

Universidad de Huelva

Departamento de Educación



Evaluación de las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencial de los profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Ana Barquero González

Fecha de lectura: 13 de febrero de 2002

Bajo la dirección del doctor:

Sebastián González Losada

Huelva, 2002



**TESIS
UHU
2002
5.1**

TESIS
UHV
2002
S. 1

*UNIVERSIDAD DE HUELVA
Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Educación*

***EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE
FORMACIÓN RELACIONADAS CON LA GESTIÓN Y
LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA***

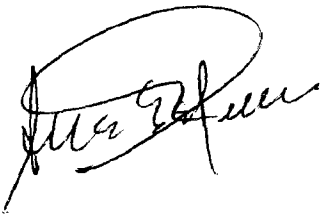
TOMO I

*Tesis Doctoral presentada por
Ana Barquero González
para aspirar al grado de doctora*

Director: Dr. D. Sebastián González Losada

HUELVA 2001

DOCTORANDO

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JUAN BOSQUE'.

FDO: JUAN BOSQUE GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JESUS GONZALEZ'.

FDO: JESUS GONZALEZ LOSADA.

**A mis padres, por haber
hecho posible este día.**

**A Pedro, Ana y Laura
por su incondicional
comprensión y apoyo**

AGRADECIMIENTOS

A Sebastián González, mi director de tesis por haber confiado en mi y haberme alentado en los momentos más bajos, por su respeto en todo momento y por su sabio hacer.

A, Ana Carmen Macías, Rocío León, Diego Feria, amigos y colaboradores infatigables siempre atentos a todo aquello que me hiciera falta, ayudando en múltiples tareas como transcripciones, fotocopias etc y dispuestos realizar todos aquellos detalles que a lo largo de la investigación han ido surgiendo.

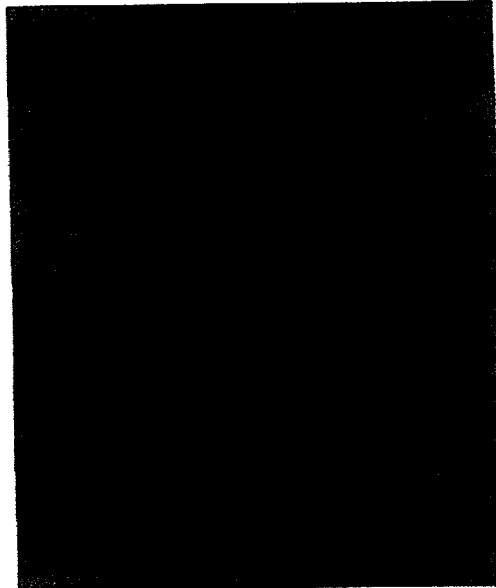
A mi grupo de investigación ENYSA, Ana C, Rocío, Diego, Pepe, Manolo y M. Carmen. Todos ellos fueron unos excelentes compañeros de viaje.

A todos mis compañeros del Departamento de Enfermería en especial a Paco Mena su director por su ayuda incondicional, a aquellos que me ayudaron y a los que no me entendieron y me cuestionaron porque fueron éstos últimos los que muchas veces me hicieron reflexionar

A mis compañeros asistenciales Juan Cejudo, Lola Benítez, Maribel Garrido, Bete, M^a Jesús Pina, Raquel, Concha Molina, Mariló, Charo a los compañeros de Cádiz, por haber compartido conmigo su experiencia profesional, sus aportaciones han sido en ocasiones la luz de este proyecto.

A Rosa M^a Blasco, M^a Paz Mompert, a las compañeras catalanas y santanderinas, a Sagrario Almazán, que con tanto desinterés han participado en el Grupo Delphi, su experiencia como docentes y como gestoras en la práctica han sido de un valor incalculable.

A Rocío Adame, administrativa del Departamento de Enfermería, por su discreción y cuidado en todo lo relativo al procedimiento burocrático. Su interés me ha evitado más de un quebradero de cabeza.



ÍNDICE

**EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE
FORMACIÓN RELACIONADAS CON LA GESTIÓN Y
LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.**

INDICE GENERAL	I
INDICE DE FIGURAS	XIII

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN	3
--------------	---

**PRIMERA PARTE
MARCO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA**

**CAPÍTULO I. LA SALUD EVOLUCIÓN HISTÓRICA
DEL CONCEPTO.**

0.	INTRODUCCIÓN	15
1.	LA SALUD. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO	17
1.1.	Era de las ciencias básicas (1850-1900)	39
1.2.	Era de las ciencias clínicas (1900-1950)	41
1.3.	Era de la Salud Pública (19550-1975)	43
1.4.	Era de la salud entendida como ciencia política. (1975-2000)	46
1.5.	Hacia un nuevo paradigma de salud	49
1.6.	Principales determinantes de la salud	55

CAPÍTULO II. ENFERMERÍA. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN

1. GENESIS DE LA PROFESIÓN ENFERMERA	67
1.1. Orígenes y Desarrollo de la Profesión en España	78
1.2. El Concepto de Cuidar	93
1.3. Funciones y Responsabilidades de los Profesionales de Enfermería	102
1.4. Metodología de los Cuidados	118

CAPÍTULO III. LA ENFERMERÍA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.	LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD	141
2.	MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS	146
	2.1. Modelo Liberal o de Seguros Privados	151
	2.2. Modelo de Seguridad Social (SOE) o Modelo Bismark	157
	2.3. El Modelo Beveridge o Sistema Nacional de Salud	161
3.	EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	164
	3.1. Evolución del Sistema	164
	3.2. La Ley General de Sanidad	170
	3.3. Características Básicas del S.N.S.E.	180
	3.4. Las nuevas Fórmulas de Gestión en el S.N.S.E	185
4.	LA CRISIS MUNDIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD	193

CAPÍTULO IV. LA FORMACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.

0. INTRODUCCIÓN	207
1. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: LUCES Y SOMBRAS DE LA PROFESIÓN	213
2. FUNCIONES DEL GESTOR DE ENFERMERÍA: EL DESARROLLO PROFESIONAL	229
3. LA FORMACIÓN DE LOS GESTORES ENFERMEROS: EL CONCEPTO DE FORMACIÓN	239
3.1. Necesidades de Formación de los Gestores	261
3.2. Tipos de Necesidades de Formación	270
4. LA EVALUACIÓN	277
4.1 Conceptos sobre la Evaluación	279

4.2	Los Enfoques Principales sobre la Evaluación	281
4.3	Dimensiones de la Evaluación	293
4.4	Algunas Consideraciones sobre las Características de la Evaluación	297
4.5	Necesidad de Evaluar las Necesidades de Formación	302
4.6	Modelos para Detectar Necesidades	307
5.	CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA CALIDAD	311
5.1.	Sistemas para Gestionar la Calidad	317
5.2.	El concepto de Calidad en el Campo Educativo	320
5.3.	El concepto de Calidad en la Atención a la Salud	325

