérrez, JÁTMMJEMMRMSAJ. Guía de Consulta de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Tubo  
[www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf](http://www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf)2003:5-2 . A v i a b l e f r o m : U R L :  
[www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf](http://www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf)

(191) INSALUD. Personal Estatutario: Legislación sanitaria: Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios. Art. 57 y Art. 58 bis, Boletines Oficiales del Estado; de 19 de junio de 1984, (146) y (158) de 3 de julio de 1984 -5-1989..

(192) Illich, I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona:Barral Editores. 1974

(193) Iruzubieta Barragán, F.J.. La Casa de Socorro de Logroño, 1923-1936: Origen y desarrollo. Logroño:Instituto de Estudios Riojanos; 2006:21

- (194) Iruzubieta Barragán, FJ.. La Casa de Socorro: 65 años de atención sanitaria municipal en Logroño Belezos. Febrero 2008 (6):14-17.
- (195) Jara , M..Traficantes de salud. Barcelona:Icaria-Antrazyt;2007:9
- (196) Johnson, M, Maas, M Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), Nursing Outcomes Classification (NOC).Desarrollo e importancia de los resultados.Madrid: Harcourt Mosb; 2002.:3-7
- (197) Juárez, M. Casado, D.. V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000. España: Fundación Foessa; 1994:841
- (198) Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F.. El Pensamiento Enfermero. BarcelonaMasson;1994:24.
- (199) Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F.. Op.Cite;1994:121
- (200) Key,. P, Condiciones crónicas y cambio cultural. En Bengoa, R.Nuño. R,. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson 2008:61-71.
- (201) Kreisler. I, Hacia una deslocalización textil responsable.Documento de trabajo Laboratorio de Alternativas; 2005:42-56
- (202) Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughtehouse workers: an analys of absence from work regarded as coping behaviour. Soc.Sci Med. 1991; 32(1): 15-27.
- (203) Kuhn T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Breviarios del Fondo de Cultura Económica;1975
- (204) Lane Pison A. Enfermería y la diversidad cultural Una mirada desde las Américas. Index de Enfermeria 2003;(43):40-3
- (205) Latour. B,Woolgart. S, La vida en el laboratorio La construcción de los hechos científicos. Madrid:Alianza Universal; 1995:261-289.

(206) Lee DTF et al., Case management: A review of the definitions and practices, *Journal of Advanced Nursing*, 1998; (2):933-939

(207) Leininger, M. *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices*. New York: McGraw-Hill, Inc. College Costom Series, (segunda edición); 1995

(208) Lejarraga, A. La construcción social de la enfermedad. *Arch. argent. p e d i a t r* 2 0 0 4 ; 1 0 2 ( 4 ) . D i s p o n i b l e : [http://scholar.google.es/scholar?q=%22La+construcci%C3%B3n+social+de+la+enfermedad%22&hl=es&lr=lang\\_es&ie=UTF-8&start=10&sa=N](http://scholar.google.es/scholar?q=%22La+construcci%C3%B3n+social+de+la+enfermedad%22&hl=es&lr=lang_es&ie=UTF-8&start=10&sa=N)

(209) Lewin Tapia, J.G. “Cuando el océano ya no es la última frontera: Una relación a (muy) larga distancia a través de las TICs” Otoño 2004. *Atenea Digital* 6. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num6/lewin.pdf>

(210) Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 14 de diciembre de 1942 Ministerio de Trabajo Boletín Oficial del Estado, 27 diciembre 1942; (361):10592

(211) Ley 193/1963, de 28 de diciembre de 1963, de Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado de 30 de diciembre de 1963. Corrección de errores de 28 de enero de 1964

(212) Ley Orgánica 3/1982 de 9 de junio de Estatuto de Autonomía de La Rioja. Boletín Oficial del Estado. 19 de junio de 1982 ;(146): 16750-56

(213) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 1986;(102):15207-24.

(214) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Op Cite:15207-24.

(215) Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud. Presidencia. Boletín Oficial de la Rioja. 18 de Abril de 1991 (49):1019-25

(216) Ley 17/1992, de 15 de Junio, Ley de creación de Universidad de La Rioja Boletín Oficial del Estado. 19 Junio 1992; (147) 14 de Julio 1992; (158)

(217) Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Boletín Oficial del Estado. 6 de noviembre 1999;(266):38934-38942

(218) Ley 16/2001 de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones de la Seguridad Social de los Servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado 22 de noviembre de 2001; (280):42710-20.

(219) Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades Boletín Oficial del Estado 24 de diciembre de 2001; (307):49400-49425.

(220) Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud Boletín Oficial de La Rioja 23 de abril de 2002;(49):1763-79

(221) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado. 29 de Mayo de 2003;(128):20567-88.

(222) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 22 de noviembre de 2003;(280):41442-41458.

(223) Ley 44/2003,. OP. Cite. Título I. Del ejercicio de las profesiones sanitarias . Art. 7 Diplomados sanitarios. Apdo. a) Enfermeros 2003.

(224) Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de lo servicios de salud. Jefatura de Estado. Boletín Oficial del Estado. 17 de diciembre de 2003; (301):44742-63.

(225) Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado. 27 de julio de 2006;(178):28122.

(226) Lillo Crespo. M., El desarrollo de la Enfermería Moderna. El Reformismo del siglo XIX como agente político de cambio. Index de Enfermería/Primavera-verano 2002; XI, (36-37):33-36. Disponible en:<[http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista736-37\\_articulo\\_33-36.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista736-37_articulo_33-36.php)>

(227) López Arellano. O, Peña Saint Martín. F, Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. Medicina Social. Diciembre 2006; I (3):82-102

(228) López Morales. M, Barras Arias R, Núñez Maldonado. D, Jofre Rivas. J, Interculturalidad en los Servicios de Salud El caso de la Comunidad Mapuche de la Costa de Valdivia (Chile). Index de Enfermería 2003;(43):50-4.

(229) López Morales, M., La invisibilidad de la Enfermera Comunitaria. Enfermería Comunitaria. Enero-Junio; 2008; 4, (1):34-36

(230) López. G., Rodero. L ,García, M.J., Gervás. J, Consulta de Enfermería en Atención Primaria. Rev. Rol de Enfermería 1989; (136):15-18.

(231) López Ruiz, J. Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica. Sep-Oct1992;2 (5 ):132-36.

(232) Malinowski B. Una teoría científica de la cultura Madrid: Sarpe;1984

(233) Mariano Juárez. L, Encinas Chamorro. B, La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural. Index de Enfermería 2003 (42): 24-28

(234) Marín Pedreño, H. De Dominio Público Ensayo de teoría social y del hombre. Las Historias que somos. Pamplona: Eunsa 1997:38-51.

(235) Martínez Indas, M<sup>a</sup>.J. Organización de los servicios de cuidados en la comunidad; Instrumentos desde la gestión para la implantación de servicios: La implantación de la consulta de enfermería en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Panel III Congreso Estatal de la Asociación de Enfermería Comunitaria 2000. Disponible en :

[http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/inda.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/inda.html)

(236) Martínez Pérez, J.A., Trescolí i Serrano, V., De Miquel i Bría, M., Historia de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista: Homenaje al Médico Rural Español, Madrid:Drug Farm, 2003.

- (237) Martínez Ques, Ángel Alfredo. Enfermería basada en la Evidencia: un activismo plausible para hacer frente a la ignorancia. *Evidentia* mayo-agosto 2005;2(5). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/evidentia/n5/122articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
- (238) Martínez Riera, J.R.. Del Pino Casado, R. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL)Serie Cuidados Avanzados; 2006:89
- (239) Martín Zurro. *Atención Primaria, conceptos, organización y practica clínica*. El equipo de Atención Primaria. Barcelona: Mosby/Doyma libros; 1994:48
- (240) Matesanz Santiago. M,A, *Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una actitud constante*. *Rev Adm Sanit* 2009;7(2):245
- (241) Matesanz Santiago. M,A, *Op. Cite:2009;7(2):250*
- (242) McCloskey Joanne C. Bulececheek G.M.,Et alt. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)* Madrid: Síntesis 1999.
- (243) Medina Moya, JL. *Fundamentos epistemológicos de la teoría del cuidado*. *Enfermería Clínica*. Sep-Octubre1994; 5 (4):221-32.
- (244) Medina Moya J.L., Sandín Esteban M.P.. *Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera* *Enfermería Clínica* 1995; 5 (1):40-52.
- (245) Medina Moya J.L. *La pedagogía del cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes 1999.
- (246) Medina;Op. Cite 1999:38
- (247) Medina;Op. Cite;1999:40
- (248) Medina; Op. Cite;1999: 41
- (249) Medina; Op. Cite;1999:43
- (250) Medina; Op. Cite;1999:44

(251) Medina Moya, JL. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: Un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentales a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; Abril-Junio, 2006;15, (2):312-9.

(252) Menéndez E.L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia et al. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México: Nueva Imagen. 1978:11-53.

(253) Menendez, E. L. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2003, 8, (1):185-207. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014

(254) Ministerio de Sanidad y Consumo : Instituto Nacional de la Salud. Art. 58 bis Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios. *Boletín Oficial de Estado*.1 de Julio de 1984; (158)

(255) Mínguez Arias, J. “La otra” Consulta de Enfermería: ayer utopía ¿hoy realidad?. *Crónicas de Enfermería* 1997; 21:8-11.

(256) Mínguez Arias, J, La responsabilidad enfermera: “decirse”. *Temperamentum* 2007;5. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t1206.php>>

(257) Mínguez Moreno, I, Siles González, J, Crisis de identidad enfermera: origen y ¿superación a través de la práctica reflexiva en el entorno comunitaria? *RIDEC Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. Agosto-diciembre 2010; 3 (2 ):28-32

(258) Miró Bonet, M, ¿Porqué somos como somos?: Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976), (Tesis Doctoral). Illes Balears: Universitat de les Illes Balears, 2008.

(259) Miró.M, Gastaldo.D, Gallego.G,;2008:26-34) ¿Por qué somos como somos? Discurso y relaciones de poder en la constitución de la identidad

profesional de las enfermeras en España (1956-1976) *Enfermería Clínica*.2008;18,(1):26-34

(260) Mompert. MP, *Rebelión en las aulas. Rol de Enfermería* 2005;27(10):646-656

(261) Morales Asencio José Miguel, Bonill de las Nieves Candela, Celdrán Mañas Miriam, Morilla Herrera Juan Carlos, Martín Santos Francisco Javier, Contreras Fernández Eugenio et al . *Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit. Abril 2007;21(2):106-113. Disponible en:*  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000200004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200004&lng=pt&nrm=iso).

(262) Moreno. I, *Trabajo ideologías sobre el trabajo y culturas de trabajo. Trabajo. Rev Andaluza de Relaciones Laborales abril 1997; (3):9-28*

(263) Morin E. *La identidad humana. El Método V La humanidad de la Humanidad. Madrid: Circulo de Lectores. 2004:23.*

(264) Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo. Edit. Gedisa.. Barcelona. 1994.*

(265) NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid: Harcourt.2001:227.*

(266) Nieto García, E. *Et alt. Coste de las intervenciones enfermeras en atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414). Metas de Enferm. Noviembre 2006; 9(9):5056.*

(267) Nightingale, F.. *Notas sobre Enfermería . Qué es y qué no es. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería.1993:29.*

(268) Nightingale, F. *Op. Cit.1993:126.*

(269) Nogales Espert, A. *Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e historia en enfermería. Cultura de los Cuidados. 2º Semestre 2006 X. (20):14-20.*

(270) Oficio circular nº 1/1973, 2 de enero. Instituto Nacional de Previsión. Subdelegación General de Servicios Sanitarios. Servicio de Ordenación Sanitaria. Descentralización en la expedición de de autorizaciones de Médicos y Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria APD y notificaciones del parte de alteraciones de este Personal Sanitario.

(271) Oltra Rodríguez. E, La invisibilidad de las enfermeras: a propósito de una decepción. <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/2440>; 22 de Junio 2010.

(272) OMS. Enfermería y salud de la comunidad. Ginebra: Serie Informes Técnicos, nº 558; 1974.

(273) OPS-OMS. Enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Publicación Científica, 332. Washington, DC,OPS,1976

(274) OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata Ginebra 1978.

(275) OMS : Los 38 objetivos regionales europeos. Salud para Todos. Copenhague, 1986.

(276) OMS. Enfermería en acción. Publicación de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1993: 25.

(277) OMS. Enfermería en acción. Op. Cit.Madrid 1993: 27.

(278) OMS Organización Mundial de la Salud. Informe Técnico 860 Ginebra: OMS; 1996.

(279) Orden 10 de Julio de 1940 por la que se establece los Estudios previos necesarios para el ingreso en las carreras de Practicante o Matrona. Boletín Oficial del Estado 20-de julio 1940; (202):5046.

(280) Orden 21 de Mayo de 1941 sobre las condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. Boletín Oficial del Estado 28 de mayo 1941; (148):3811.

(281) Ordenes de 22 de abril de 1967 y de 16 de junio de 1967. Ministerio de Trabajo Estatuto Jurídico de los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios,

Enfermeras y Matronas-Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social.. Boletín Oficial del Estado 8 julio 1967;(162):9571; Rectificado en Boletín Oficial del Estado, 19 agosto 1967;(198):11718

(282) Orden de 26 de abril de 1973. Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo Boletines Oficiales del Estado 28 y 29 de abril 1973 (102), (103): 8519

(283) Orden1977/28232 de 31 de Octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado. 26 de noviembre de 1977;(283): 25987-89

(284) Orden de 7 de septiembre de 1978 por la que se aprueba el plan de estudios de la Escuela Universitaria de la Residencia Sanitaria de Logroño, dependiente de la Universidad de Zaragoza. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado 19 de Octubre de 1978;(250):24160

(285) Orden de 9 de octubre de 1980, por la que se regula que los Diplomados en Enfermería pueden realizar especialidades reconocidas para los Ayudantes Técnicos Sanitario. Ministerio de Universidades e Investigación . Boletín Oficial del Estado, de 18 de Octubre de 1980;(251):23288

(286) Orden 9 de septiembre de 1981 Ministerio de Trabajo Sanidad y Seguridad Social, Asistencia médico farmacéutica funcionarios de la administración local, funcionarios sanitarios locales. Médicos y ATS: turnos de guardias en el medio rural. Ayudantes Técnicos Sanitarios, Médicos Titulares Practicantes y Matronas Medio Rural : Turno de guardias. Boletín Oficial del Estado. 9 Octubre de1981;(242): 23713

(287) Orden 14 de septiembre de 1982 por la que se desarrolla el Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre , sobre integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia como Escuelas Universitarias de Fisioterapia, Ministerio de Educación y Ciencia Boletín Oficial del Estado. 17 de Septiembre de 1982;(223):25183

(288) Orden de 26 de marzo de 1984 por el que se regula el concurso restringido de oferta de incorporación al personal sanitario de Instituciones abiertas Seguridad Social a los Equipos de Atención Primaria.. Ilmos. Sres.

Subsecretarios y Director general del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial de Estado. 31 de marzo de 1984;(78): 9094-97.

(289) Orden de la Consejería de Sanidad de 21 de mayo de 1984, por la que se determinan las Zonas de Salud correspondientes a la ciudad de Logroño. Boletín Oficial de La Rioja. 29 de Mayo de 1984;(62):770-1.

(290) Orden de 14 de junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado.19 de junio 1984;(146):17911-43

(291) Orden 14 de enero de 1985, por la que se desarrolla, con carácter transitorio, el Real Decreto 1888/84 de 26 de septiembre, que regula los concursos para la provisión de plazas de los cuerpos docentes universitarios. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado.14 de Enero de 1985 (14):1247-8.

(292) Orden Ministerial de febrero de 1984, que establece la Normas transitorias de desarrollo del Real Decreto 1888/84. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado 16 de Enero de 1985.