SEGUNDA PARTE

EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. DISEÑO Y PROCESO DEL ESTUDIO

0. INTRODUCCIÓN	345
1. EL ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	347
2. RAZONES PARA LA ELECCIÓN DEL SAS COMO TEMA DE ESTUDIO: DESCRIPCIÓN ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DEL SAS	369

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA: EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

0.	INTRODUCCIÓN	379
1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	380
1.1	Descripción General del Proceso: El Esquema De trabajo	386
1.2	Objetivos del Estudio	389
1.3	Variables del Estudio	392
1.4	Población de Estudio	394

CAPÍTULO 3. LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

0. INTRODUCCIÓN	399
1. EL GRUPO DE DISCUSIÓN	401
1.1 Elección del Tema a Debatir	403
1.2 Número de Grupos	405
1.3 Composición y Tamaños de los grupos	406
1.4 El contacto con los Participantes	409
1.5 Duración de Las Sesiones	410
1.6 Lugar de la Reunión	410
1.7 Papel del Moderador	411
1.8 Desarrollo de la Reunión	412
1.9 Registro de la Información	416
1.10 Análisis e Interpretación de los Datos	423
2. LA TÉCNICA DELPHI	436
2.1 Participantes del Estudio.	
Número de Expertos	439
2.2 Requisitos para Formar Parte del Grupo DELPHI	439

2.3. Contacto con los Expertos	441
2.4. Proceso seguido en la Elaboración De Cuestionario DELPHI	442
2.5. Contenido de los Cuestionarios	446
2.6. Limitaciones de la Técnica DELPHI	449
3. EL CUESTIONARIO	449
3.1. La Recogida de la Información	451
3.2. Ventajas y Limitaciones de Cuestionario como instrumento para la recogida de la información	456
3.3. Secuencia para la Validación y Fiabilidad del Cuestionario	463
3.4. Formato y Estructura del Cuestionario	469
3.5. Tipo y Naturaleza de las Preguntas	470

TERCERA PARTE
TRATAMIENTO DE DATOS, RESULTADOS Y
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 1. TRATAMIENTO DE LOS DATOS Y
RESULTADOS DEL ESTUDIO.

0. INTRODUCCIÓN	483
1. CONCLUSIONES DE GRUPO DE DISCUSIÓN	488
2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
DEL CUESTIONARIO	494
2.1. Análisis Descriptivo	496
2.2. Análisis Bidimensional	509

CAPITULO II. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

0.	INTRODUCCIÓN	581
1.	CONCLUSIONES FINALES	582
2.	IMPLICACIONES PRÁCTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	626
3.	RETOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	638
4.	BIBLIOGRAFIA GENERAL	645

ÍNDICE DE FIGURAS:

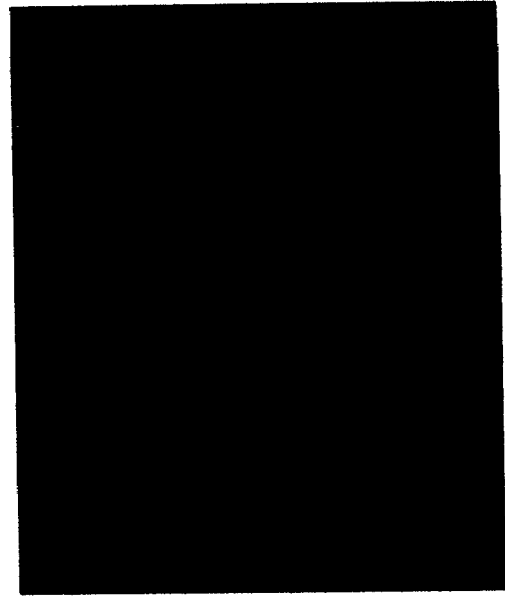
Figura. nº 1:	<i>Fases de desarrollo del estudio.....</i>	VII
Figura. nº 2 :	<i>Proceso seguido en los grupos de discusión.....</i>	VIII
Figura. nº 3 :	<i>Proceso seguido en el grupo DELPHI.....</i>	IX
Figura. nº4 :	<i>Proceso seguido en el diseño y aplicación del cuestionario.....</i>	X
Figura nº 5:	<i>Principios terapéuticos.....</i>	23
Figura nº 6:	<i>Principios del método hipocrático.....</i>	23
Figura nº 7:	<i>El Hospital de Santo Tomás. Características definitorias.....</i>	74.
Figura nº 8:	<i>Figuras de enfermería en la Guerra de Sucesión Americana.....</i>	75.
Figura nº 9:	<i>Etapas del Proceso de Enfermería.....</i>	123.
Figura nº 10:	<i>Directriz I de la ANA.....</i>	125.
Figura nº 11:	<i>Relación entre las etapas del PAE.....</i>	138.
Figura nº12:	<i>Entorno de los Sistemas Sanitarios.....</i>	145.
Figura nº13:	<i>Evolución de los Sistemas Sanitario.....</i>	168.
Figura nº14:	<i>El Sistemas Sanitario Español</i>	172.
Figura nº15:	<i>Encuesta Nacional de Salud</i>	180.

Figura nº16:	<i>Formación de los gestores enfermeros.....</i>	245.
Figura nº17:	<i>Conceptos Interrelacionados.....</i>	164.
Figura nº18:	<i>Elementos relacionados con la formación.....</i>	260.
Figura nº19:	<i>Concepto de Necesidad.....</i>	266.
Figura nº20:	<i>Tipos de Necesidades.....</i>	273.
Figura nº21:	<i>Detección de Necesidades.....</i>	276.
Figura nº22:	<i>Paradigmas evaluativos.....</i>	- 284.
Figura nº23:	<i>Enfoques sobre la evaluación.....</i>	292.
Figura nº24:	<i>Planificación de la evaluación.....</i>	218.
Figura nº25:	<i>Modelo TQM de la calidad.....</i>	316.
Figura nº26:	<i>Pilares de la calidad.....</i>	319.
Figura nº27:	<i>La calidad en los Servicios de Salud.....</i>	327.
Figura nº28:	<i>El triángulo del servicio.....</i>	338.
Figura nº29:	<i>Modelos de calidad.....</i>	340.
Figura nº30:	<i>Temas de estudio en Enfermería.....</i>	352.
Figura nº31:	<i>Importancia formación en el acceso.....</i>	356.
Figura nº32:	<i>Importancia formación en el desempeño</i>	357.
Figura nº33:	<i>Integración formación en el desempeño.....</i>	358.
Figura nº34:	<i>Áreas de formación más importantes.....</i>	360.
Figura nº35:	<i>Necesidades de formación para el colectivo</i>	363.

Figura nº36:	<i>Plan estratégico del SAS.....</i>	371.
Figura nº37:	<i>El SAS.....</i>	374.
Figura nº38:	<i>Presupuestos del SAS.....</i>	375.
Figura nº39:	<i>Características de la Investigación cualitativa y cuantitativa.....</i>	383.
Figura nº40:	<i>Fases del diseño de investigación.....</i>	388.
Figura nº41:	<i>VARIABLES del estudio.....</i>	293.
Figura nº42:	<i>Población estudiada.....</i>	395.
Figura nº43:	<i>Fases del proceso de recogida de información.....</i>	400.
Figura nº44:	<i>Proceso del grupo de discusión.....</i>	402.
Figura nº45:	<i>Composición de los grupos.....</i>	408.
Figura nº46:	<i>Análisis de datos del grupo.....</i>	418.
Figura nº47:	<i>Estrategias de registros de información.....</i>	419.
Figura nº48:	<i>Configuración de los grupos de discusión.....</i>	422.
Figura nº49:	<i>Resumen proceso de los grupos de discusión.....</i>	435.
Figura nº50:	<i>Premisas y características del DELPHI.....</i>	438.
Figura nº51:	<i>El proceso DELPHI esquema global.....</i>	448.
Figura nº52w:	<i>Ventajas del cuestionario.....</i>	460.
Figura nº53:	<i>Proceso de construcción del cuestionario.....</i>	468.

Figura nº54:	<i>Información solicitada a los directivos en los cuestionario.....</i>	479.
Figura nº55:	<i>Tipos de análisis e informes</i>	387.
Figura nº56:	<i>Respuestas al cuestionario... ..</i>	495.
Figura nº57:	<i>Gráfico hombres- mujeres... ..</i>	496.
Figura nº58:	<i>Gráfico A.Primaria/A.Especializada.....</i>	497.
Figura nº59:	<i>Gráfico edades..... ..</i>	497.
Figura nº60:	<i>Gráfico titulación.....</i>	498.
Figura nº61:	<i>Gráfico Otras titulaciones.</i>	499.
Figura nº62:	<i>Gráfico Fijo- contratado..... ..</i>	500.
Figura nº63:	<i>Gráfico Tiempo trabajado de enfermero.....</i>	501.
Figura nº64:	<i>Gráfico Antigüedad en gestión.....</i>	502.
Figura nº65:	<i>Gráfico Experiencia previa en gestión.....</i>	503.
Figura nº66:	<i>Gráfico Formación previa.....</i>	504.
Figura nº67:	<i>Gráfico Formación en el puesto.....</i>	404.
Figura nº68:	<i>Gráfico Publicaciones.....</i>	506.
Figura nº69:	<i>Gráfico Ponencias y comunicaciones.....</i>	507.
Figura nº70:	<i>Gráfico Formación Habilidades Sociales.....</i>	508.
Figura nº71:	T.C. director /sexo.....	510.
Figura nº72:	T.C. edad /sexo.....	512.

Figura nº73:	T.C. cursos /sexo.....	513.
Figura nº74:	T.C. publicaciones /sexo.....	515.
Figura nº75:	T.C. publicaciones/edad.....	516.
Figura nº76:	Gráficos Frecuencia acumulada.....	519.
Figura nº77:	Gráficos Frecuencia acumulada.....	519.
Figura nº78:	Problemas de gestión.....	520.
Figura nº79:	T.C. liderazgo/sexo.....	526.
Figura nº80:	T.C. dinamizar equipos.....	527.
Figura nº81:	Perfil gestión/categoría P.....	527.
Figura nº82:	Perfil Académico /sexo.....	533.
Figura nº83:	Perfil Académico vs,categoría titulación.....	534.
Figura nº84:	Programación N.F.....	544.
Figura nº85:	La Admón frente a las N.F.....	548.
Figura nº86:	La formación ofertada por la Admón	556.
Figura nº87:	Evaluación de la formación.....	560.
Figura nº88:	Funciones reales de los gestores.....	564.
Figura nº89:	T.F. Falta de contenidos.....	570.
Figura nº90:	Carencia de contenidos.....	571.
Figura nº91:	Fomento de la Investigación.....	574.



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales cometidos de las introducciones, como dice Sierra Bravo, R. (1999:15) es dar cuenta de la razón de ser, naturaleza, orientación y caracteres de una obra. En este caso, dicho cometido puede cumplirse, en un primer momento, describiendo el objetivo principal del estudio y hacia quiénes va dirigido, para posteriormente ir comentando los diferentes capítulos que la integran.

El presente estudio tiene como protagonista al personal de Enfermería que está desempeñando un papel de gestión dentro de las Instituciones Sanitarias del SAS (Servicio Andaluz de Salud) en la CAA (Comunidad Autónoma Andaluza). Su principal objetivo es el de analizar y evaluar las necesidades de formación que tienen los gestores de Enfermería relacionadas con la gestión y la calidad asistencial.

Si, etimológicamente, investigación quiere decir "seguir la pista" o "hacia la pista" del latín *in* (en, hacia) y *vestigium* (huella, pista), no cabe duda que iniciar una investigación es comenzar una

aventura en la búsqueda de algo, seguir el rastro, adentrarse en una situación confusa y admitir la incertidumbre como parte del proceso de la misma. Es la investigación la que nos abre camino y nos pone en situación de descubrir, ver y conocer lo que antes, de alguna manera, nos estaba oculto. Ella es también la que nos ayuda a desentrañar los misterios y problemas humanos, en palabras de Bunge, citado por Sierra Bravo, R. (1999): estos lo son porque exigen una investigación para resolverlos.

Aunque las metas son importantes, a la hora de plantear un estudio el camino se hace al andar, como diría Machado, y esa andadura es la que nos permite salvar obstáculos, disfrutar de aquellos descubrimientos y ampliar los conocimientos que el trayecto nos brinda, haciéndonos reflexionar y profundizar en aspectos desconocidos o que estaban ocultos a nuestros ojos. Pero este camino que a veces es arduo y tortuoso, es más llevadero cuando existe la posibilidad de trabajar, intercambiar, comentar y aprender de otros compañeros que al igual que tu, están preocupados y motivados por temas que, como este es el caso, están relacionados con la formación de los profesionales de enfermería; porque como señala Imbernón (1994:36) "La

formación...no es una actividad aislada ni puede considerarse una célula autónoma e independiente del conocimiento: su concepción y su proceso se derivan de unos marcos teóricos y de unos supuestos que en un determinado momento son predominantes en el conocimiento social y educativo o en las personas que poseen el poder."

Este trabajo se ha estructurado en tres grandes bloques, centrándose cada bloque en un aspecto concreto de la investigación. A su vez, todos ellos están íntimamente relacionados y es su complementariedad la que le da sentido a todo el estudio.