(293) Orden de 8 de agosto de 1986 por la que se fijan las retribuciones del personal dependiente del INSALUD, ICS y RASSSA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado 14 de agosto de 1986;(194):28652-71

(294) Orden de 9 de octubre de 1985por la que se establece el modelo retributivo de Equipos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo: Boletín Oficial del Estado.16 de Octubre de 1985;(248):32554

(295) Orden de 26 de diciembre de 1986, por la que se introduce la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería en sustitución de la de Auxiliar de Clínica en el correspondiente Estatuto de Personal de la Seguridad Social y se modifica los baremos para la provisión de vacantes de esta categoría Ministerio de Sanidad y Consumo. Art 1.1 Boletín Oficial del Estado. 12 de enero de 1987;(10):664-5

(296) Orden 24 de Enero de 1990 por la que se efectúa convocatoria para la incorporación del personal procedente de Cuerpos Sanitarios Locales a los equipos de Atención Primaria. Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social Boletín Oficial de La Rioja. 30 de Enero de 1990(14):271

(297) Orden 14 de marzo de 1990 de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se modifica la de 16 de Marzo de 1988 por la que se constituye la Comisión Mixta de Coordinación de las actividades de Educación para la Salud en el Medio Escolar Boletín Oficial de La Rioja, 20 de Marzo de 1990;(35):687

(298) Orden de 13 de diciembre de 1990 Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre funciones a desarrollar por los sectores sanitarios. Boletín Oficial del Estado. 3 de enero de 1991(3):100-1

(299) Orden 24 de Julio de 1992 de la Consejería de Salud Consumo y bienestar Social por la que se regula el registro y autorización de Consultorios Rurales Boletín Oficial de La Rioja. 4 de Agosto de 1992(93): 2231

(300) Orden 2/2005 de 22 de abril de la Consejería de Salud, por la cual se establece la división territorios en Zonas Básicas de Salud. Boletín Oficial de La Rioja de 26 de abril de 2005;(56):2412

(301) Orden ECI/2514/2007, de 13 de agosto, sobre expedición de títulos oficiales de Master y Doctor. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado 21 de agosto 2007;(200): 35424-31.

(302) Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio 2010;(157):57217-50

(303) Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, Código deontológico de la Enfermería Española,. Resolución nº 32/89.

(304) Ortega y Gasset J. ¿Qué es filosofía? Colección austral ciencias y humanidades Madrid: Espasa 2007:119-137.

(305) Ortún, V. Meneu, R. Peiró, S. El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. Puig, J López, G Ortún, V. ¿más recursos para la salud? Barcelona: Masson. 2004

(306) Palacios Ceña. D, La Construcción Moderna de la Enfermería. Cultura de los cuidados. 2º Semestre 2007;XI(22):26-32

- (307) Palomino, P. Frías, A. Del Pino, R.. Los productos enfermeros en atención primaria de salud: aproximación desde el marco de cuidados. *Enfermería Clínica* 1995; 5 (2):72-75
- (308) Pavan Bisón, R.A.. Ferreira Furegato, A.R.. Ferreira Santos, J.L.. La percepción de cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*. 2007; (56):30-34.
- (309) Páez Moreno, R.. La ética de las virtudes y enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico* 2000;8 (1-4): 60-68.
- (310) Perdiguero, E.. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. Mazarrasa et al. *Biblioteca Enfermería profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Vol. 1, Madrid: McGraw-Hill. Interamericana. 1996:23-35.
- (311) Personal Estatutario: Legislación sanitaria: Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios. Art. 58 bis Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General. Servicio de documentación y publicaciones. Mayo 1989: (203)
- (312) Pinar García, M.E.. Hernández Martín F.. Orígenes modernos de la enfermería española: ¿practicantes y enfermeras, una misma profesión? *Jano*. 21-27 Octubre 1994. 47. (1098):69-72
- (313) Pineaul R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Barcelona:Massón 1978.
- (314) Pinilla Calleja. R, La estrategia de Salud para todos en el año 2000 en España. *Rev. San. Hig. Pub.*. 1990;(64): 3-7
- (315) Prieto Moreno. J, Galindo Casero, A. El arte de curar y de cuidar desde el punto de vista terminológico. *Cultura de los cuidados*. Sep.2001; 5. (9):63-69.
- (316) Provisión y selección de plazas Ministerio de Sanidad y Consumo. B.B.O.O.E.E. (146) de 19 de junio de 1984 y (158) 3 de julio de 1984.

(317) Radcliffe-Brown. A, Estructura y función en la sociedad primitiva. Barcelona: Agostini;1986.

(318) Ramió Jofre. A, Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. (Tesis doctoral), Barcelona. Universidad de Barcelona 2005

(319) Ramos Alfonso, R. ¿Debemos priorizar el problema de colaboración frente al diagnóstico enfermero durante la hospitalización de una persona?. Evidentia mayo-agosto 2005;2(5). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/119articulo.php> [ISSN: 1697-638X].

(320) RASSSA. Organización y funcionamiento del personal de enfermería en los centros de Atención Primaria en Andalucía . Circular 18/86 de 17 de abril de 1986.

(321) Real Decreto 1558/1977 de 4 de julio Presidencia de Gobierno Boletín Oficial del Estado, 5 de julio de 1977;(159):15035.

(322) Real Decreto 1558/1977 4 de julio por el que se estructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado Boletín Oficial del Estado 5 de julio de 1977.

(323) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado. 22 de agosto de 1977;(200):18716-17.

(324) Real Decreto-ley 36/1978 de 16 de noviembre Sobre gestión institucional de la seguridad Social, la salud y el empleo. Presidencia de Gobierno Boletín Oficial del Estado. 18 de noviembre de 1978; (276):26246-9

(325) Real Decreto 3303/78 por el que se establece el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de 29 de diciembre Ministro de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria del Gobierno. Boletín Oficial del Estado, 2 febrero 1979;(29):2735

(326) Real Decreto 2221/1978 de 25 de agosto por el que se establece la confección del mapa sanitario del territorio nacional. Ministerio de Sanidad y

Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 21 de septiembre de 1978;(226):22061-2.

(327) Real Decreto 111/1980 de 11 de enero sobre homologación del Título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado Universitario de Enfermería. Ministerio de Universidades e Investigación. Boletín Oficial del Estado. 23 de julio 1980;(176):16776.

(328) Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado de febrero de 1984; (271): 2627-9.

(329) Real Decreto 1888/84 de 26 de septiembre. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado 26 de Octubre de 1984;(257):31051-88.

(330) Real Decreto 2803/1986 de 24 de diciembre, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de sanidad (AISNA)Boletín Oficial del Estado 3 de marzo de 1987;(53):6266-71.

(331) Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista. Boletín Oficial del Estado 1 de agosto de 1987;(183):23642-4.

(332) Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado;16 de abril de 1987;(91):11379-83.

(333) Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado. 2 de diciembre de 1987;(219):27649-50.

(334) Real Decreto 1453/1989, de 1 de diciembre, sobre provisión de plazas sanitarias de los Equipos de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud; Boletín Oficial del Estado 7 de diciembre de 1989;(293):38140-2

(335) Real Decreto 305/1990 de 23 de febrero se regulan el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de enfermero de los estados miembros de la Comunidad Económica Europea, en el ejercicio efectivo del derecho de

establecimiento y la libre prestación de servicios, Boletín Oficial del Estado. 7 de marzo 1990;(57): 6559-61

(336) Real Decreto 1466/1990 de 26 de Octubre por el que se establece el título de Diplomado Universitario de Enfermería y las directrices generales propias de los planes conducentes a la obtención de aquel. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado 20 de noviembre de 1990:34410.

(337) Real Decreto 118/1991, de 25 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado,7 de febrero 1991;(33):4325-30.

(338) Real Decreto -Ley 1/1999 de 8 de enero sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, 9 de Enero de 1999,(8):886

(339) Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre De los principios básicos del ejercicio de la profesión de enfermería, por el que se aprueban los estatutos generales de la Organización Colegial de España del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería Título III, Art. 52,53,54,55,56,57 Boletín Oficial del Estado. 9 de Noviembre de 2001;(269):40998-9.

(340) Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud Boletín Oficial del Estado, de 28 de diciembre de 2001;(311):50012-17

(341) Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado. Boletín Oficial de Estado 2005; (21): 2842-51.

(342) Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado, 6 de mayo de 2005;(108):15480-88.

(343) Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el

procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2006;(222):32650-76

(344) Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia Boletín Oficial del Estado. 30 de Octubre de 2007;(206):44037.

(345) Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, 20 de enero 2011;(17): 6309

(346) Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, 10 de febrero 2011;(35): 13909.

(347) Redacción La OMC sancionará a los médico que acepten las “consultas de enfermería” Diario Médico, Nacional.29 de noviembre de 1985:17

(348) Redacción Global.net. Del INP al actual Sistema Nacional de Salud: un largo camino no exento de dificultades 8-14 de julio 2002 Disponible en : [www.global.net/documentaciónpdf/115Especial.pdf](http://www.global.net/documentaciónpdf/115Especial.pdf)

(349) Redacción Evidentia. Lo que los pacientes deben saber de los servicios de salud: sobre enfermar o morir. Evidentia mayo-agosto 2005; 2(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/116articulo.php> [ISSN: 1697-638X]

(350) Resolución 2 de enero 1985 del Instituto Nacional de la Salud por la que se hace público el resultado del concurso libre para provisión de plazas de ATS en la Comunidad Autónoma de La Rioja Boletín Oficial del Estado. 16 de Enero de 1985(14):1230

(351) Resolución de la Consejería de Salud Consumo y Bienestar Social de julio por la que se adecua los Distritos Sanitarios de la Beneficencia municipal de Logroño a la actual estructura de la Atención Primaria en Zonas básicas de Salud. Boletín Oficial de La Rioja, 3 de Agosto de 1985;88:918.

(352) Resolución de 20 de febrero de 1990 de la Dirección General de Trabajo por la que se publica el texto del acuerdo suscrito por las centrales sindicales Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Boletín Oficial del Estado,14 de marzo de 1990;(63):7321-7323

(353) Resolución de 31 de octubre de 1997, de la Universidad de La Rioja, por la que se ordena la publicación del Plan de Estudio de Diplomados en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, noviembre 1997;(28124):34506-15

(354) Resolución de 5 de julio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos Sanitarios de la Consejería de Salud, por la que se convoca concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de las categorías siguientes: Facultativos Médicos de Familia en Equipos de Atención Primaria, Facultativos Pediatras en Equipos de Atención Primaria, ATS/DUE y Auxiliares de Enfermería del Servicio Riojano de Salud. Consejería de Salud. Boletín Oficial de La Rioja, 8 de julio de 2006;(91).

(355) Resolución 29 de noviembre de 2006 de la Dirección General de Recursos Humanos Sanitarios de la Consejería de Salud, por la que se aprueba y publica la relación de admitidos y excluidos y se resuelve provisionalmente el concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de categoría de ATS/DUE. Consejería de salud. Boletín Oficial de La Rioja 12 de diciembre de 2006, (163): 7256.

(356) Resolución de 29 de enero de 2007, de la Dirección General de recursos Humanos y Servicios Económico- Presupuestario, por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se fijan los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 27 de Febrero de 2007(50):8514-5.

(357) Resolución 29 de abril de 2008, del Presidente del Servicio Riojano de Salud por la que se dictan normas para la aplicación de la Ley 5/2007 de 21 de diciembre, de Presupuesto Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el año 2008, en relación con la retribuciones del personal del Servicio Riojano de Salud. Boletín Oficial de La Rioja, 13 de Mayo de 2008;(64):3262.

(358) Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación de la primera modificación de plantilla del Servicio Riojano de salud para el año 2008 aprobada por el Consejo de Salud. Boletín Oficial de La Rioja, 19 de Junio de 2008;(81):4276

(359) Resolución del Consejero de Salud de 1 de julio 2008, por la que se dispone la publicación de las tarifas por servicios sanitarios prestados a

particulares en los centros del Servicio Riojano de salud . Boletín Oficial de La Rioja de 5 de Julio de 2008; (89):4839.

(360) Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Jadv Nursing* 2000;31.(3):599-606.

(361) Reyes. J M<sup>a</sup>, Duarte. G, Izquierdo.M<sup>o</sup>D. Análisis de la Situación y líneas de desarrollo en Enfermería de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación Metrópolis Comunicación. Tenerife 2000

(362) Rivera. R, Incompatibilidades, desempleo médico y consultas compartidas. *Diario ABC*. 2 de Agosto 1985:15

(363) Rico Becerra. J I, El inmigrante “enfermo” Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico. Murcia: Isabor. 2009:57

(364) Roca, I. Carpará, N. Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. *Enfermería clínica*, 1996;6(4):164-170.

(365) Rocher Guy. Introducción a la sociología general. Barcelona: Herder.:1980:69-101.

(366) Rodero Sánchez, V. Vives Relats, C, ¿Cuál es la imagen de la enfermera?. *Notas de enfermería*,Julio-agosto 1991;I (8):63-69

(367) Rodríguez, Josep A. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educ. méd.* Ene.-mar. 2004;7 (1) 2-08. Disponible en [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132004000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000100002&lng=es&nrm=iso)>.SSN 1575-1813.

(368) Rodríguez Ruiz, O. La triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales. *Tribuna de debate* . Sep 2005;(31). Disponible en: <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>

(369) Rojo. M.A., Faltaba por saber quien eran los 2000 riojanos asesinados en la guerra. En: <http://www.elcorreodigital.com/alava/20071220/la-rioja/faltaba-saber-quienes-eran-20071220.html>

- (370) Romero Nieva J. Carrera profesional. *Enfermería Facultativa* 2007;(102):15.
- (371) Rossi y O'Higgins Teorías de la cultura y métodos antropológicos. Barcelona: Anagrama;1981:31
- (372) Rubio Montejano M.A., Mendieta Lázaro J.M. *Enfermería ambulatoria. Revitalizar un pasado dormido. Rol de Enfermería*,1984;(6):20-27.
- (373) Rueda Martínez de Santos, JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extra-sanitarias: proyecto de investigación comisionada: marzo 2005/. Rueda Martínez de Santos, J.R. – 1ª ed. Victoria-Gasteiz: Eusco Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia=Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005p.;cm.- (Osteba. Informe evaluación; D-05-04) ISBN 84-457-2401-0. 1. Salud pública I. Euskadi. Departamento de Sanidad. II. Título. III. Serie. 614.
- (374) Ruiz, J.. *Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería* (II). *Rol de Enfermería* 1999;2 (22): 91-97
- (375) Ruiz-Cantero, M. T..Verdú Delgado, M.. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* Mayo 2004;18 (1):118-125. Disponible en: <[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.
- (376) Salamanca Castro, A.B. *La investigación cualitativa en ciencias de la salud.* *Nure Investigación*,Sep-Oct 2006:24
- (377) Salazar. C, *De la razón y sus descontentos. Indagaciones en la historia de la Antropología.* Lleida: Servei de Publicacions Universidad de Lleida, Espai-Temps; 1996:8
- (378) San Martín H..*Crisis mundial de la salud y los límites de la economía mundial de salud.* Madrid: Karpos 1982.
- (379) Sánchez García. AM, Mazarrasa Alvear. L, Merelles Tormo. T, *La evolución del modelo sanitario español y sus repercusiones en la profesión de enfermería.* En: Mazarrasa, Germán, Sánchez M, Sánchez G, Merelles , Aparicio, *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* Madrid: McGraw Hill/Interamericana; 1996: 87-142

(380) Sánchez. M, Aparicio. V, Germán C, Mazarrasa. L, Merelles. A, Sánchez. A, Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000

(381) Sancho, S. Vidal, T Cañellas, R. Pinilla, M.J. Corcoll, J. Ramos, M. Análisis de la situación y propuesta de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales Revista Española de Salud Pública. Octubre 2002; 76,(5):531-543

(382) Santa Clotilde Jiménez, E; Casado del Olmo, M<sup>a</sup>I; Fernández Araque, AM<sup>a</sup>. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (4). Disponible en: <http://index-f.com/Lascasas/documentos/lc0188.php>

(383) Santo Tomás Pérez, M. El Diagnóstico Enfermero en el Currículo de los Alumnos de Enfermería Ponencia II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC y I Jornadas de Enfermería Comunitaria en Castilla y León Monografía Diagnósticos Enfermeros en Atención Primaria: Aplicación Práctica. Ponferrada: Universidad de León y Asociación de Enfermería Comunitaria; 2000:21-32

(384) Santo Tomás Pérez, M. La investigación en la Historia de la Enfermería: líneas de futuro. Temperamentvm 2006;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t0106.php>

(385) Sarabia y Alvarezde. J, Rev. Adm Sanit. 2009;7(2):207-20

(386) Sartorius. N, Sabio, A.. El final de la dictadura: La conquista de la democracia en España (noviembre de 1975-junio de 1977). Madrid: Temas de Hoy 2007.