La primera parte se divide en tres capítulos. Está dedicada al "Marco teórico", a través de el nos adentramos en el mundo de la salud y sus condicionantes para, posteriormente, ir describiendo y analizando las posibles maneras que existen en la actualidad de estructurar la atención a la misma y el papel que juega enfermería dentro de este campo. En el primer capítulo se analiza el concepto de salud y la evolución histórica experimentado por el mismo; las líneas y estrategias de actuación que en la actualidad se marcan

desde las distintas organizaciones a nivel mundial, para conseguir unos niveles adecuados en cuanto a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la misma. Finaliza haciendo un recorrido por el papel que juega el sistema de cuidados en la salud y conociendo a uno de sus principales artífices: los profesionales de enfermería.

El segundo capítulo describe los modelos de atención a la salud a nivel mundial, haciendo especial hincapié en el Sistema Sanitario Español, la Ley General de Sanidad y los nuevos aires que azotan al mundo de la gestión sanitaria. A continuación, el capítulo tres está dedicado a los profesionales enfermeros que se dedican a gestionar en el terreno sanitario. Conceptos como formación, evaluación, calidad, dificultades profesionales, demandas y necesidades formativas relacionadas con el tema van a ser el objeto de estudio. Este capítulo va complementando el capítulo anterior y le va a aportar la especificidad de los profesionales a los que va dirigido el estudio.

El segundo bloque se centra en el estudio de investigación en sí. El capítulo uno es el encargado de contextualizar el campo donde se lleva a cabo el estudio, es decir el Servicio Andaluz de Salud, su estructura funcional y administrativa. En el segundo capítulo se describe pormenorizadamente el por qué de la investigación y el cómo se ha llevado a cabo. Para ello, se describen: los objetivos que se persiguen, el tipo de estudio, la población estudiada, y se da una panorámica del estado actual en que se encuentra este tipo de estudios, tanto a nivel español como mundial. El capítulo tercero describe todo el proceso seguido en la recogida de la información, las distintas estrategias utilizadas en la misma (grupo de discusión, grupo Delphi y cuestionario).

La tercera parte se divide en tres apartados. En el primero de ellos se describe el procedimiento llevado a cabo para el tratamiento de los datos, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo. Los capítulos dos y tres son los encargados de dar a conocer el análisis y la discusión de los datos emanados del cuestionario. Por último, se finaliza con las "consideraciones finales: conclusiones", en las que se describen las aportaciones que, en relación con los objetivos y finalidades perseguidos por la

investigación, hemos considerado más significativos y las implicaciones que, desde nuestro punto de vista, puede tener el estudio en la práctica. Este apartado concluye haciendo una reflexión sobre los puntos débiles y las fortalezas de la investigación en general.

A continuación se expone un esquema en donde se representa el proceso a seguir

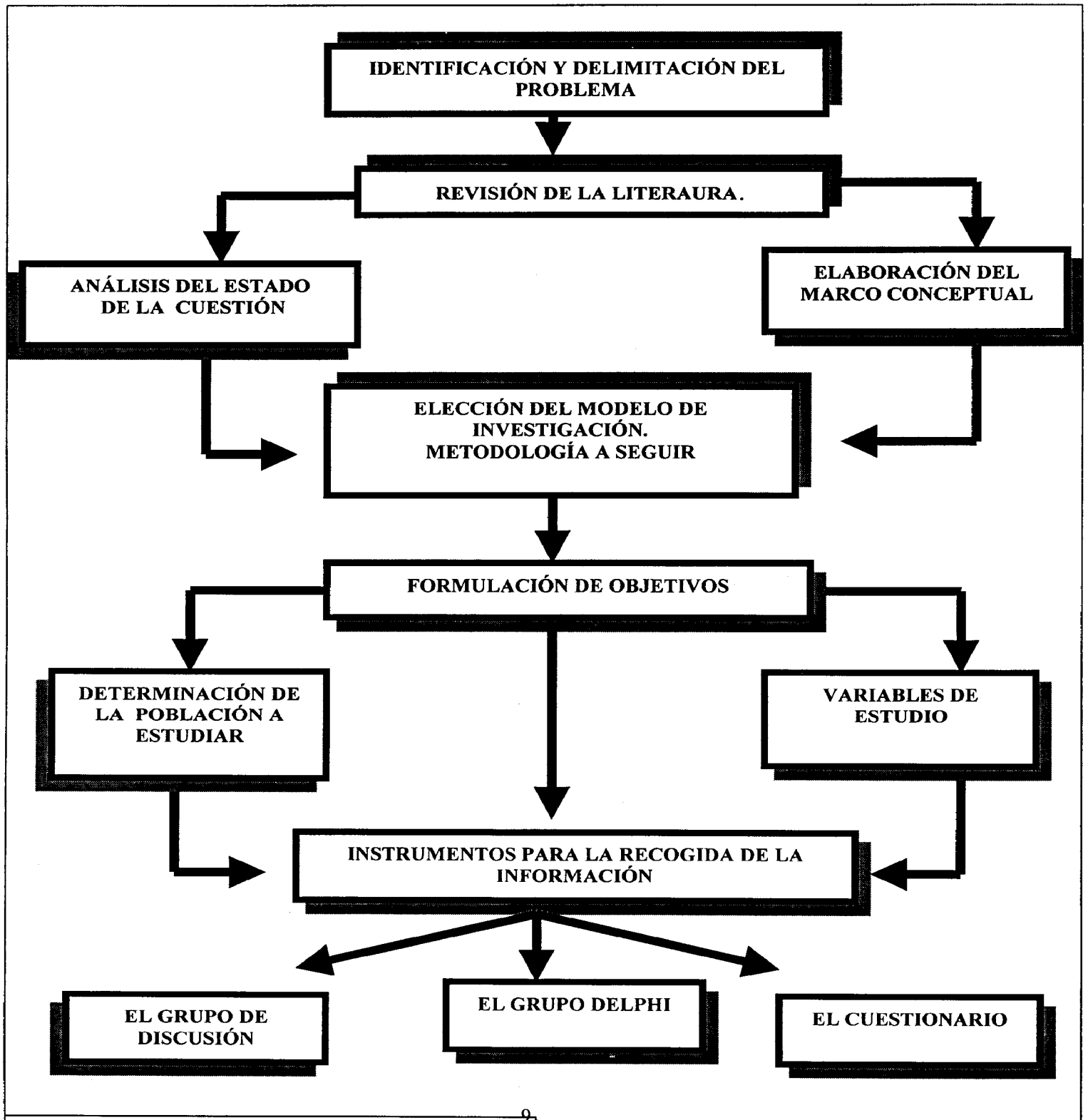


Figura nº 1 : Fases del desarrollo del estudio.

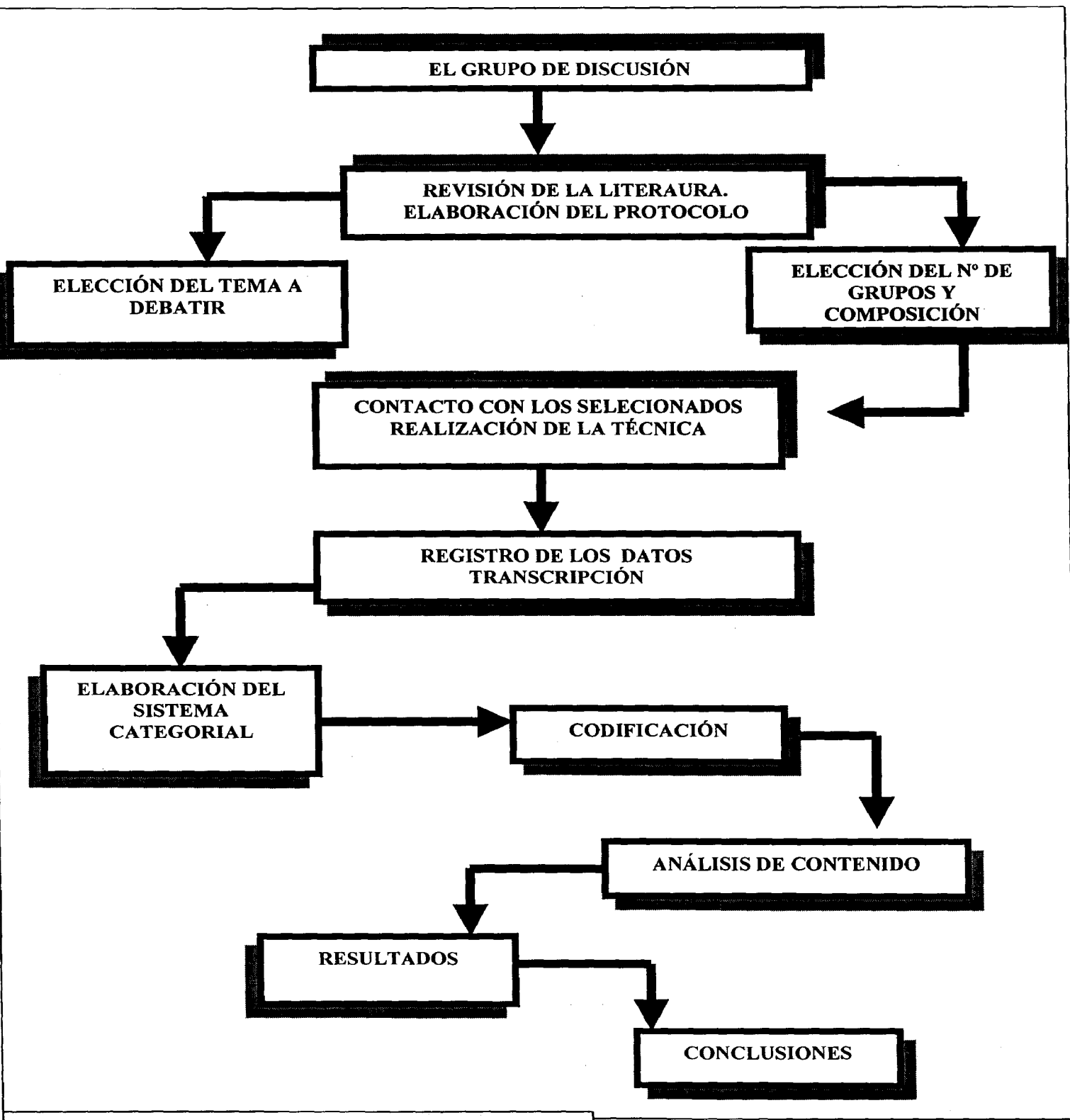


Figura nº 2: Proceso seguido en los grupos de discusión.