(387) Serrano. Del Rosal, R, Rancho Romero. J, La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index de Enfermería; 19 (1) 2010:9-13

(388) Siles González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica 1997;(7):188-94

(389) Siles González. J, Gabaldón Bravo. E. M, Tolero Molino. D, Gallardo Frías. Y, García Hernández. E, Galao Malo. R, El eslabón biológico en la Historia de los Cuidados de Salud. El caso de las Nodrizas (una visión antropológica de la Enfermería) Index de Enfermería Primavera-verano 1998;7.(20-21):16-23.

(390) Siles González J., Historia de la Enfermería. Evolución histórica global de los estudios de practicante, matronas, enfermeras, (1942-43/1955-56) y ATS (1956-57/1976-77), Alicante: Aguaclara; 1999:287-292

(391) Siles Op. Cite 1999:19-23

(392) Siles González J. Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Index de Enfermería 1999; (24-25):25-31. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25\\_articulo\\_25-31.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php)

(393) Siles González J. La historia del cuidado en el ámbito comunitario. Ponencia III Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Disponible en: [http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/IIIcongreso.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html)2000

(394) Siles González. J, Antropología y Enfermería La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrara culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados Index de Enfermería Invierno 2003;12.(43):28-32

(395) Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería 2004;(47):8-10.

(396) Siles González J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index de Enfermería 2005;(50):7-9

(397) Siles González. J, La historia basada en fuentes orales. Arch Memoria 2006;3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a0600.php>>Consultado 23 de Julio 2006

(398) Soldevilla Ágreda. J.J, Las Úlceras por Presión en Gerontología (Tesis Doctoral). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 2007.

- (399) Spector, R. Muñoz, M<sup>o</sup>.J. Las Culturas de la Salud. Madrid: Prentice Hall. 2002.
- (400) Spencer. H, Origen de las profesiones. Reis 59/92:315-25
- (401) Tejada de Ribero D.A., Alma ata 25 años después. Revista Perspectivas de Salud La revista de la Organización Panamericana de salud;2003;8,(1).
- (402) Téllez Infantes. A, Identidad socio-profesional e identidad de género. Un caso empírico. Gazeta de Antropología;2002:18
- (403) Tey i Freixa, Roser, Blasco Santamaría, R. La enfermería dos visiones separadas por treinta años. Rol de Enfermería. 1986; año IX,(100):18-24.
- (404) Torralba I, Roselló F. Antropología del cuidar . Instituto Borja de Bioética , Madrid, Fundación MAFRE de Medicina;1998:16-18.
- (405) Turabián. J.L, ¿Cuál es el papel de las enfermeras en atención primaria?. Jano 20-26 de febrero de 1998;54(1244):567.
- (406) Uribe Oyarbide, J.M. Educar y Curar, el dialogo cultural en atención primaria. Madrid: Ministerio de Cultura;1996:61-69.
- (407) Valenzuela. A, El Colegio de Médicos de Cádiz abre diligencias contra dos colegiados por defender las consultas de enfermería. Diario El País. Sociedad. 14 de febrero de 1986:21
- (408) Valles. M, Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos, Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid 2002:32
- (409) Vázquez.MA,Casals.JL,Aguilar.P,RamírezMJ,Gómez.MI,Villarín.V; Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. Enfermería Clínica.1977; 7 (3): 105-111
- (410) Verges .J, La Seguridad Social Española y sus cuentas. Barcelona: Ariel 1976
- (411) Vicente Aguirre. J, Aquí nunca paso nada. La Rioja 1936. Logroño:Ochoa 2007.

(412) Vuori, H. Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y soluciones. *Salud* 2000.(1):21-28.

(413) Wittgenstein L. Investigaciones Filosóficas. Traducción de Alfonso García Suárez A, y Ulises Moulines. Barcelona: Crítica; México Instituto de investigaciones filosóficas,1988

(414) Zaidier Treviño, V. Olivia Sanhueza, A.. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. Enferm.*, jun. 2005;11 (1): 17-24

(415) Zarate Grajales. R.A, La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería Primavera/verano* 2004;XIII(44-45):42-46.

## **14.-Tablas**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

**Tabla 1**

<b>Total de enfermeras de Centros de Salud de Atención Primaria de la Rioja, según sexo</b>		
Fuente: Elaboración propia a fecha de diciembre de 2005		
	n	%
Varones	24	12,3
Mujeres	171	87,7
Total	195	100

**Tabla 2**

<b>Total de enfermeras colegiadas de la Comunidad Autónoma de La Rioja por sexo</b>		
Fuente: Ilmo . Colegio Profesional de Enfermería a fecha de diciembre de 2005		
	n	%
Varones	133	7,8
Mujeres	1573	92,2
Total	1706	100

**Tabla 3**

<b>Número de enfermeras y población adscrita media por enfermera en los centros de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja diciembre 2005</b>			
Fuente: Tarjeta sanitaria, subdirección de atención primaria			
	Centros de Salud y pob.	Nº Enfermeros/as	Pob. media x enf.
Area I	Najera (17090)	18	949
	Haro (18303)	15	1220
	Santo Domingo (11262)	11	1024
Area II	Espartero (30289)	12	2524
	Siete Infantes (17503)	9	1945
	Labradores (23264)	12	1939
	Berceo (18061)	14	1861
	Elizalde (32795)	18	1822
	Navarrete (9099)	5	1820
	Cascajos (11291)	7	1613
	Alberite (15683)	10	1568
	R. Paterna (12318)	9	1369
	Camero N (1295)	1	1295
	Murillo (5882)	6	980
	Camero V (366)	1	366
	Area III	Calahorra (32744)	18
Arnedo (18131)		12	1511
Alfaro (16130)		11	1466
Cervera (4958)		6	826

**Tabla 4**

<b>Estudios realizados</b>						
	Titulación		Convalidación			
	n	%	SI		NO	
			n	%	n	%
Ayudante Técnico Sanitario	43	34,4	38	88,7	5	11,63
Diplomado Enfermería	82	65,6				
Totales	125	100	38		5	

**Tabla 5**

<b>Motivación para cursar los estudios y fidelidad</b>					
Motivación para realizar los estudios			Volver a cursar estudios		
	n	%		n	%
Profesión ayuda y entrega	44	35,2	Totalmente de acuerdo	46	36,8
Afición temas salud	44	35,2	De acuerdo	57	45,6
Contacto con sociedad	18	14,4	En contra	18	14,4
Otros motivos	15	12	Totalmente en contra	2	1,6
No contesta	4	3,2	No contesta	2	1,6
Totales	125	100	Totales	125	100

**Tabla 6**

<b>Utilización del tiempo</b>				
	Emplea su tiempo de trabajo en		Debería emplear su tiempo de trabajo en	
	n	%	n	%
Técnicas	20	16	9	7,2
Cuidados	77	61,6	106	84,8
Burocracia Due	11	8,8	1	0,8
Burocracia médico	4	3,2	0	0
Colab con méd técn diagnósticas	1	0,8	0	0
Otras	5	4	5	4
No contesta	7	5,6	4	3,2
Totales	125	100	125	100

**Tabla 7**

<b>La buena enfermera es aquella que debe...</b>				
	Seguir indicaciones del médico		Emitir Diagnóstico de Enfermería y cumplir indicaciones	
	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	1	0,8	12	9,6
De acuerdo	21	16,8	57	45,6
En contra	64	51,2	47	37,6
Totalmente en contra	39	31,2	7	5,6
No contestan	0	0	2	1,6
Totales	125	100	125	100

**Tabla 8**

<b>Autonomía para el seguimiento de pacientes crónicos</b>				
	Autonomía Enfermera		Si lo pide el médico	
	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	45	36	4	3,2
De acuerdo	70	56	9	7,2
En contra	8	6,4	69	55,2
Totalmente en contra	0	0	39	31,2
No contestan	2	1,6	4	3,2
Totales	125	100	125	100

**Tabla 9**

<b>Opinión sobre la frecuencia a realizar educación sanitaria por parte de enfermeras y médicos.</b>				
	Enfermeras		Médicos	
	n	%	n	%
Diariamente	119	95,4	111	88,8
En ocasiones	3	2,3	7	5,6
No es su tarea	0	0	2	1,6
No contesta	3	2,3	5	4
Totales	125	100	125	100

**Tabla 10**

<b>Cómo se siente valorada la enfermería</b>								
	Enfermeras		Médicos		Administración		Usuarios	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy bien	10	8%	1	0,8%	0	0%	19	15,2%
Bien	67	53,6%	37	29,6%	19	15,2%	56	44,8%
Regular	40	32%	60	48%	54	43,2%	37	29,6%
Mal	6	4,8%	17	13,6%	37	29,6%	7	5,6%
Muy mal	0	0%	7	5,6%	11	8,8%	3	2,4%
No contesta	2	1,6%	3	2,4%	4	3,2%	3	2,4%
Totales	125	100	125	100	125	100	125	100

**Tabla 11**

<b>Paradigma profesional al que manifiestan estar adscritas las enfermeras</b>		
	n	%
Socio-crítico (cuidadora)	74	59,2%
Racional-tecnológico(ATS)	23	18,4%
No se	20	16%
No contestan	8	6,4%
Totales	125	100

**Tabla 12**

<b>Respuesta sobre el cuerpo propio de conocimientos enfermero y su uso</b>				
	Tiene la enfermería cuerpo propio de conocimientos		Trabaja enfermería de acuerdo a su cuerpo de conocimientos	
	n	%	N	%
Totalmente de acuerdo	78	62,4	14	11,2
De acuerdo	42	33,6	71	56,8
En contra	0	0	30	24
Totalmente en contra	0	0	1	0,8
No contesta	5	4	9	7,2
Totales	125	100	125	100

**Tabla 13**

<b>Conocimiento y difusión del Código Deontológico de Enfermería</b>						
	Conoces el Código de Ética Enfermera		Esta bien difundido entre los enfermeros		Esta bien difundido entre la población	
	n	%	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	14	11,2	4	3,2	2	1,6
De acuerdo	68	54,4	41	32,8	17	13,6
En contra	32	25,6	63	50,4	73	58,4
Totalmente en contra	2	1,6	11	8,8	24	19,2
No contesta	9	7,2	6	4,8	9	7,2
Totales	125	100	125	100	125	100

**Tabla 14**

<b>Opinión sobre la responsabilidad, reconocimiento, objetivo e intervención, grado de autonomía y control del campo profesional incluyendo la modificación</b>				
	Dispone de autonomía, control, responsabilidad del campo profesional y sus métodos incluyendo su modificación		Reconoce las bases disciplinares de su práctica profesional, objeto y modo de intervención	
	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	13	10,4	16	12,8
De acuerdo	78	62,4	75	60
En contra	22	17,6	19	15,2
Totalmente en contra	24	5,6	2	1,6
No contesta	5	4	13	10,4
Totales	125	100	125	100

**Tabla 15**

<b>Es variado o monótono su trabajo</b>		
	n	%
Muy variado	10	8
Bastante variado	76	60,8
Nada	15	12
Bastante monótono	19	15,2
Muy monótono	0	0
No contesta	4	4

**Tabla 16**

<b>Que influencia dice tener en la organización de su trabajo</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Mucha influencia	23	18,4
Bastante influencia	74	59,2
Una pequeña influencia	21	16,8
Ninguna influencia	3	2,4
No contesta	4	3,2

**Tabla 17**

<b>Quién decide el ritmo de trabajo</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
La máquina	5	4
Mi grupo	22	17,6
El jefe o la jefa	3	2,4
Yo mismo	58	46,4
Otras Indiquelas	27	21,6
No contesta	10	8

**Tabla 18**

<b>Puede recibir una visita privada en su trabajo durante por Ej.:10 minutos</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Si siempre	22	17,6
Si habitualmente	72	57,6
No	24	19,2
No contesta	7	5,6

**Tabla 19**

	Puede decidir cuándo tener un descanso durante el trabajo		Es su jefe, la empresa muy estricto respecto al tiempo que tiene que estar en el trabajo		Puede ausentarse del trabajo durante por ejemplo media hora sin pedir permiso especial	
	n	%	n	%	n	%
Si siempre	9	7,2	5	4	15	12
Si habitualmente	80	64	44	35,2	57	45,6
No	32	25,6	69	55,2	48	38,4
No contesta	4	3,2	4	5,6	5	4

**Tabla 20**

Resultados aplicación escala Kristensen para obtener índice de Taylor o de estrés laboral								
Pregunta nº	35	36	37	38	39	40	41	Total
Resultado	0,314	0,223	0,522	0,813	0,246	0,415	0,264	2,948

**Tabla 21**

<b>Análisis bivariante entre ser propietario del puesto de trabajo y la titulación obtenida al terminar la carrera.</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
Si	35	42,7	41	95,3	76	60,8
No	45	54,9	2	4,7	47	37,6
No Contesta	2	2,4	0	0	2	1,6
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2$ : 32,843 GL: 2 p:0,05						

**Tabla 22**

<b>Análisis bivariante entre la titulación obtenida al terminar la carrera y la capacidad de actuación autónoma de la enfermera ante ciertos problemas de salud (HTA, diabetes, EPOC,...).</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
De acuerdo	79	96,3	36	83,7	115	92
En contra	3	3,7	5	11,6	8	6,4
No Contesta	0	0	2	4,7	2	1,6
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2$ : 7,102 GL:2 p: 0,05						

**Tabla 23**

<b>Análisis bivariante entre la titulación obtenida al terminar la carrera y la autonomía profesional enfermera ante ciertos problemas de salud, si solo lo pide el médico</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
De acuerdo	8	9,8	5	11,6	13	10,4
En contra	74	90,2	34	79,1	108	86,4
No Contesta	0	0	4	9,3	4	3,2
Totales	84	100	43	100	125	100
$\chi^2 :8,131$ GL: $p=0,017$						

**Tabla 24**

<b>Análisis bivariante entre la titulación obtenida al terminar la carrera y la opinión que se tiene sobre la adecuación de la enfermeras al puesto de trabajo</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
De acuerdo	53	64,6	19	44,2	72	57,6
En contra	26	31,7	19	44,2	45	36
No Contesta	3	3,7	5	11,6	8	6,4
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2 :6,067$ GL:2 $p=0,048$						

**Tabla 25**

<b>Análisis bivariante entre la opinión que se tiene sobre la valoración que tienen los médicos sobre las enfermeras y la titulación obtenida al terminar la carrera.</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
Muy bien	1	1,2	0	0	1	0,8
Bien	31	37,8	6	14	37	29,6
Regular	38	46,3	22	52,2	60	48
Mal	8	9,8	9	20,9	17	13,6
Muy mal	4	4,9	3	7	7	5,6
No contesta	0	0	3	7	3	2,4
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2 :14,165$ GL:5 p=0,012						

**Tabla 26**

<b>Análisis bivariante entre la opinión que se tiene de la valoración de la administración sobre las enfermeras y la titulación obtenida al terminar la carrera</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
Muy bien	0	0	0	0	0	0
Bien	14	17,1	5	11,6	19	15,2
Regular	38	46,3	16	37,2	54	43,2
Mal	25	30,5	12	27,9	37	29,6
Muy mal	5	6,1	6	14	11	8,8
No contesta	0	0	4	9,3	4	3,2
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2 :10,764$ GL:4 p=0,029						

**Tabla 27**

<b>Análisis bivariable entre la titulación obtenida al terminar la carrera y la opinión que la enfermera tiene sobre el conocimiento que la población general tiene del Código Deontológico Enfermero.</b>						
	Diplomado Enfermería		Ayudante Técnico Sanitario		Totales	
	n	%	n	%	n	%
De acuerdo	16	19,5	3	7	19	15,2
En contra	64	78	33	76,7	97	77,6
No Contesta	2	5,9	7	16,3	9	7,2
Totales	82	100	43	100	125	100
$\chi^2 : 10,427$ GL:2 p<0,05						

**Tabla 28**  
**Categorización de entrevistas**

<i>Reforma sanitaria</i>		
Periodo histórico	<i>Situación previa/Inicio/Desarrollo y consolidación</i>	
Categoría temática	Subcategorías	Códigos
<b>Aspectos formativos pregrado</b>	Acceso a los estudios	Valores y motivación para estudiar enfermera
		Escuelas de ATS/DUE adscritas a la Universidad
		Escuelas de ATS/DUE integradas en la Universidad
	Clases teóricas	Planes de estudio anterior/posterior a 1977
Profesores enfermeras-médicos tiempo de dedicación		
Prácticas	Sala de demostraciones/hospital/centro de salud	
<b>Aspectos formativos postgrado</b>	Formación formal	Curso de convalidación de ATS por DUE
		Programa docente de Consejería de salud
		Otra formación
Formación informal	Autoformación y formación privada	
<b>Situación, satisfacción e inquietud laboral</b>	Acceso laboral	Puestos de trabajo
		Oposición
		Concurso de meritos
		Traslados
	Nominación	ATS, DUE, Enfermera, Practicante
	Dedicación	Propietaria/interina/eventual
		Horarios de trabajo
		Tipos de anotaciones y registros profesionales
Integración teoría y práctica		
<b>Proyección socio-profesional</b>	Jornada laboral	Cambio de horario
		Asistencia 24 horas (guardias)
		Adscripción de población
	Paradigma enfermero	Rol enfermero en AP de salud
		Cartera de servicios, programas y protocolos de salud
		Modelo enfermero
	Condicionantes	Género
		Familia
		Estructura jerárquica
		Médicos
<b>Credibilidad individual-social</b>	Ideario profesional	Identidad profesional
		Código ético
		Credibilidad profesional
		Valoración profesional
	Autonomía profesional	Doctrina profesional
		Infrautilización
		Disfunción del rol enfermero (independiente-interdependiente)
<b>Criterios de profesionalidad</b>	Cuerpo de conocimientos	Ideario-modelo-metodología enfermera
		Programa de dirección cuidados

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

		Investigación
	Condicionantes	Adaptación formativa y laboral
		Invisibilidad enfermera
		Capacidad enfermera
<b>Aspectos organizativos</b>	Cambios legales	Desarrollo legal
		Derecho a asistencia
		Integraciones en equipo de AP
		Gerencia Única
	Situaciones de crisis	Conflictos laborales
	Puesto de trabajo	Relaciones Inter-estamentales (médicos enfermeras)
		Ambulatorios, centros de salud, consultorios locales
		Médico de cupo ambulatorio, médico APD, médico de urgencias
ATS ambulatorio, ATS de APD, ATS de cupo, ATS de urgencias, ATS/DUE de AP		

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

## **15.-Anexos**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

**Anexo 1 : Encuesta realizada a los profesionales de Enfermería de la Rioja agrupando las preguntas según el concepto que explora**

Concepto	Preguntas
Aspectos formativos	<p>1° ¿Qué título obtuvo usted al terminar la carrera?                      A.-Diplomado en enfermería.                      B.-A.T.S.                      C.-Practicante.</p> <p>2° ¿Ha convalidado el título de ATS?                      A.-Si                      B.-No                      C.-En vías de convalidación.</p> <p>3° ¿Cuales fueron los motivos para estudiar enfermería o ATS?                      A.-Por ser una profesión de ayuda y entrega a los demás.                      B.-Por afición a los temas de salud.                      C.-Por ser una profesión de contacto con la sociedad                      D.-Por otros motivos.(Indíquelos).....</p> <p>4° Si tuviese que empezar ahora la carrera ¿Volvería a cursar estudios de enfermería?                      A.-Totalmente de acuerdo                      B.-De acuerdo                      C.-En contra                      D.-Totalmente en contra</p> <p>5° ¿Considera que al terminar la carrera, con la preparación de la escuela, adquirió seguridad para enfrentarse al mundo profesional?.                      A.-Totalmente de acuerdo                      B.-De acuerdo                      C.-En contra                      D.-Totalmente en contra</p>
Situación laboral	<p>6° En su puesto de trabajo es propietario                      A.-Si B.-No</p> <p>7° Es eventual o interino                      A.-Si B.-No</p> <p>8° ¿Porqué vía accede a su actual puesto de trabajo del centro de salud? (contestar solo los propietario)                      A.-Oposición, o concurso oposición                      B.-Concurso de méritos                      C.-Por traslado de hospital</p>
Proyección profesional	<p>9° ¿En <u>que emplea</u> la mayor parte del tiempo en su trabajo?.                      A.-En realizar técnicas                      B.-En cuidados o ayudas al paciente                      C.-En burocracia de enfermería                      D.-En burocracia del médico                      E.-En colaborar con el médico en técnicas diagnósticas                      F.- Otras (Indíquelas).....</p> <p>10° ¿En <u>que debería emplear</u> la mayor parte del tiempo de su trabajo, según su criterio?.                      A.-En realizar técnicas                      B.-En cuidados o ayudas al paciente                      C.-En burocracia de enfermería                      D.-En burocracia del médico                      E.-En colaborar con el médico en técnicas diagnósticas                      F.- Otras(Indíquelas).....</p> <p>11° ¿Que denominación cree que es la más adecuada para designar al colectivo profesional, dependiendo del sexo?</p>

	Hombre ATS DUE o DE	Mujeres ATS DUE o DE
	<p>12° ¿Considera que entre las múltiples actividades de la enfermera, la prioritaria y fundamental es la de cumplir las indicaciones del médico?.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>13° La buena enfermera es .....aquella que además de hacer un diagnostico de enfermería, cumple las indicaciones del médico .</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>14° La buena enfermera es.....aquella que además de cumplir las indicaciones del médico, realiza un diagnostico de Enfermería y su correspondiente intervención.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>15° ¿Cual es su opinión sobre que algunos problemas de salud ( HTA, diabetes, bronquitis crónica, ..... ) sean atendidos en consulta de enfermería?.</p> <p>Es una actividad normal llevada a cabo por iniciativa propia de <u>la enfermera</u>.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>16° ¿Cual es su opinión sobre que algunos problemas de salud ( HTA, diabetes, bronquitis crónica, ..... ) sean atendidos en consulta de enfermería?.</p> <p>Es una actividad que solo se puede hacer si nos la pide <u>el médico</u>.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>17° ¿Como debe realizar el profesional de la salud la educación sanitaria ?.</p> <p>La enfermera: A.-Diariamente B.-En ocasiones C.-No es su tarea</p> <p>18° ¿Como debe realizar el profesional de la salud la educación sanitaria ?.</p> <p>El médico : A.-Diariamente B.-En ocasiones C.-No es su tarea</p>	
Credibilidad individual-social	<p>19° ¿Considera que está trabajando en el área que más capacitado se siente ?.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>20° ¿Cree que el personal de enfermería está trabajando en el área donde está más capacitado?.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p>	

	<p>21° ¿Considera que el trabajo que lleva a cabo en este lugar le permite el desarrollo profesional que usted desea tener?.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo                  B.-De acuerdo                  C.-En contra                  D.-Totalmente en contra</p> <p>22° ¿Como cree usted que la profesión de enfermería está valorada?                  A.-Por los propios compañeros :                  1.-Muy bien                  2.-Bien                  3.-Regular                  4.-Mal                  5.-Muy mal</p> <p>23¿Como cree usted que la profesión de enfermería está valorada?                  B.-Por los médicos:                  1.-Muy bien                  2.-Bien                  3.-Regular                  4.-Mal                  5.-Muy mal</p> <p>24¿Como cree usted que la profesión de enfermería está valorada?                  C.-Por la administración:                  1.-Muy bien                  2.-Bien                  3.-Regular                  4.-Mal                  5.-Muy mal</p> <p>25¿Como cree usted que la profesión de enfermería está valorada?                  D.-Por los usuarios:                  1.-Muy bien                  2.-Bien                  3.-Regular                  4.-Mal                  4.-Muy mal</p>
Aspectos formativos	<p>26°¿Dentro de que paradigma enmarcaría su acción profesional?:</p> <p>A.-Del paradigma socio-crítico (Enfermera cuidadora)                  B.-Del Paradigma racional tecnológico (Enfermera ATS)                  C.-No se</p>
Criterios de profesionalidad	<p>27° Consideras que enfermería tiene que tener un cuerpo de conocimiento propio, o sea, una disciplina sobre la que se sustenta.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo                  B.-De acuerdo                  C.-En contra                  D.-Totalmente en contra</p> <p>28° Consideras que desarrollas tu práctica profesional de acuerdo al cuerpo teórico enfermero.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo                  B.-De acuerdo                  C.-En contra                  D.-Totalmente en contra</p>

	<p>29° Crees que el código de ética profesional, esta bien difundido y es conocido por profesionales, enfermeros</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.- Totalmente en contra</p> <p>30°.- Conoces el código deontológico profesional enfermero.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>31° Si el código deontológico es la carta de presentación de los usuarios del sistema de salud Crees que, es conocido por la población general para que pueda ser un recurso más que esta tenga a su disposición.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>32° Considera que el objetivo fundamental de la acción profesional enfermera son las necesidades de salud del individuo familia o comunidad a su cargo.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>33° Considera que dispone de autonomía control y responsabilidad sobre su campo de actuación profesional, y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p> <p>34° Reconoce las bases disciplinares de su práctica, el objeto y el modo de intervención.</p> <p>A.-Totalmente de acuerdo B.-De acuerdo C.-En contra D.-Totalmente en contra</p>
<p>Grado inquietud o nerviosismo laboral</p>	<p>35°¿Es tu trabajo variado o monótono?</p> <p>A.-Muy variado B.-Bastante variado C.-Nada D.-Bastante monótono C.-Muy monótono</p> <p>36° ¿Qué influencia tiene en la organización de su trabajo?</p> <p>A.-Mucha influencia B.-Bastante influencia C.-Una pequeña influencia D.-Ninguna influencia</p> <p>37°¿Quién decide el ritmo de trabajo?</p> <p>A.-La máquina B.-Mi grupo C.-El Jefe o la jefa D.-Yo mismo E.-Otras (indíquelas).....</p> <p>38°¿Puede recibir una vista privada en su trabajo durante por ejemplo 10 minutos?</p> <p>A.-Si, siempre B.-Si, habitualmente</p>

	<p>C.-No</p> <p>39º ¿Puede decidir cuándo tener un descanso durante el trabajo?</p> <p>A.-Si, siempre</p> <p>B.-Si, habitualmente</p> <p>C.-No</p> <p>40º ¿Es su jefe, la empresa, muy estricto con respecto al tiempo que tiene que estar en el trabajo?</p> <p>A.-Si, siempre</p> <p>B.-Si, habitualmente</p> <p>C.-No</p> <p>41º ¿Puede ausentarse del trabajo durante por ejemplo media hora sin tener que pedir un permiso especial?</p> <p>A.-Si, siempre</p> <p>B.-Si, habitualmente</p> <p>C.-No</p>
--	--

**Anexo 2:** Puntuación a aplicar del cuestionario Kristensen a las contestaciones de las preguntas 35 a la 41 para obtener el índice Taylorismo o de estrés laboral

Pregunta 35 :-	Muy variado	0 puntos
	Bastante variado	0 puntos
	Nada variado	1 punto
	Bastante monótono	2 puntos
	Muy monótono	2 puntos
Pregunta 36:	Mucha influencia	0 puntos
	Alguna influencia	0 puntos
	Una pequeña influencia	1 punto
	No influencia	2 puntos
Pregunta 37:	La máquina	2 puntos
	Mi grupo	2 puntos
	El jefe o la jefa	2 puntos
	Yo mismo	0 puntos
	Otras	0 puntos
Pregunta 38:	Si siempre	0 puntos
	Si habitualmente	1 punto
	No	1 punto
Pregunta 39:	Si siempre	0 puntos
	Si habitualmente	0 puntos
	No	1 punto
Pregunta 40:	Si siempre	1 puntos
	Si habitualmente	1 puntos
	No	0 puntos
Pregunta 41:	Si siempre	0 puntos
	Si habitualmente	0 puntos
	No	1 punto

El índice de Taylorismo o estrés laboral puede ir de 0 a 10 puntos y es proporcional al nivel de estrés en el trabajo.

Se considera Índice bajo de 0 a 3 puntos, Índice medio de 4 a 7 puntos e Índice alto de 8 a 10 puntos.

**Anexo 3:** Carta de solicitud de permisos a la autoridades pertinentes

Logroño, 7/11/2005

Subdirección de Atención Primaria del Área II Rioja Media

D. Jorge Mínguez Arias con DNI..... con domicilio en C/....., Nº....., ..... de Logroño.

Como personal enfermero estatutario perteneciente al Centro de Salud Labradores del Servicio Riojano de Salud solicita a esa dirección los permisos y facilidades oportunas para poder realizar y completar la fase de investigación correspondiente al Programa de Doctorado “Problemas actuales en Bioestadística, Epidemiología, Salud Pública y Comunitaria 2005/06” de la Universidad Pública de Navarra, y que después de haber completado y superado los cursos correspondientes a la parte teórica en el Departamento de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de la Rioja, me dispongo a realizar la fase de investigación sobre el tema: “Aportación Enfermera a la Salud Familiar y Comunitaria en la Rioja: Su evolución en los últimos años”, con el propósito de contribuir en la clarificación del papel que juega la Enfermera de Atención Primaria en el equipo de salud, las aportaciones que ésta realiza o puede realizar y la repercusión que estas tienen en la mejora de la salud de los individuos familias o comunidad de la población a su cargo.

Entre tanto y a la espera de su noticias y agradeciendo de antemano su consideración se despide atentamente.

Fdo.:

D. Jorge Mínguez Arias

**Anexo 4:** Carta de presentación del trabajo y solicitud de colaboración remitida a las Responsables de Enfermería de los Centros de Salud

Logroño, 1/12/2005

Estimada compañera:

Solicito y agradezco de antemano tu colaboración, con el trabajo que debo de realizar durante los próximos meses, como consecuencia del programa de doctorado que estoy cursando.

Según conversación mantenida telefónicamente, ruego entregues las encuestas que te adjunto a la enfermeras pertenecientes a tu centro de salud (solo personal de equipo de atención primaria, pues el estudio se reduce a este profesional). Una vez cumplimentadas, las recepciones nuevamente y me las remites por favor a la siguiente dirección:

Jorge Mínguez Arias

C/

26 Logroño

Ante cualquier duda o problema mi teléfono es 63...../941.....

Por lo cual, te quedaré personalmente muy agradecido, dado que como anteriormente menciono, es un trabajo estrictamente personal para mis estudios en la citada universidad, adquiriendo el compromiso de haceros participe de los resultados en cuanto esté el trabajo finalizado.

Espero que la sobrecarga “laboral” que te doy , no interfiera tu trabajo cotidiano en exceso, por lo cual, una vez más agradezco tu/vuestra colaboración.

Recibe un cordial saludo.

Fdo.:

Jorge Mínguez Arias

**Anexo 5:** Carta de agradecimiento por la colaboración remitida a las Responsables de Enfermería de los Centros de Salud

Jorge Mínguez Arias  
C/  
26 Logroño

Estimada compañera:

Una vez recibida y cumplimentadas las encuestas, quiero manifestar mi sincero agradecimiento por la colaboración y la participación con la que fue realizado dicho trabajo, no en vano, de un total de 195 enfermeras de equipos de las 19 zonas básicas de salud de atención primaria de La Rioja, han respondido más de 120. Es por ello que deseo trasmitas a todo el personal que ha participado mi sincera gratitud, dado que sus respuestas son una de las partes más importantes de este proyecto.