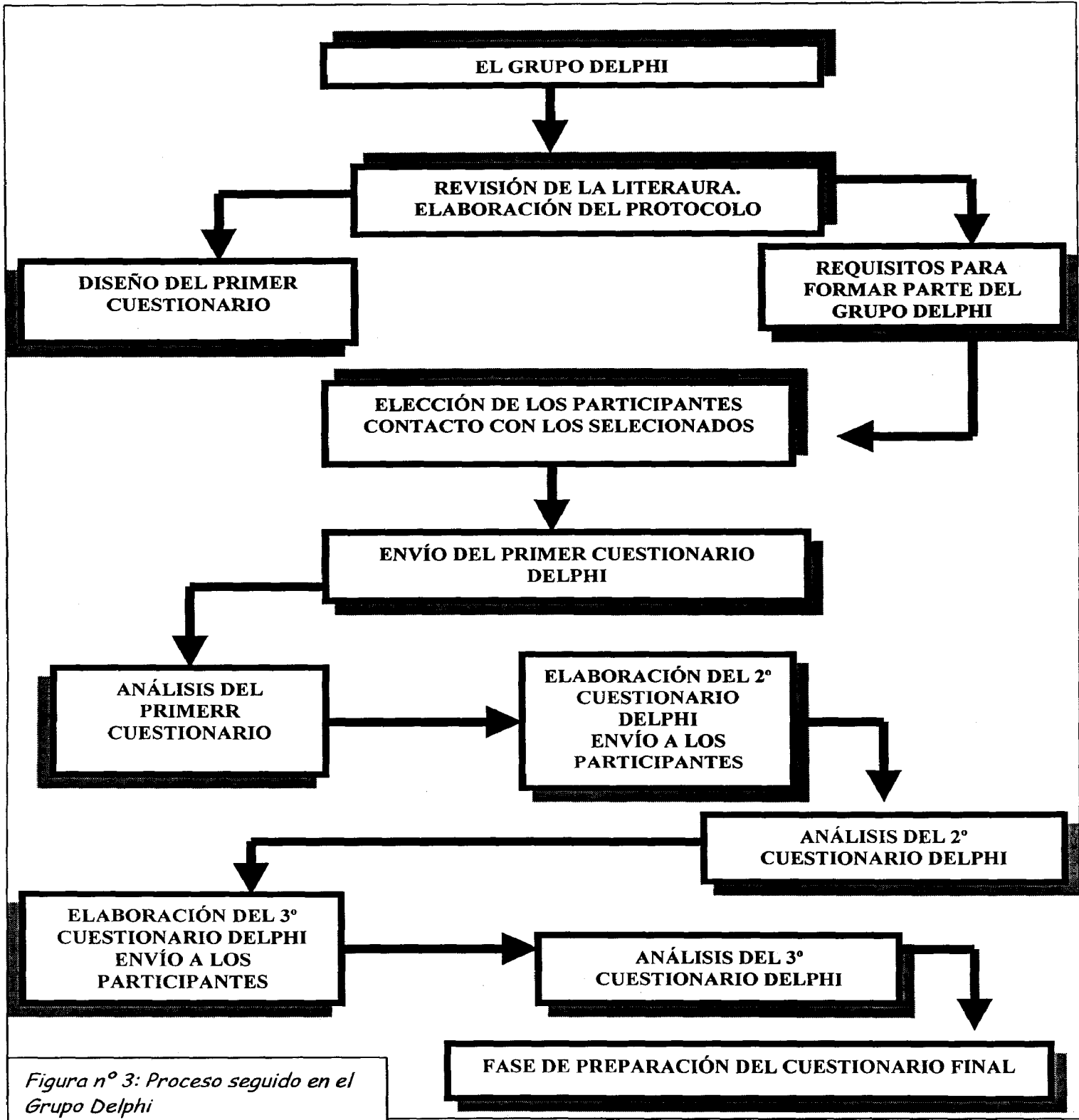


Figura nº 3: Proceso seguido en el Grupo Delphi

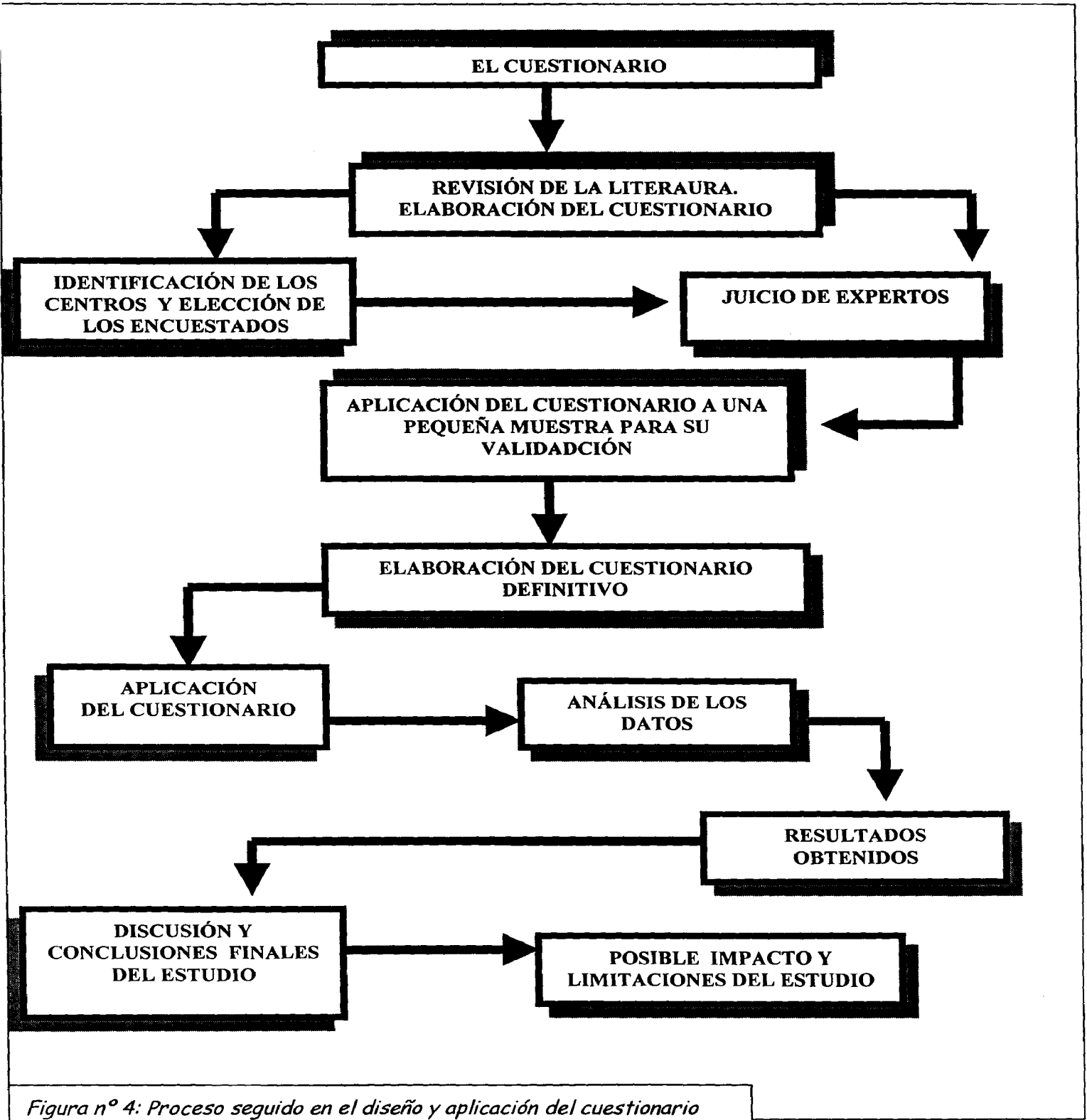


Figura nº 4: Proceso seguido en el diseño y aplicación del cuestionario

PRIMERA

PARTE

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA

O. INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia de la humanidad el deseo de los hombres y mujeres ha sido alcanzar y gozar del máximo de salud, con el objetivo de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacita. Los intentos por definir el término salud, a pesar de su valor extraordinario y a la vez relativo, han sido y continúan siendo pluralistas y múltiples, pero la nota característica es que todas las definiciones surgen en relación con el concepto de enfermedad. Dubos, R. (1975: 22) nos plantea que: *"evidentemente la salud y la enfermedad no pueden definirse tan sólo por condiciones o atributos anatómicos, físicos, fisiológicos o mentales. Su medida real, la da la capacidad del individuo para funcionar o comportarse de maneja aceptable para sí mismo y para el grupo social del que forma parte."*

La salud, ha sido interpretada en cada época, de acuerdo con la cultura, las creencias y ha sido diferente en cada grupo social. Es más, varía de persona a persona, es decir que es un concepto no exento de valores. Por todo esto, al referirnos al concepto salud hemos de contextualizarla en el tiempo, en la historia, en el marco geográfico y en la sociedad donde está inmerso el individuo que son las que van a condicionar al grupo social al que nos refiramos. San Martín H. (1985:27) nos dice: *"que el concepto de salud es dinámico, histórico y cambiante de acuerdo con la época y con las condiciones ambientales."*

Si todo lo que hemos comentado anteriormente es cierto, no lo es menos que, en los últimos dos siglos debido a los cambios estridentes sufridos por la humanidad a nivel científico, religioso, filosófico, económico y social, han hecho dar un giro copernicano al concepto salud. En nuestro siglo la palabra que más se adaptaría a esto sería la de "cambio"

1. LA SALUD: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO.

El desarrollo de una disciplina va indisolublemente unido a la evolución tanto del conocimiento científico general, como de las estructuras y dinámicas sociales que se establecen en las esferas ideológicas, políticas y económicas, en una sociedad y en un momento histórico determinado. Tal como señala Kahler, Citado por Siles (1999: 19) *"La historia es acontecer, un modo particular de acontecer, y el torbellino que genera. Donde no hay acontecer no hay historia"*. En las ciencias de la salud, el estudio de la interacción entre el sistema social y el sistema técnico/científico y el momento histórico es fundamental para comprender la evolución de las mismas. La salud y la enfermedad son, en realidad, situaciones que la persona sólo puede diferenciar en razón de su experiencia histórica... experiencia histórica sustentada en el transcurrir del tiempo.