También quiero expresar personalmente el agradecimiento doblemente a ti, por haber sido la persona clave en este proceso de recepción, recogida y envío de la documentación. GRACIAS. Adquiriendo el compromiso ya manifestado de haceros participe de los resultados en cuanto esté concluido, quedando en deuda y poniéndome a vuestra disposición en todo lo que pueda estar en mis manos

Entre tanto nos veamos personalmente, recibe un cordial saludo.

Fdo.:

Jorge Mínguez Arias

**Anexo 6:** Disparidad de denominaciones enfermeras en las instituciones sanitarias de La Rioja

Fuente: Elaboración propia

Practicante  
Enfermeras  
Matronas  
Comadronas  
ATS  
ATS de urgencias  
ATS de hospital  
ATS de ambulatorio  
ATS de zona  
Practicante de zona  
Practicante de urgencias  
ATS/DUE  
ATS de empresa  
ATS de consulta  
ATS de centro de salud  
ATS de medicina general  
ATS de cupo  
ATS de apoyo  
Diplomado Universitario de Enfermería  
DUE  
Enfermera de ambulatorio  
Enfermera de medicina general  
Enfermera de atención primaria  
Enfermera cuidadora  
Enfermera de centro de salud  
Enfermera/o  
Enfermera de cupo  
Enfermera de apoyo  
Consulta de enfermería  
Consulta de enfermería de adultos  
Consulta de enfermería de pediatría  
Consulta de enfermería  
Consulta de enfermería de medicina general

**Anexo 7:** Normas de adscripción orgánica de los puestos de trabajo a las nuevas demarcaciones del personal procedente de los Cuerpos Sanitarios Locales, (médicos, practicantes y matronas) ubicando los equipos de salud de la Zona Básica de Salud

	Decreto 63/1989 de 29 de diciembre		Decreto 90/1990 de 31 de octubre	
	Antigua nominación	Nueva nominación	Antigua nominación	Nueva nominación
	Practicante titular de.	ATS de zona de salud	Practicante titular de.	ATS-DUE titular de Adscrito a:
Zona 1 Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama
	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama	Cervera del Río Alhama, Navajún, Valdemadera
	Cornago	Cornago	Cornago	Cornago
	Igea	Igea	Igea	Igea
Zona 2	Alfaro	Alfaro	Alfaro	Alfaro
	Aldeanueva de Ebro	Aldeanueva de Ebro	Aldeanueva de Ebro	Aldeanueva de Ebro
	Ricón de Soto	Ricón de Soto	Ricón de Soto	Ricón de Soto
Zona 3 Calahorra	Calahorra	Calahorra	Calahorra	Calahorra
	Calahorra	Calahorra	Calahorra	Calahorra
	Pradejón	Pradejón	Pradejón	Pradejón
	El Villar de Arnedo	El Villar de Arnedo	El Villar de Arnedo	El Villar de Arnedo
	Autol	Autol	Autol	Autol
Zona 4 Arnedo	Arnedo	Arnedo	Arnedo	Arnedo, Bergasa Y Bergasilla
	Arnedo	Arnedo	Arnedo	Arnedo, Bergasa Y Bergasilla
	Quel	Quel	Quel	Quel
Zona 5 Ausejo-Murillo del Río Leza	Ausejo	Ausejo	Ausejo	Ausejo
	Alcanadre	Alcanadre	Alcanadre	Alcanadre
	Murillo del Río Leza	Murillo del Río Leza	Murillo del Río Leza	Murillo del Río Leza
	Agoncillo	Agoncillo	Agoncillo	Agoncillo
	Galilea	Galilea	Galilea	Galilea, Corera y El Redal
Zona 7 Albelda de Iregua-Alberite	Albelda de Iregua	Albelda de Iregua	Albelda de Iregua	Albelda de Iregua
	Nalda	Nalda	Nalda	Nalda
	Alberite	Alberite	Alberite	Alberite y Clavijo
	Lardero	Lardero	Lardero	Lardero
	Ribafrecha	Ribafrecha	Ribafrecha	Ribafrecha y Leza
	Villamediana de Iregua	Villamediana de Iregua	Villamediana de Iregua	Villamediana de Iregua
Zona 8 Torrecilla en Cameros			Torrecilla en Cameros	Torrecilla en Cameros, Nestares, Amarza y Pinillos
Zona 9	Cenicero	Cenicero	Cenicero	Cenicero y Torremontalbo
	Navarrete	Navarrete	Navarrete	Navarrete
	Entrena	Entrena	Entrena	Entrena
	Fuenmayor	Fuenmayor	Fuenmayor	Fuenmayor
Zona 10	Najera	Najera	Najera	Najera
	Anguiano	Anguiano	Anguiano	Anguiano
	Badarán	Badarán	Badarán	Badarán y Cardenas
	Baños del Ría Tobía	Baños del Ría Tobía	Baños del Ría Tobía	Baños del Ría Tobía y Bobadilla
	Huércanos	Huércanos	Huércanos	Huércanos y Aleson
	Uruñuela	Uruñuela	Uruñuela	Uruñuela y Hormilleja

La Cultura Enfermera:

Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)

	Hormilla	Hormilla	Hormilla	Hormilla
Zona 11	Santo domingo de la Calzada			
	Bañares	Bañares	Bañares	Bañares, Cidamón y San Torcuato
	Castañares	Castañares	Castañares	Castañares de Rioja, Baños de Rioja Villalobar
	Grañón	Grañón	Grañón	Grañón, Corporales y Villarta-Quintana
	Leiva	Leiva	Leiva	Leiva, Tormentos, Herramelluri
	Ezcaray	Ezcaray	Ezcaray	Ezcaray, Ojacastro
Zona 12	Haro	Haro	Haro	Haro y Briñas
	Briones	Briones	Briones	Briones
	Casalareina	Casalareina	Casalareina	Casalareina
	Cuzcurrita	Cuzcurrita	Cuzcurrita	Cuzcurrita y Ochanduri
	San Asensio	San Asensio	San Asensio	San Asensio
	San Vicente la Sonsierra			
Zona 15 Logroño	Logroño	Logroño	Logroño	Logroño
	Logroño	Logroño	Logroño	Logroño

## **16.-Documentos etnográficos de la Enfermería de Atención Primaria**

*La Cultura Enfermera:*

*Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP)*

Foto 1.-Centro de Salud de Alberite



Foto 2.- Centro de Salud de Alfaro



Foto 3.-Antiguo Ambulatorio de Arnedo en La Puerta Munillo años sesenta



Foto 4.- Ambulatorio Nuestra Señora de Vico de Arnedo años setenta con el Centro de Salud antiguo y actual

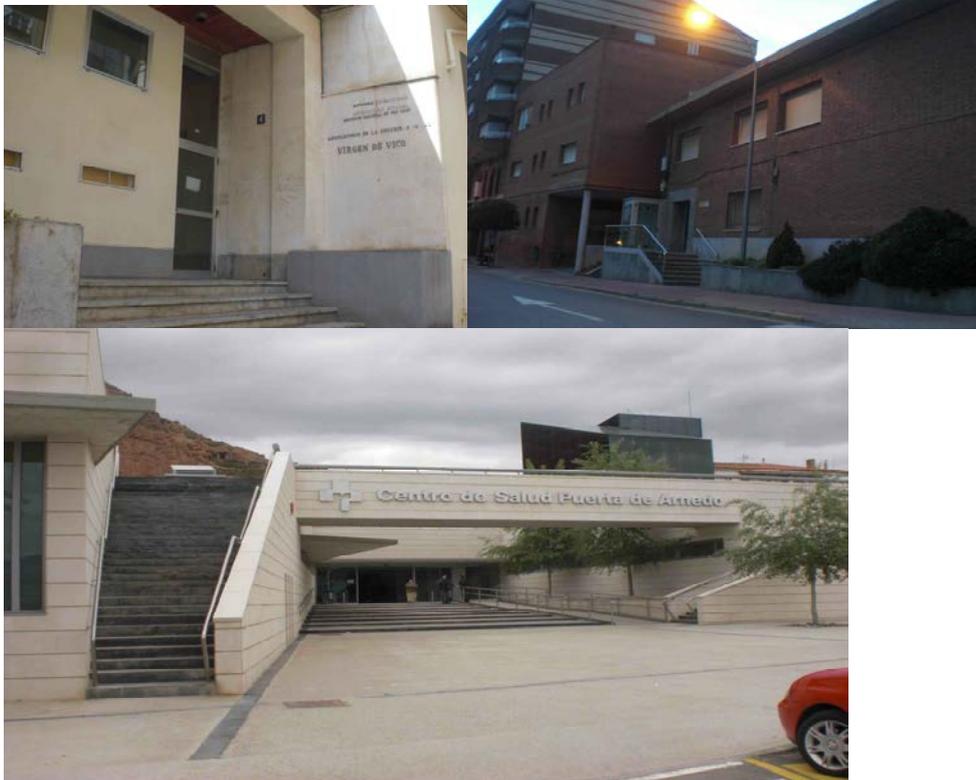


Foto 5.-Centro Rural de Higiene de Préjano y Centro Rural de Higiene de Bergasa del C.S.Arnedo (año 2010)



Foto 6.-Ambulatorio de Arnedo: Consulta médica de Santiago Aparicio, enfermera en mesa auxiliar Esther Lorente Redón año 1990 y documento de cesión de responsabilidades para cumplimentar recetas por parte de la enfermera con detalle de información sobre recetas en consulta de enfermería del C.S. Arnedo

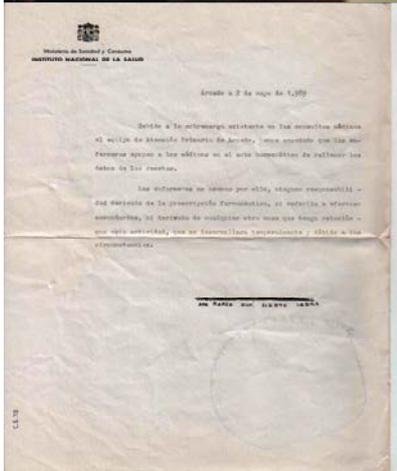


Foto 7.-Personal del Centro de Salud Puerta la Villa de Arnedo La Rioja



Foto 8.-Directorio del antiguo Centro de Salud de Arnedo e identificación actual de las consultas de enfermería incluida la nominación de su consultorio periférico en Quel



Foto 9.-Antiguo edificio ambulatorio de Calahorra en el Mercadal años setenta y centro de salud actual



Foto 10.-Centro de Salud de Cascajos



Foto 11.-Centro de Salud Cervera del Rio Alhama



Foto 12.-Centro de Salud Espartero



Foto 13.-Centro de Salud Gonzalo de Berceo, Consultorio de Yagüe anexo al centro y detalle informativo que en los años noventa informaba del horario de las ATS, practicantes y médicos mientras las enfermeras permanecen perfectamente innominadas.



Foto 14.-Sede del antiguo Ambulatorio de General Vara del Rey, calle General Vara de Rey 73 de Logroño



Foto 15.- Antiguo Ambulatorio y Centro de Salud actual de Haro



Foto 16.- Centro de Salud Joaquín Elizalde con su primera ubicación en la segunda y primera planta del Ambulatorio Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, posterior Policlínico San Millán San Pedro



Foto 17.-Local del primer Consultorio de Varea anexo del C. S. Joaquín Elizalde, Primera Unidad de formación de medicina de familia (Jorge Olloqui y Félix Fernández) y el actual consultorio de Varea del C. S. Joaquín Elizalde



Foto 18.-En el centro Maribel Robertson, primera directora de enfermería y su adjunta Rosario Castellanos junto a Javier Pérez Santo Tomás primer director provincial, acompañado de Félix Fernández y Jorge Olloqui primeros gestores de la reforma sanitaria acompañados por compañeros del Centro de Salud Joaquín Elizalde celebrando los 25 años de la Atención Primaria en la Rioja.



Foto 19.-Primer frigorífico que posibilitó el inicio de la vacunación en el Antiguo Ambulatorio Labradores, hoy “Centro de Salud Labradores 2” calle labradores nº 3 y el Centro de Salud de Labradores calle labradores nº40 de Logroño



Foto 20.- Centro de Salud de Murillo del Río Leza



Foto 21.- Antigo y nuevo Centro de Salud de Nájera



Foto 22.- Antigo Ambulatorio-Consultorio de Navarrete y su actual Centro de Salud y detalle de información sobre consulta de enfermería



Foto 23.-Centro de Salud Rodríguez Paterna



Foto 24.-Antiguo Ambulatorio (desde Octubre de 2010 sede de la policía local), y nuevo Centro de Salud de Santo Domingo de La Calzada



Foto 25.-Centro de Salud Siete Infantes de Lara



Foto 26.- Antiguo Ambulatorio Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Ambulatorio Central) posterior Policlínico Complejo Hospitalario San Millán San Pedro, puerta del antiguo servicio de urgencia con salida del servicio de urgencias de la Residencia de la Seguridad Social de Logroño y Complejo Hospitalario San Millán San Pedro.



Foto 27.-Hospital de La Rioja



Foto 28.-Hospital San Pedro



Foto 29.- Hospital Fundación de Calahorra



Foto 30.-Centro de Alta Resolución San Millán



Foto 31.-Centro de investigación sanitaria CIBIR



Foto 32.- Escuela Universitaria de Enfermería dependiente del Servicio Riojano de Salud y adscrita a la Universidad de La Rioja



Anexo foto 33.-Reglamento de régimen interno de la Escuela de ATS de Logroño

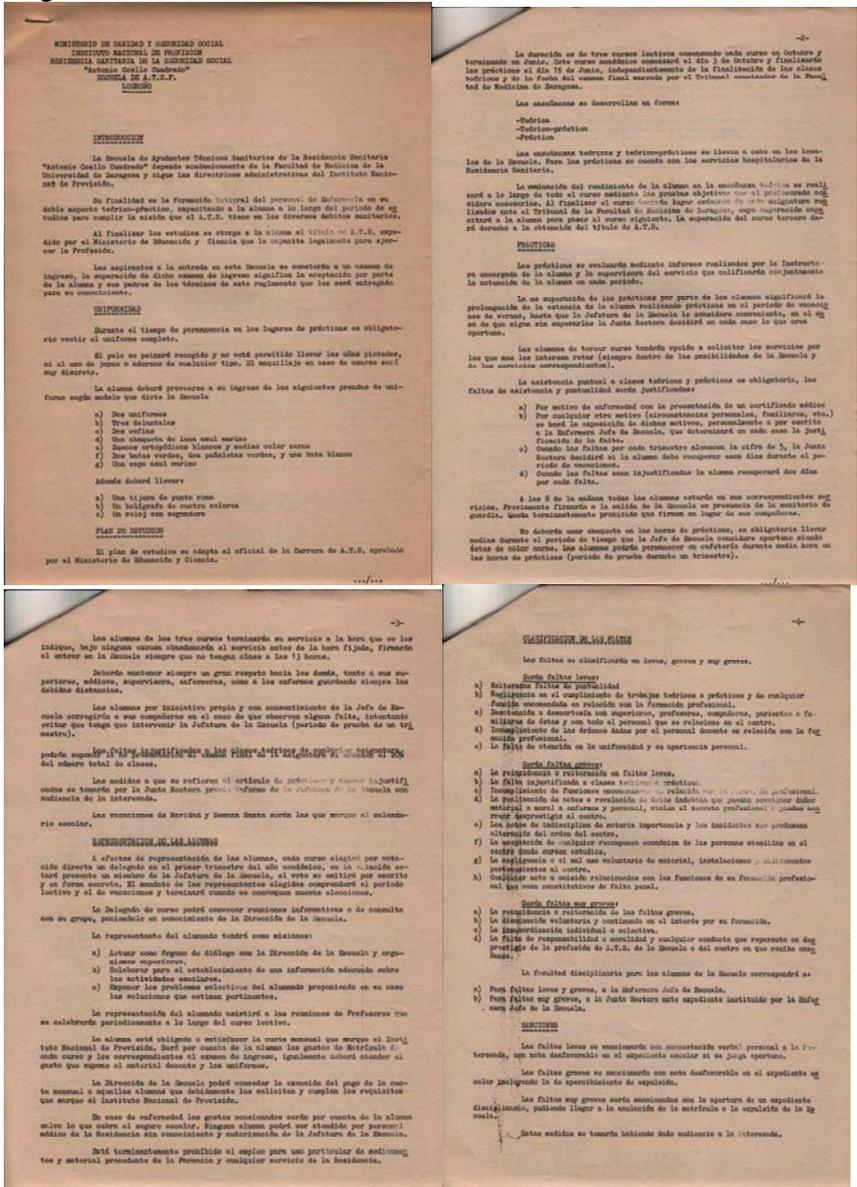


Foto 34.-Alumnas de la Escuela de ATS en los jardines de la Residencia Sanitaria Claudio Coello de Logroño curso 1975/6 y un examen de la época



Foto 35.-Listas de admitidas en la Escuela de ATS de Logroño Publicadas en el diario Nueva Rioja 23 de octubre de 1974

**Escuela de Enfermeras**

### LAS CUARENTA ADMITIDAS

Esta es la relación de alumnas que han superado las pruebas de ingreso a la Escuela de A.T.S.F. de la Residencia Sanitaria «Antonio Coello Cuadrado» de la Seguridad Social de esta ciudad de Logroño, expresada en orden numérico según la puntuación final otorgada.

1.- Castellanos Delgado, M <sup>a</sup> del Rosario	40,33
2.- Gilaso Méndez, M <sup>a</sup> del Carmen	37,75
3.- Pérez del Poch, M <sup>a</sup> del Carmen	36,40
4.- Mendoza Ciordia, M <sup>a</sup> Teresa	36,00
5.- Martínez de Piñón Patriona, M <sup>a</sup> Concepción	35,97
6.- Charro González, Loreto	35,90
7.- Pérez Fernández, Matilde	35,70
8.- Pastor González de San Pedro, Antonia Carmen	35,55
9.- Peña Martínez, M <sup>a</sup> Mercedes	35,25
10.- Martínez Sáenz, Raquel	34,70
11.- Jallo Andrés, Yolanda	34,50
12.- Sobrón Gutiérrez, M <sup>a</sup> Lourdes	34,00
13.- Fernández de la Pradilla Prades, M <sup>a</sup> Victoria	33,99
14.- Zorzano Elías, Rosa M <sup>a</sup>	32,53
15.- Alfaro Pérez, M <sup>a</sup> Asunción	32,13
16.- Soto Fuentes, M <sup>a</sup> Angeles	32,43
17.- Malón Aspizcueva, M <sup>a</sup> Begoña	32,13
18.- Barrio Moreno, María Julia	31,85
19.- Casado Hermosilla, M <sup>a</sup> Inmaculada	31,65
20.- Segura Bolchaga, María Blanca	31,35
21.- Landrau Irujoeta, M <sup>a</sup> Lourdes	31,21
22.- Subero Lorente, Juana M <sup>a</sup>	31,20
23.- Rodríguez de San Pedro, M <sup>a</sup> del Mir Olivia	31,15
24.- Sigüenza Amedo, M <sup>a</sup> del Carmen	31,03
25.- Martínez Núñez, M <sup>a</sup> Angeles	31,03
26.- Jabraque Benito, María Julia	30,93
27.- Carbayo Lemaire, María Concepción	30,90
28.- Martínez Escobar, María Dolores	30,65
29.- Lumbrales Bartolomé, Raquel	30,33
30.- Barberán Cofanque, María Aranzazu	29,80
31.- Rivas Golloso, María Gloria	29,55
32.- Gadea Gómez, María Asunción	29,55
33.- San Vicente García, María Julia	29,40
34.- López Allo, María Asunción	29,30
35.- Pascal Nalda, María Angeles	29,00
36.- Siles Miguel, Ana M <sup>a</sup> Concepción	28,70
37.- Aranzaga Santalusa, María Teresa	26,70
38.- Escalona Fernández, María del Pilar	27,20
39.- Golocidal Sáenz, Yolanda	27,27
40.- Espinosa Mendaza, M <sup>a</sup> del Pilar	27,53

**NUEVA RIOJA**      **23 de octubre de 1974.**

Foto 36.- Bata de uniforme de los centros de salud del INSALUD



Foto 37.- Artículos en el diario ABC de Ramiro Rivera del 2 de Agosto de 1985 y Diario el Médico 29 de noviembre de 1985, sobre sanciones a los médicos que acepten las consultas de enfermería

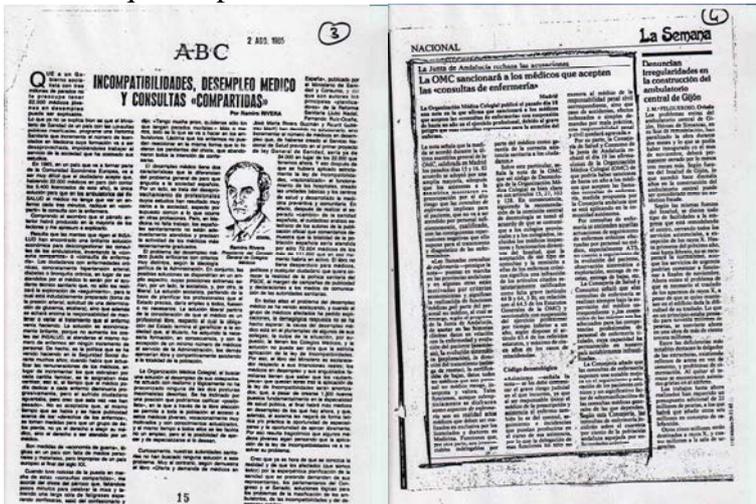


Foto 38.- Diario el País de 14 de febrero de 1986, sanciones a colegiados médicos por defender consultas de enfermería y del día 19 de febrero de 1986, sobre el acoso a los médicos



Foto 39.- Diario ABC del 2 de marzo de 1986



Foto 40.- Diario en Palma de Mallorca 21 de febrero de 1986



Foto 41.- Diario Alcazar 16 de marzo de 1986







Foto 48.- Carnet acreditativo de practicante y el de colegiado del año 1948



Foto 49.-Ejemplo de nombramiento de practicante interino y Acta de presentación de practicante de Calahorra



Foto 50.-Títulos de practicante de D. Jorge Mínguez Miguel y Martín Revilla Maté







Fotos 55.-Guías del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Atención Primaria de Salud



Foto 56.- Modelo de historia de salud individual y familiar en papel implantada por el INSALUD en AP, la ficha individual de prevalencia y hoja de seguimiento de enfermería

Foto 57.- Diferentes registros estadísticos de la actividad diaria y mensual de la enfermera

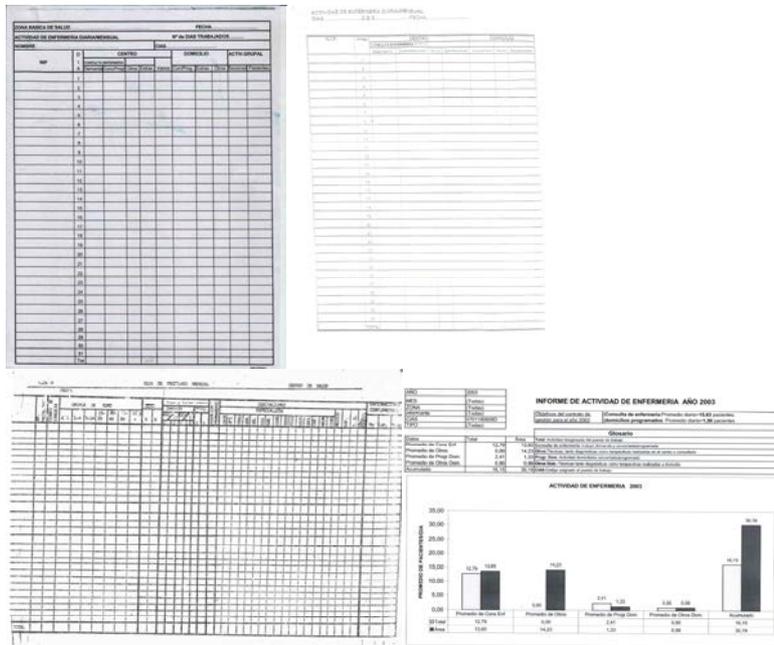


Foto 58.-Evolución de los diferentes registros de citas domicilio donde con el paso del tiempo se invisibiliza a la enfermera

The figure shows two forms related to home care. The top form is 'ATENCIÓN A DOMICILIO' from the Instituto Nacional de la Salud de La Rioja. It includes fields for 'MEDICINA GENERAL', 'PEDIATRIA', 'Especialista', 'HORA RECOGIDA AFISO', 'URGENTE', 'NO URGENTE', 'COSTA', 'ATENCION PROGRAMADA', 'NOMBRE', 'EDAD', 'SEXO', 'M/D', 'DOMICILIO', 'Calle', 'Piso', 'Telefono', 'HORA DE REALIZACION', 'ESPECIALISTA', 'DERIVADO A', 'PEDIATRIA', 'LABORATORIO', and 'PROGRAMA HOSPITAL DOMICILIARIO'. The bottom form is 'AVISO DOMICILIARIO' from the Servicio de Atención Primaria de La Rioja. It includes fields for 'Fecha', 'Atención para el Dr.', 'Hora de recogida del aviso', '¿Cuál motivo el aviso?', 'Otra', 'Paciente', 'Familiar', 'Otro', 'Nombre', 'Edad', 'Sexo', 'Domicilio', 'Telefono', '¿Cuál le llama?', and 'Hora de realización del aviso'. It also includes a section for 'Grado de urgencia' with options for 'Emergencia', 'Atención prioritaria', 'Atención ordinaria', and 'Atención programada'.

Foto 59.-Documento relativo a la solicitud de dirección enfermera y su programa de dirección en 1988

**INSALUD - LA RIOJA**  
RESUMEN GENERAL  
5 DE MAYO 1988  
N.º  
ENTRADA

**PROGRAMA DE ACTUACION Y OBJETIVOS**  
(Dirección de Enfermería)

Sr. Director Provincial :

En contestación al escrito núm. 7.106 de fecha - 23 de mayo último, procedente de la Dirección Provincial del Insalud, y relativo a la creación del Equipo Directivo de Atención Primaria para la Comunidad de La Rioja, - tengo a bien presentar mi solicitud para la creación de DIRECTORA DE ENFERMERIA, dada mi situación laboral actual como Diplomada en Enfermería en el Centro de Salud "Joaquín Elizalde", por mi estimara oportuno esa Dirección -- Provincial mi designación: para lo cual adjunto Programa de Actuación.

Logroño, a 28 de Mayo de 1.988

Firmado: M<sup>a</sup> del Rosario CASTELLANOS DELGADO  
D.N.I. 16.917-918

*M<sup>a</sup> Rosario Castellanos*

SR. DIRECTOR PROVINCIAL DEL INSALUD L O R J O A

...../.....

- Participar en la creación de un régimen interno para los EAP, así como interesar a la Administración un régimen de traslados, días de disposición para cursos, etc., consiguiendo así la igualdad con el resto de los profesionales del Insalud.

- Colaborar en la creación del Consejo de Salud.

Foto 60.- Fax de la Subdirección general de Atención Primaria sobre la consulta de enfermería de ambulatorios

**INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**  
MADRID, 23 de Mayo de 1.988

DUE - M<sup>a</sup>  
DIRECTORA PROVINCIAL DEL INSALUD

Querido amigo:

En las últimas 48 horas se han producido noticias en diversos medios de comunicación sobre la sentencia del STJ del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma de La Rioja que se declara la nulidad de la Dirección sobre creación directa de enfermería en las instituciones sanitarias riojanas.

En torno a este punto se elaboraron los siguientes puntos:

- 1.- La creación directa no es la de organización del trabajo de enfermería en Equipos de Atención Primaria regulada en los artículos de Ley, así como la de formación de titulaciones académicas de grado, así que no tiene ninguna repercusión en la organización del personal de enfermería en Equipos de Atención Primaria.
- 2.- La nulidad ha sido apelada por la Administración sanitaria y por lo tanto sigue en vigor el convenio de este ya no es relevante alguna de las otras acciones en vigor.
- 3.- De pliego que comparezca estas actuaciones al Equipo Asesor de Atención Primaria, a su vez, a todos los profesionales que puedan interpretar las noticias aparecidas en los medios de comunicación.

Un saludo,

*M<sup>a</sup> Rosario Castellanos*

RECEPCIONADO

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
SECRETARÍA GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA  
S A L I D A  
1011-1012 Fecha 23 MAY 88

Foto 61.-Hoja de registro para tratamientos en domicilios que no se pueden interrumpir festivos o fines de semana para el practicante de zona



GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA  
La Rioja

Relación de tratamientos ininterrumpidos, que el Practicante de Zona D. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ comunica al Servicio de Urgencia, los cuales deberán ser cumplimentados el día \_\_\_\_\_.

Nº del Asegurado	A-B.	Nombre del Enfermo	Dirección	Tratamiento

Logroño, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_  
El Practicante

Foto 62.- Ficha para registro del contenido de la visita domiciliaria

CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--

VISITA DOMICILIARIA      Próxima Visita      FECHA      HORA

\_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléf. \_\_\_\_\_

N.º Afiliación \_\_\_\_\_

ATS / De \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_



Foto 64.-Primer Diagnóstico de Salud y primera memoria del Centro de Salud Joaquín Elizalde

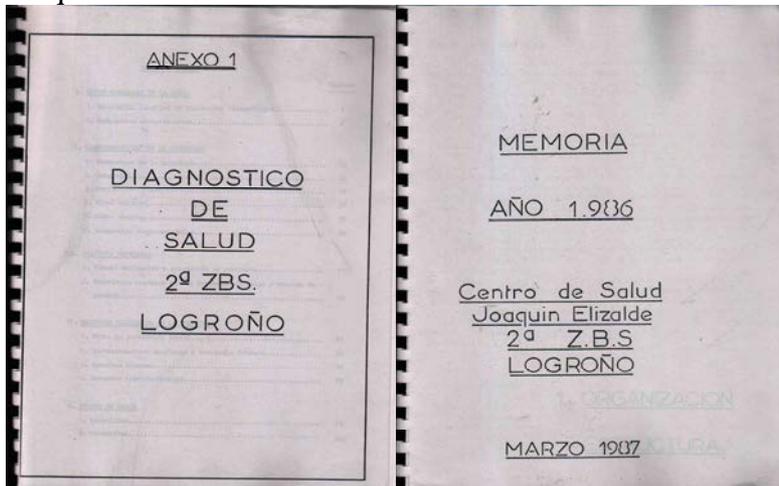


Foto 65.-Primer Diagnóstico de Salud de La Rioja de 1989



Foto 66.-Libro Atención directa de enfermería Conceptos generales y procedimientos. Anexos realizados por el personal del C.S. Joaquín Elizalde de Logroño publicado por el INSALUD



**ANEXO IV**  
**Centro de Salud Joaquín Elizalde (Logroño)**  
**PROGRAMA DE SALUD DEL LACTANTE Y DEL NIÑO HASTA LOS SIETE AÑOS**

Elaborado por

- Rosalía ARETA BALLESTER (Médico).
- Carmen CALVO GIMENEZ (Enfermera).
- M.ª Jesús ESAIN NICUESA (Enfermera).

*Con la colaboración de todo el Equipo del Centro de Salud.*

*La población infantil de nuestra zona de Salud distribuida según edad y sexo es:*

**CUADRO 1**  
SEXO

Edad	♀	♂	Total
0-1 .....	172	175	347
1-5 .....	1.119	1.206	2.325
5-7 .....	622	860	1.482
Total .....	1.913	2.241	4.154

Cuadro 1: Datos obtenidos del Censo de 1981 actualizado a marzo de 1985, correspondiente a la zona 2.ª.