El intento de conocer y controlar los distintos fenómenos de salud/enfermedad ha estado presente en todas las sociedades y culturas. A través de la historia la persona ha intentado conocer y controlar el fenómeno salud-enfermedad. Cada forma de pensamiento, cada organización social ha desarrollado un modelo explicativo y de intervención en salud, acorde con ambas estructuras.

El concepto de salud ha ido evolucionando de acuerdo a: las modificaciones sufridas por el conocimiento científico, a las sociedades donde se ha gestado y dependiendo de las corrientes ideológicas, políticas y económicas del momento histórico en el que se han desarrollado.

El hombre primitivo asociaba la enfermedad a las fuerzas sobrenaturales y a las creencias religiosas aunque en determinadas civilizaciones, tan antiguas como la china, egipcia ó babilónicas (en el Código de Hammurabi 2000 a. C. se regula entre otros, asuntos relacionados con la salud-enfermedad), se realizaban prácticas sanitarias como enterramiento de cadáveres y retirada de las excretas; concretamente éstos últimos dieron

gran importancia tanto a la higiene pública, (construyendo sistemas de drenajes) como a la higiene personal, fiel reflejo de ello fue lo transcrito de los papiros donde se dictaban normas y se hacía hincapié en la importancia de mantener una buena salud.

La fuente de conocimientos de los egipcios fue doble: por un lado, la empírica de los médicos laicos y su trabajo día a día en contacto con los enfermos y sus enfermedades; y por otro, el desarrollo del tratamiento religioso de las enfermedades y, sobre todo, lo relacionado con la salud del alma, lo que generó las escrituras en los papiros con todo lo relativo a ritos y ceremonias relacionadas con embalsamamiento de cadáveres, trepanaciones, vendajes de momias, tipos de vendas etc.

Son los hebreos los que con su primer código de higiene escrito realzan la importancia de las medidas preventivas; son los primeros en regular las enfermedades infecto-contagiosas. El Levítico (1500 a. de J.C.) contiene aspectos relacionados con el cuidado del individuo, la familia y la comunidad. En él, se establecen deberes relativos al hombre y a la comunidad como: la segregación de leprosos, la higiene personal, descanso, sueño,

dieta, la protección de las aguas de bebidas y de los alimentos... todo esto constituye un verdadero tratado de salud pública. Tanto el tratamiento de las enfermedades como el control de la cuarentena en los procesos contagiosos eran responsabilidad de los levitas o sacerdotes.

Estas prácticas que en su mayoría procedían de los egipcios y babilonios, fueron integradas en sus prácticas religiosas permaneciendo hasta nuestros días. Donhaue (1987:52). Todas estas regulaciones tienen como objetivo primordial mejorar la conservación de la raza, lo que concuerda con la idea de que los israelitas eran el pueblo elegido por Dios (Deuteronomio 14:2).

Los griegos como los egipcios, tienen una religión politeísta y al igual que ellos, la interpretación sobre la enfermedad, es desde la perspectiva del dualismo: hay causas naturales, que requieren un tratamiento empírico; y causas sobrenaturales, en las que el tratamiento es religioso con la intervención de los dioses especialistas en curaciones.

En el mundo clásico, el culto a las artes, a la belleza, alcanza su máximo esplendor y con ello el cuidado y la higiene personal adquieren una gran importancia. La mitología griega reconoce a Higea, hija de Aesklepios, como la "diosa de la salud" y que más tarde daría nombre a la higiene. Sus sacerdotes eran los encargados de velar por la salud del pueblo, para lo cual ejercían las artes curativas, en un principio monopolio de las familias sacerdotales, transmitiéndose entre ellos los secretos de las mismas. Para Donhaue (1987:67) *"La práctica de la higiene era algo más que una especialidad médica. Era una forma de vida"*

Para Hipócrates, médico por excelencia y considerado como "Padre de la Medicina", el verdadero conocimiento se deriva de la observación de la naturaleza y de la confrontación de las teorías elaboradas con la realidad. Anticipándose en el tiempo, considera a la salud como fruto del equilibrio interno y externo del hombre y el medio donde se desarrolla, cuando se rompe dicho equilibrio se produce la enfermedad. Por tanto, el verdadero arte médico debería consistir en ayudar a la naturaleza a proporcionar un remedio. Éste, gozó de una inmensa fama como curador, la medicina racional o científica comienza con él.

La práctica de la higiene era algo más que una especialidad médica. Era una forma de vida, descrita en parte en los comentarios de Hipócrates sobre la alimentación, la evitación de los excesos sexuales y la importancia del ejercicio físico. En su libro *"Los aires, las aguas y los lugares"*, la enfermedad nace como consecuencia del quebranto de las leyes de la naturaleza, insistiendo en la influencia del entorno en la propagación de la enfermedad. Su teoría clásica de los cuatro humores, equilibrio-salud y desequilibrio-enfermedad. Valora la enfermedad desde el punto de vista humano, naturista, completamente desprovisto del factor religioso, tan socorrido en la época, concibiéndola como un proceso natural.

PRINCIPIOS TERAPEÚTICOS HIPOCRÁTICOS			
<u>Elementos esenciales</u>		<u>Cualidades esenciales</u>	
Fuego	Tierra	Calor	Frío
Aire	Agua	Sequedad	Humedad

Figura nº5: Fuentes Siles, J. (1999)

El método hipocrático se basaba en los cuatro principios siguientes:

Principios del método hipocrático
<ul style="list-style-type: none">• Observarlo todo• Estudiar al paciente más que a la enfermedad.• Hacer una evaluación imparcial.• Ayudar a la naturaleza

Figura nº6: Fuentes Siles, J. (1999)

Estos principios debían combinarse con el espíritu profesional o la conducta ética. Más tarde sería Galeno uno de sus seguidores. Dubos (1975); Donhaue (1987).

Con el progreso de la civilización griega se produjeron grandes cambios. Durante la Edad de Oro Helénica estos cambios afectaron también a las artes curativas (S. VI y IV a C.); nace la Edad de la Razón que culminó con la filosofía clásica de Sócrates, Platón, Aristóteles, Hipócrates y otros. Se intenta dar una explicación a los fenómenos físicos y sociales, que con el paso del tiempo se denominó "Filosofía Natural".

Las referencias a las enfermeras, son numerosas en la literatura griega, y sus principales funciones eran las de cuidar a los niños, amas de cría, parteras. Sin embargo existen discrepancias en los relatos históricos acerca de quiénes realizaban el resto de funciones enfermeras, ya que las actividades de las mujeres griegas principalmente eran las del hogar, al menos que fuesen sacerdotisas, esclavas o prostitutas Shryock (1959) citado por Donahue (1987:22).