Teniendo en cuenta estos datos y la pirámide de población, consideramos prioritario en Atención Primaria de Salud, la elaboración de un programa para el seguimiento del niño desde su nacimiento. Con este Programa nos proponemos controlar el crecimiento y desarrollo del lactante y del niño, detectar precozmente anomalías congénitas y adquiridas, y fomentar la educación para la salud y la enfermedad mediante contactos periódicos con el niño y su familia.

**ANEXO IV**  
**Centro de Salud Joaquín Elizalde (Logroño)**  
**PROGRAMA DE SALUD DEL LACTANTE Y DEL NIÑO HASTA LOS SIETE AÑOS**

Elaborado por

- Rosalía ARETA BALLESTER (Médico).
- Carmen CALVO GIMENEZ (Enfermera).
- M.ª Jesús ESAIN NICUESA (Enfermera).

*Con la colaboración de todo el Equipo del Centro de Salud.*

*La población infantil de nuestra zona de Salud distribuida según edad y sexo es:*

**CUADRO 1**  
SEXO

Edad	♀	♂	Total
0-1 .....	172	175	347
1-5 .....	1.119	1.206	2.325
5-7 .....	622	860	1.482
Total .....	1.913	2.241	4.154

Cuadro 1: Datos obtenidos del Censo de 1981 actualizado a marzo de 1985, correspondiente a la zona 2.ª.

Teniendo en cuenta estos datos y la pirámide de población, consideramos prioritario en Atención Primaria de Salud, la elaboración de un programa para el seguimiento del niño desde su nacimiento. Con este Programa nos proponemos controlar el crecimiento y desarrollo del lactante y del niño, detectar precozmente anomalías congénitas y adquiridas, y fomentar la educación para la salud y la enfermedad mediante contactos periódicos con el niño y su familia.

Foto 67.- Publicación del INSALUD sobre la enfermería

**La Enfermería**  
Cuidar: una profesión

**La Enfermería en el INSALUD**

- ✓ 64.000 profesionales dedicados a cuidar
- ✓ 48,1% del total de los profesionales
- ✓ El futuro de la enfermería de Atención Primaria está en la Atención Domiciliaria

La enfermería cumple un papel fundamental como cuidadora del paciente. Junto con los médicos y otros profesionales, forma equipos multidisciplinarios cuyo objetivo es atender y mejorar la salud de los ciudadanos. Su tarea, importantísima, a veces pasa desapercibida para la sociedad.

Actualmente existen en España 173.000 enfermeras, de las cuales más de 40.000 trabajan en el INSALUD junto con más de 24.000 auxiliares de enfermería. Mayoritariamente mujeres -aunque en los últimos años está creciendo el porcentaje de hombres-, son profesionales con un alto grado de cualificación y cuya principal misión es cuidar al paciente, su familia y la comunidad. Además de la función asistencial, la más conocida, realizan funciones docentes, administrativas y de investigación.

La enfermería representa más del 48% de los trabajadores del INSALUD, lo que la convierte en el colectivo profesional más numeroso. El trabajo de la enfermería forma parte de un concepto de atención integral al paciente que se realiza con el apoyo de otros profesionales, tales como matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y celadores, entre otros.

---

**El futuro de las enfermeras de Atención Primaria está en la Atención Domiciliaria**

- ✓ Más de 58 millones de consultas de Atención Primaria en 1998
- ✓ Más de 124.000 pacientes atendidos en sus domicilios en el mismo año

En el año 98, más de 124.000 pacientes fueron atendidos en sus propios domicilios por las enfermeras de Atención Primaria del INSALUD, un 1% más que el año anterior. El pasado y el futuro pasan por su cuidado integral día a día.

El uso de los servicios sanitarios de respuesta permanente a las necesidades de la población. En este contexto el INSALUD ha apostado por fomentar las alternativas a la hospitalización. Dentro del ámbito de estas alternativas, la Atención Domiciliaria es perfil como una de las vías para mejorar el acceso a los servicios sanitarios.

La Atención Domiciliaria responde a la evolución sociodemográfica de nuestro país: la Atención Domiciliaria supone un paso adelante en la mejora de la calidad de vida de aquellas personas con especiales problemas de movilidad o cuya estancia en el hospital requiere permanecer en sus domicilios, afirma María Bastera, enfermera con más de 25 años de experiencia.

La Atención Domiciliaria presenta una serie de ventajas para todos los que participan en ella:

- Para el paciente, porque en casa se evitan los riesgos asociados a la hospitalización y por otra parte se aprovechan las ventajas de estar en su familia y en su ambiente.
- Para el sistema sanitario, porque la Atención Domiciliaria permite atender mejor nuestros recursos.
- Para los profesionales de Atención Primaria porque supone un reto profesional, dignifica y cultiva de los que más lo necesitan en su propio entorno.

Plantear en marcha un equipo de Atención Domiciliaria requiere un esfuerzo importante para coordinar los recursos necesarios: técnicos y económicos, de ámbito niveles asistenciales, pero sobre todo requiere la participación y la entrega de un grupo de profesionales clave para el éxito de esta modalidad asistencial: el personal de enfermería.

Son las propias enfermeras las que van su futuro en la Atención Domiciliaria. Además, afirma Carmen Tugores, enfermera con nueve años de experiencia, la Atención Domiciliaria proporciona una mejora más rápida. El objetivo del equipo de más beneficiarios para quien tiene alterado su salud o debe adoptar a nuevas situaciones relacionadas con el proceso de salud.

Muchos de los pacientes atendidos en Atención Domiciliaria son ancianos con especial movilidad, que viven solos o en medio que puede proporcionar los cuidados básicos, pero también existen otros tipos de pacientes para quienes la Atención Domiciliaria supone una mejora de su calidad de vida. Son los colaboradores, tripartidistas, personas que necesitan educación, enferas, pacientes terminales a quienes se les ayuda a vivir en casa, hasta a veces con los mismos recursos que el estar en un centro hospitalario.

En la Atención Domiciliaria es muy importante el papel de la familia del paciente y del cuidador principal, fundamentalmente el de la enfermera. Además, no cabe duda de que el apoyo profesional, es imprescindible integrar en el equipo de cuidadores como uno más", comenta Carmen Tugores.

**Consultas de enfermería**

- En 1998, los equipos de enfermería de Atención Primaria participaron en 58.711.876 consultas
- Cada enfermera atendió a una media de 54,9 pacientes al día
- Cada paciente atendido por parte de un Equipo de Atención Primaria recibió atención por parte de la enfermería por media de 1,33 veces al año

Estos datos muestran que el papel que la enfermería juega en la atención al paciente es muy importante y además, necesario por los pacientes. La encuesta de satisfacción realizada entre los usuarios de los servicios de Atención Primaria del INSALUD en el año 1998 reflejó un alto grado de satisfacción con el funcionamiento de los centros. La falta de los recursos asistenciales en la atención prestada por el personal de enfermería en los Centros de Atención Primaria había sido buena o muy buena.

Las enfermeras, en equipo con los médicos y otros profesionales, participan en los distintos programas de salud que se realizan en los Centros de Atención Primaria. Estos son algunos de los más importantes:

Nombre del Servicio	Número Pacientes 1998
Comunidad de Salud Enfermería	22.722
Atención a la Vejez	42.224
Atención a la Embarazada de Atención Primaria	126.327
Atención a la Familia	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327
Atención a la Salud de Atención Primaria	126.327

**La actividad de la enfermera de Atención Primaria**

En los últimos veinte años, se han producido muchos cambios en la enfermería, tanto desde el punto de vista de la formación como en el profesionalismo en los nuevos niveles asistenciales.

Cada enfermera, como cada médico, tiene asignada una profesión, lo que permite ordenar su trabajo y conocer a los pacientes a los que atiende. Para las enfermeras, el objetivo de su actividad es conseguir que las personas tengan el mejor nivel de autocuidado. Para ello, una de sus tareas es educar a los pacientes para la salud, a nivel individual y en grupo, en los campos de salud y en la comunidad.

Actualmente la actividad de las enfermeras de estructura en torno a la atención de los pacientes en consultas de enfermería, la ejecución de los programas de salud se realiza en los Centros de Atención Primaria y a través de los programas de Atención Domiciliaria.

---

**Servicio del Niño**

Nombre del Servicio	Número Pacientes 1998
Comunidad de Salud Enfermería	12.122
Atención a la Embarazada de Atención Primaria	12.122
Atención a la Familia	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122

**La enfermería de Atención Especializada: cuidados de calidad**

- ✓ Identifican las necesidades del paciente y sus familias
- ✓ Se basan en el diagnóstico de enfermería
- ✓ Elaboran planes de trabajo individualizados
- ✓ Realizan el seguimiento y la evaluación de los resultados
- ✓ Realizan la educación y la promoción de la salud
- ✓ Realizan la investigación y la innovación

En los hospitales, los equipos de enfermería -formados por enfermeras y auxiliares de enfermería- realizan distintos trabajos enfocados hacia el paciente y sus familias.

Las enfermeras tienen encomendada una labor educativa. Cuando se trata de atender a personas con necesidades de cuidados que pueden ser atendidas en su domicilio, día a día en su entorno, por los familiares que reciben, o por el hecho de estar hospitalizados.

Una vez detectadas estas necesidades, el equipo de enfermería pone en marcha planes de cuidados individualizados, pero la labor de la enfermera va mucho más allá. Para una enfermera, un profesional del cuidado concreto humano no son únicamente reuniones, son momentos personales con pacientes concretos, desde una perspectiva humana, donde cada paciente necesita una atención personalizada", afirma Juan Carlos Fernández, enfermero con más de 25 años de experiencia y responsable de enfermería del área de urgencias de la Fundación Hospital Arzobispo. "Cada paciente es un mundo y el deber de la enfermera es conocer su mundo y adaptar lo mejor a cada caso".

**Recursos humanos destinados a cuidar**

Nombre del Servicio	Número Pacientes 1998
Comunidad de Salud Enfermería	12.122
Atención a la Vejez	12.122
Atención a la Embarazada de Atención Primaria	12.122
Atención a la Familia	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122
Atención a la Salud de Atención Primaria	12.122

El equipo de enfermería en atención especializada está formado por una enfermera y una auxiliar de enfermería y cuenta con el apoyo de otros profesionales como terapeutas o celadores. Cada contacto con el paciente es una nueva oportunidad para realizar una valoración integral de su situación e identificar los problemas reales y prioritarios, a lo de mejorar todo lo posible la situación del paciente. "Se trata de promover al paciente para que pueda vivir en su entorno con el mayor grado de autonomía posible", afirma María Bastera, enfermera con más de 25 años de experiencia. "El objetivo de la actividad de la enfermera es conseguir que las personas tengan el mejor nivel de autocuidado. Para ello, una de sus tareas es educar a los pacientes para la salud, a nivel individual y en grupo, en los campos de salud y en la comunidad."

Actualmente la actividad de las enfermeras de estructura en torno a la atención de los pacientes en consultas de enfermería, la ejecución de los programas de salud se realiza en los Centros de Atención Primaria y a través de los programas de Atención Domiciliaria.

---

**Probabilidad del número de enfermeras**

Número de enfermeras	Probabilidad
40.000	0,02
60.000	0,12
80.000	0,22
100.000	0,32
120.000	0,42
140.000	0,52
160.000	0,62
180.000	0,72
200.000	0,82
220.000	0,92
240.000	1,02

**Las cifras\*\***

Las estadísticas del INSALUD (1998)

Categoría	Número
Enfermeras	20.000
Auxiliares de enfermería	24.000
Total	44.000

Equipos de enfermería en Atención Especializada (1998)

Categoría	Número
Enfermera Jefe Servicio Atención al Paciente	40
Enfermera Jefa Servicio Atención al Paciente	40
Superiores de Unidad	2.000
Enfermeras	20.000
Auxiliares de enfermería	24.000
Total	46.440

**Equipos de enfermería en Atención Primaria (1999)**

Categoría	Puesto de Trabajo	Número
Enfermera Jefa		3
Enfermera Jefa		12
A.T.S. (Atención Asistencial)		4.000
A.T.S. (Atención Asistencial)		2.711
A.T.S. (Atención Asistencial)		9.432
A.T.S. (Atención Asistencial)		2.122
A.T.S. (Atención Asistencial)		1.122
A.T.S. (Atención Asistencial)		1.122
<b>Total Enfermeras</b>		<b>10.360</b>
Auxiliar de enfermería (Atención Asistencial)		3.000
Auxiliar de enfermería (Atención Asistencial)		2.000
Auxiliar de enfermería (Atención Asistencial)		1.000
<b>Total Auxiliares</b>		<b>11.400</b>

Equipos de enfermería en Atención Primaria (1999)

Categoría	Número
Enfermeras	10.360
Auxiliares de enfermería	11.400
Total	21.760

Foto 68.-Libro de programas y protocolos publicado por la AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria)

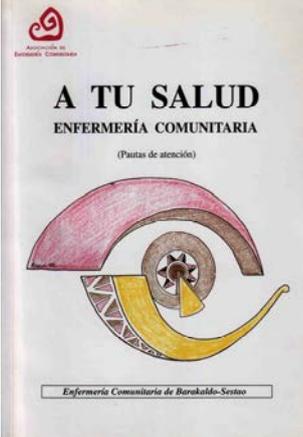
 <p><b>A TU SALUD</b> ENFERMERÍA COMUNITARIA (Pautas de atención) Enfermería Comunitaria de Barakaldo-Sestao</p>		<p><b>3. APOYO AL DIAGNÓSTICO MÉDICO.</b></p> <p>1. A. Extracción de sangre venosa. 68 B. Extracción de sangre arterial. 69 2. Curva de glucemia. 70 3. Toma de muestra: A. Recogida aséptica de orina. 71 B. Recogida de heces (paralelo). 72 C. Recogida de heces (vertical). 73 D. Recogida de heces (oprocusivo). 74 E. Recogida de esputo. 75 F. Recogida de exudado de herida. 76 4. Pico y valle. 77 5. Electrocardiograma. 78 6. Toma de tensión arterial. 79 7. Esfigmomanía. 80 8. Glucomía, oronaria, preoperatoria, hemática. 81 9. Glucomía con tira reactiva. 82 10. Test de embudo. 83 11. Prueba de tuberculina. 84 12. Sangre oculta en heces. 85 13. Toma del pulso arterial. 86 14. Prueba respiratoria. 87 15. Toma de temperatura. 88 16. Signo de pilgor. 89 17. Pulsoximetría. 90 18. Oculometría. 91 19. Exploración ultrasonográfica Doppler. 92 20. Tono periódico focomotor de la TA (Holler). 94 21. Test de flujo respiratorio máximo (peak flow). 95 22. Test de la carina. 96 23. Agudeza visual (Optotipo). 97 24. Prueba del ojo seco (Test de Schirmer). 98 25. Test de detección oral. 99 26. Test de depresión gestática. 100 27. Neovascularización. 101 28. Audiometría. 102</p> <p><b>4. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.</b></p> <p>1. Cuidado general de heridas. 104 2. Sutura. 105 3. Cuidado de drenajes de heridas. 106 4. Inyecciones: A. Intramusculares. 107 B. Intravenosas. 108 C. Intradérmicas. 109 D. Subcutáneas. 110</p> <p>5. Taponeamiento por hemorragia nasal. 113 6. Sondaje vesical. 112 7. Úlcera por presión: A. Prevención. 114 B. Cuidado. 115 8. Cuidado de la ostomía. 116 9. Extracción de tapón de cerumen del oído. 117 10. Sondaje nasogástrico. 118 11. Amniotomía (en crisis asmática. ) 119 12. Punción ungüal. 120 13. Vendajes e inmovilizaciones: A. Simple. 121 B. Adhesivos. 122 C. Compresivos. 123 D. Funcionales. 124 14. Aplicación de fibrinas. 125 15. Aplicación de yeso. 126 16. Retirada de escayolas. 127 17. Fisioterapia respiratoria. 128 18. Oligoterapia. 129 19. Suavizantes. 130 20. Administración de citostáticos. 131 21. Punción de reservorio. 132 22. Cambio de cámara endotraqueal. 133 23. Sangra. 134 24. Sondaje rectal. 135 25. Alimentación enteral. 136 26. Aspiración de secreciones. 137</p> <p><b>5. ATENCIÓN URGENTE Y CONTINUADA.</b></p> <p>1. Parada cardiocirculatoria. 140 2. Reacción anafiláctica. 141 3. Hemorragia aguda. 142 4. Crisis epiléptica. 143 5. Cuerpo extraño en vías respiratorias. 144 6. Parada de conciencia. 145</p> <p><b>ANEXOS</b></p> <p>Atención domiciliar. 148 Consulta de enfermería. 154 Apoyo al diagnóstico médico. 208 Atención urgente y continuada. 210</p>
---	--	--

Foto 69.-Publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre “Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria”

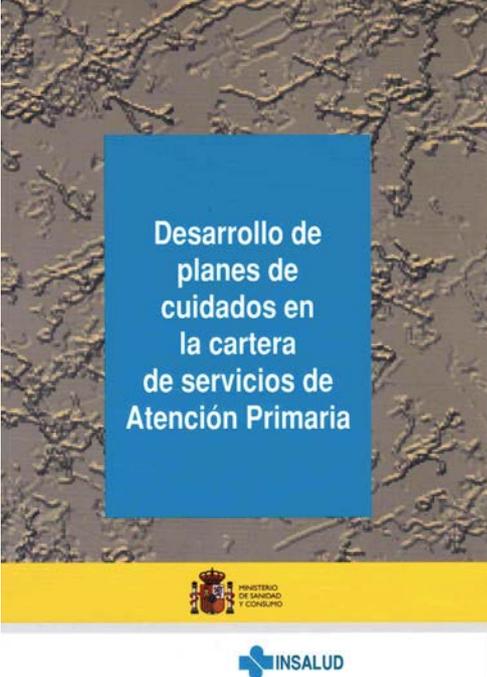
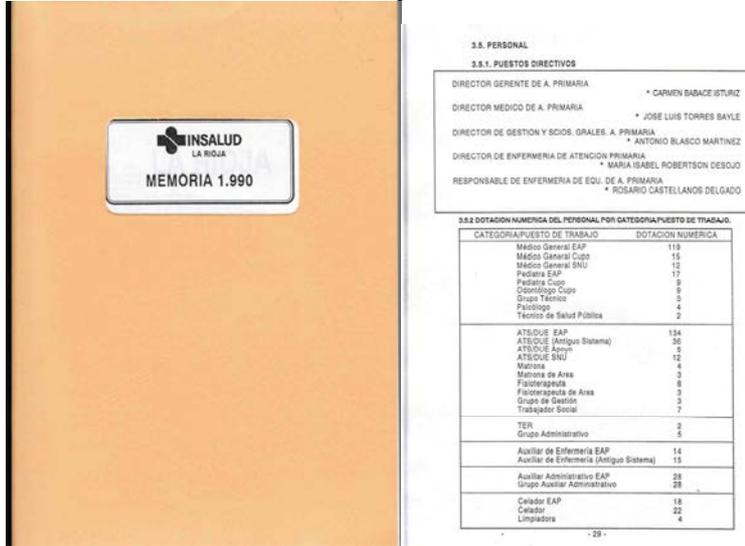
 <p><b>Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria</b></p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO INSALUD</p>		<p><b>ÍNDICE</b></p> <p>Págs.</p> <p>PRÓLOGO ..... 11</p> <p>I. INTRODUCCIÓN ..... 13</p> <p>II. OBJETIVOS ..... 15</p> <p>III. FASES Y METODOLOGÍA ..... 17</p> <p>IV. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS ..... 19</p> <p>V. CRITERIOS Y PILOTAJE DE EVALUACIÓN ..... 45</p> <p>VI. MODIFICACIONES CARTERA DE SERVICIOS ..... 55</p> <p>VII. PROYECTO INFORMATIZACIÓN ..... 69</p> <p>VIII. CONCLUSIONES ..... 73</p> <p><b>ANEXOS:</b></p> <p>ANEXO I. GUÍA VALORACIÓN GENERAL ..... 75</p> <p>ANEXO II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN ..... 83</p> <p>ANEXO III. PARTICIPANTES EVALUACIÓN DE CRITERIOS ..... 95</p> <p>IX. BIBLIOGRAFÍA ..... 99</p> <p>9</p>
---	--	---



Foto 71.-Memoria Insalud Rioja 1990



**3.5. PERSONAL**

**3.5.1. PUESTOS DIRECTIVOS**

DIRECTOR GERENTE DE A. PRIMARIA	* CARMEN BABACE ISTURIZ
DIRECTOR MEDICO DE A. PRIMARIA	* JOSE LUIS TORRES BAYLE
DIRECTOR DE GESTION Y SIGOS. GRALES. A. PRIMARIA	* ANTONIO BLASCO MARTINEZ
DIRECTOR DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA	* MARIA ISABEL ROBERTSON DESOJO
RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE EQL. DE A. PRIMARIA	* ROSARIO CASTELLANOS DELGADO

**3.5.2 DOTACION NUMERICA DEL PERSONAL POR CATEGORIA/PUESTO DE TRABAJO.**

CATEGORIA/PUESTO DE TRABAJO	DOTACION NUMERICA
Médico General EAP	119
Médico General Equipo	15
Médico General SNU	12
Federata EAP	17
Pediatra Equipo	9
Cardiólogo Equipo	9
Grupo Técnico	3
Psicólogo	4
Técnico de Salud Pública	2
ATS/DUE EAP	134
ATS/DUE (Antiguo Sistema)	36
ATS/DUE Aprom	5
ATS/DUE SNU	12
Matrona	4
Matrona de Área	3
Fisioterapeuta	8
Fisioterapeuta de Área	3
Grupo de Gestión	3
Trabajador Social	7
TER	2
Grupo Administrativo	2
Auxiliar de Enfermería EAP	14
Auxiliar de Enfermería (Antiguo Sistema)	15
Auxiliar Administrativo EAP	28
Grupo Auxiliar Administrativo	28
Celador EAP	18
Celador	22
Limpadora	4

Foto 72.- Memoria Insalud Rioja 1990: Cobertura de Programas y relación de directivos y puestos de trabajo

**3.4 PROGRAMAS**

**3.4.1 De Atención:**

**Alzheimer**

Desde 1.990 se inician en todas las EAP de nueva creación las actividades de revisión por sólo enfer, homologadas a las actividades de Salud Escolar que ya se venían realizando. Desde la Dirección de Atención Primaria se respaldan todos los programas asistenciales, con el fin de elaborar un programa único para toda la Rioja.

En los 9 centros ya funcionantes en el primer semestre se elaboraron los siguientes resultados:

- Cobertura media del R.N.: 95%
- R.N.: recién nacidos
- Revisión de niños de 1 a 7 años: 65%

La cobertura de revisiones asistenciales en los centros de salud rurales es del 95%.

A diciembre de 1.990 existen en marcha 10 programas de los cuales, tres están enmarcados.

**Subprograma de Salud Bucodental:** en diciembre de 1.990 se inician las actividades del Programa de Salud Bucodental en todas las unidades y sus actividades que en ese momento se encuentran en marcha, para realizar: detección de patología, prevención individualmente e intervención en consultorio y en el hogar de 11 de E.O.S. de longitud, en el sistema de atención de cobertura durante este primer semestre los centros de 11 de E.O.S. de longitud de atención de cobertura de Salud de Calatayud y Noya.

**A.S.M.I.C.**

Se ha iniciado y desarrollado el Subprograma de Embasado, Parto, y Puerperio, iniciado su implementación en los Centros Rurales a través de las matronas y enfermeras de las EAP.

Los resultados más interesantes como muy positivos de las unidades ya funcionando, de la evaluación del primer semestre de los O.P.P.S. de la Rioja se sintetiza a continuación:

- Cobertura precoz de la embarazada y para la educación maternal: 45%
- Pedagogía conductual en las gestantes sobre el uso de parto: 45%
- Recibir noticias positivas sobre los nacidos vivos para el programa del niño sano: 45%

Se elabora el Subprograma de Planificación Familiar con la implementación de los grupos de las U.O.P. de González de Barrios y Calatayud. Pendiente de presentación a los Rurales.

La elaboración de este Subprograma ha permitido establecer Protocolos de derivación con los O.P.P.S. de los centros.

Asimismo se inician los contactos con Atención Especializada para poner en funcionamiento Subprograma de Detección Precoz de Cáncer en la Mujer.

**3.5.1. PUESTOS DIRECTIVOS**

DIRECTOR GERENTE DE A. PRIMARIA	* CARMEN BABACE ISTURIZ
DIRECTOR MEDICO DE A. PRIMARIA	* JOSE LUIS TORRES BAYLE
DIRECTOR DE GESTION Y SIGOS. GRALES. A. PRIMARIA	* ANTONIO BLASCO MARTINEZ
DIRECTOR DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA	* MARIA ISABEL ROBERTSON DESOJO
RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE EQL. DE A. PRIMARIA	* ROSARIO CASTELLANOS DELGADO

**3.5.2 DOTACION NUMERICA DEL PERSONAL POR CATEGORIA/PUESTO DE TRABAJO.**

CATEGORIA/PUESTO DE TRABAJO	DOTACION NUMERICA
Médico General EAP	119
Médico General Equipo	15
Médico General SNU	12
Federata EAP	17
Pediatra Equipo	9
Cardiólogo Equipo	9
Grupo Técnico	3
Psicólogo	4
Técnico de Salud Pública	2
ATS/DUE EAP	134
ATS/DUE (Antiguo Sistema)	36
ATS/DUE Aprom	5
ATS/DUE SNU	12
Matrona	4
Matrona de Área	3
Fisioterapeuta	8
Fisioterapeuta de Área	3
Grupo de Gestión	3
Trabajador Social	7
TER	2
Grupo Administrativo	2
Auxiliar de Enfermería EAP	14
Auxiliar de Enfermería (Antiguo Sistema)	15
Auxiliar Administrativo EAP	28
Grupo Auxiliar Administrativo	28
Celador EAP	18
Celador	22
Limpadora	4

Foto 73.-Informe de enfermería de atención primaria para ingreso en el hospital

INSALUD  
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA  
INFORME DE ENFERMERÍA AL INGRESO

CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL CENTRO: \_\_\_\_\_

1. P. PERCEPCIÓN CONTROL DE SALUD:  
Aceptación de la enfermedad:  SI  NO  NUNCA  
Medicación:  SI  NO  NUNCA

2. P. FUNCIONAL - METABÓLICO:  
Estado funcional:  SI  NO  NUNCA  
Estado metabólico:  SI  NO  NUNCA

3. P. ELIMINACIÓN:  
Eliminación:  SI  NO  NUNCA

4. P. ACTIVIDAD - EJERCICIO:  
Actividad:  SI  NO  NUNCA

5. P. DUEÑO - DESARROLLO:  
Desarrollo:  SI  NO  NUNCA

6. P. COGNITIVO - PERCEPTIVO:  
Cognitivo:  SI  NO  NUNCA

7. P. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO:  
Autoconcepto:  SI  NO  NUNCA

8. P. ROL - RELACIONES:  
Rol:  SI  NO  NUNCA

9. P. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN:  
Sexualidad:  SI  NO  NUNCA

10. P. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS:  
Estrés:  SI  NO  NUNCA

11. P. VALORES - CREENCIAS:  
Valores:  SI  NO  NUNCA

CIRUJANO: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
Enfermera D. Oña \_\_\_\_\_

Foto 74.- Libros de programa docente del año 1988,1992,2002

**Gobierno de La Rioja**  
**PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PERSONAL**  
**ACTIVIDADES DOCENTES 1988**  
Consejería de Salud, Consumo Y Bienestar Social.

**PRESENTACIÓN**  
La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, asume como propio el principio de la dirección científica que hace referencia a que la única base racional para la selección de actividades es la de decidir éstas en relación con los objetivos fijados.  
La formación de los profesionales sanitarios, entre otros, es uno de los objetivos prioritarios que tiene marcados esta Consejería; por ello emprendimos una labor de estructuración y puesta a punto de un programa docente eficaz, que siendo un empeño no exento de dificultades, esizable gracias a contamos con el apoyo y entusiasmo de los profesionales a quienes se dirige el programa.  
Consideramos la formación como una de las estrategias más adecuadas para conseguir en un plazo medio, el establecimiento de la reforma de la Atención Primaria de Salud en La Rioja con lo que supone renovación de hábitos, actitudes, intereses, habilidades y competencias profesionales en los Sanitarios que actualmente ejercen en el nivel primario y en muchos muchos, como responsables de la planificación y gestión de estos recursos.  
Con esa finalidad, se ha pretendido entor los programas hacia la resolución de problemas prácticos y la reflexión hacia la importancia real del trabajo de los Sanitarios Locales, para lograr esa aspiración que llamamos Atención Primaria de Salud.  
Agradecemos, desde estas líneas, el interés mostrado por los profesionales sanitarios que se han manifestado, repetidas veces, solicitando una formación continuada adecuada, lo que ha servido de estímulo e inspiración para el empleo de las laboriosas actividades. Igualmente agradecemos a colaborar con los Colegios Oficiales Sanitarios que nos brindaron sus programas para correlacionar entre todos una amplia oferta de actividades docentes para La Rioja.  
Logroño, 3 de Marzo de 1988.  
El DIRECTOR REGIONAL DE SALUD, \_\_\_\_\_  
El DIRECTOR REGIONAL DE CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, \_\_\_\_\_  
Fdo. Miguel Carro M. Fdo. Basilio Bernat V.

**CRONOGRAMA**

CONTENIDO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1. Estructura y objetivos de los programas de formación de personal sanitario												
2. Planificación de la formación de personal sanitario												
3. Planificación de la formación de personal sanitario												
4. Planificación de la formación de personal sanitario												
5. Planificación de la formación de personal sanitario												
6. Planificación de la formación de personal sanitario												
7. Planificación de la formación de personal sanitario												
8. Planificación de la formación de personal sanitario												
9. Planificación de la formación de personal sanitario												
10. Planificación de la formación de personal sanitario												
11. Planificación de la formación de personal sanitario												
12. Planificación de la formación de personal sanitario												
13. Planificación de la formación de personal sanitario												
14. Planificación de la formación de personal sanitario												
15. Planificación de la formación de personal sanitario												
16. Planificación de la formación de personal sanitario												
17. Planificación de la formación de personal sanitario												
18. Planificación de la formación de personal sanitario												
19. Planificación de la formación de personal sanitario												
20. Planificación de la formación de personal sanitario												

**PROGRAMA DOCENTE 2002**  
Gobierno de La Rioja  
Consejería de Salud y Consumo

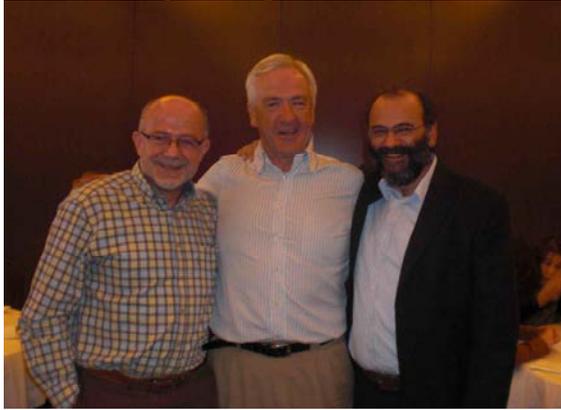
Foto 75.-Edificio de la Consejería de Salud antigua Dirección Provincial del INSALUD y Gerencia de Atención Primaria Salud



Foto 76.- Edificio de la primera Consejería de Salud, antigua Jefatura Provincial de Sanidad



Foto 78.-Jorge Olloqui, Javier Pérez-Santo Tomás, Félix Fernández



79.-La enfermera una profesión sin nombre de Amando de Miguel



80.-Antiguo archivo de fichero de edad y prevalencia con las historias individuales de salud del Centro de Salud de Arnedo