Al pueblo romano puede considerársele como los primeros salubristas de la historia, debido a las aportaciones realizadas en materia legislativa y a la atención prestada a la higiene pública. La civilización romana asumió la cultura griega y supo conjugar el cuidado del cuerpo con el saneamiento del medio, consiguiendo importantes logros en el terreno de la salud comunitaria; de todos es bien conocida su obra referente a acueductos, alcantarillado, termas y normativa para la edificación de ciudades, donde se relacionaba ciertas enfermedades con las aguas pantanosas. En una palabra, podemos decir que es en Roma donde tiene su origen la Salud Pública. No aportaron un nuevo modelo explicativo al fenómeno salud/enfermedad, pero desarrollaron, en torno a los existentes, todo un cuerpo jurídico y técnico, de suma importancia para el desarrollo posterior de esta disciplina. Ferrara, Acebal y Paganini. (1976: 15)

La atención a la salud adquiere de este modo una dimensión pública y colectiva, además de la atención individual. Esta última era dispensada por médicos o curanderos en función de la clase social a la que se perteneciera o del status económico.

Los romanos estaban muy adelantados en cuestiones de medicina militar y cuidaban excelentemente a sus soldados. Se brindaban primeros auxilios en el mismo campo de batalla y se creó un servicio de ambulancias de campaña, llegando a crearse con el tiempo un gran número de hospitales militares (valentudinaria).

Las mujeres romanas eran muy independientes y se dedicaban a numerosas actividades fuera del hogar, pero el cuidado de enfermos eran los esclavos los encargados de realizarlo tanto hombres como mujeres. Los principales papeles de enfermería continúan siendo los del niño y partera. Donhaue (1987:57).

En el cristianismo lo que más se valora de la persona es su alma, el cuerpo es el soporte de la misma y a veces un gran estorbo para su salvación. La enfermedad es una prueba divina que puede ser la oportunidad para sacrificarse y purificarse en la fe. Todo esto conduce a un considerable retroceso en las materias y prácticas higiénicas.

Con la propagación del cristianismo, las medidas higiénicas sufren un notable retroceso. El cuerpo es pura vanidad, lo importante es la salvación del alma. La enfermedad es una prueba divina, una oportunidad para sacrificarse y purificarse en la fe. Sin embargo, la posición de las mujeres es un factor ciertamente importante, aunque existen ciertas discrepancias al respecto, así, por algunas autores como Dolan, Fitzpatrick y Herman (1983) la posición de la mujer se elevó considerablemente influida por tres factores principalmente como:

- ❖ La mejora de la posición social.

- ❖ La igualdad que proclama la religión cristiana entre hombre y mujer ante Dios.

- ❖ El llamamiento cristiano de llevar consuelo a todos los afligidos.

Otros como Nutting y Dock (1937) citados por Donahue, P (1987:25) piensan que no se puede dar del todo válido porque la posición tanto legal como social no fue siempre inferior en las religiones antiguas.

En lo que todos coinciden es que el cristianismo amplió de manera considerable las oportunidades para la mujer en el campo del servicio social útil al abrirla las puertas a dedicaciones honorables y activas.

Junto a esta concepción del cuerpo y de la enfermedad, el cristianismo aporta una nueva dimensión del hombre y de las relaciones sociales. La dignidad del esclavo es restituida. Para el nuevo credo todos los hombres son hermanos e iguales ante Dios, y el amor entre ellos es la regla máxima. El enfermo, el desposeído, se convierten en el centro preferente de la caridad. La asistencia a los mismos como ejercicio de esta virtud supuso

desde la Edad Media hasta la aparición de los estados modernos una respuesta organizada de la comunidad a la atención a la salud, liderada por las órdenes religiosas.

Los hospitales, concebidos en sus comienzos como asilo y refugio para aliviar el sufrimiento y fortalecer el espíritu ante la dura prueba de la enfermedad, con el tiempo se convierten en lugares privilegiados para el ejercicio y desarrollo de las ciencias médicas.

Durante la Edad Media, todas las ciencias sufren un gran retroceso. La salud vuelve a tener connotaciones mágicas y la enfermedad es considerada como un castigo divino. La época de oscurantismo que atraviesa la sociedad en el medievo, con excepción de los reinos islámicos, supuso un importante freno para los avances científicos en general y muy especialmente para la Salud Pública. Hay un abandono de las prácticas higiénicas y de las medidas de saneamiento. Todo esto se ve agravado por los importantes movimientos poblacionales por motivos bélicos, religiosos o comerciales (primeros contactos entre Oriente y Occidente).

Las circunstancias anteriores, unidas a las malas condiciones socio-económicas y a la escasez de alimentos dan lugar a las grandes epidemias (cólera, peste bubónica, lepra...) del medievo. Las medidas utilizadas para combatirlas y que hoy podemos considerarlas como de Salud Pública, se reducen al aislamiento temporal de los enfermos, a la segregación de los contagiosos. Salleras, L. y San Martín, H. (1985:87)

Con la destrucción del régimen feudal y el auge económico de la burguesía, la sociedad experimenta un florecimiento en todos los terrenos. Con el Renacimiento acaba el oscurantismo del medievo y comienza el despertar en todas las artes y disciplinas, pero este despertar no produjo profundas transformaciones en la esfera de la conciencia sanitaria de los ciudadanos (no sería hasta siglos posteriores cuando el hombre descubre y comprende el valor de la salud) que siguieron durante mucho tiempo anclados en la ignorancia y el fatalismo. Sonis, A. (1982:1) *"Las ciencias siguieron con retraso el movimiento del pensamiento, de las letras y de las artes, durante el Renacimiento.... Esta carencia de la ciencia, explica por lo menos en parte la paradójica extensión de la superstición en el seno del pueblo."* Sendrail M. (1983: 303)

No obstante, todo el movimiento cultural y los descubrimientos científicos realizados en el Renacimiento, van a ser los precursores del nacimiento de la ciencia moderna. El descubrimiento del microscopio por Anton van Leeuwenhoek, a final del XVII, permite la observación de microorganismos causantes de enfermedades, el termómetro clínico, los descubrimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano y el conocimiento de su estructura se suceden de forma imparable.

Otra gran revolución tecnológica, fue el descubrimiento de la imprenta. Ésta tuvo tal calado social que contribuyó en gran parte a transformar la mentalidad de la época mediante la difusión masiva de las obras de Platón, Aristóteles, los epicúreos, los estoicos, textos que llegaban por primera vez en la historia, libres de la manipulación escolástica. Este redescubrimiento de los clásicos impulsó la visión empírica y científica del hombre y la naturaleza y acabó cuestionando la validez del escolasticismo como instrumento de interpretación del mundo y de los fenómenos relacionados con la salud-enfermedad. Siles (1999:180)

El problema del Método, planteado a partir de Galileo y Newton por Descartes y Spinoza del lado del racionalismo y el deductismo, y Bacon, Hobbes y Locke desde el empirismo y el inductismo, constituirá la base sobre la que posteriormente se asentará el método hipotético-deductivo y el paradigma positivista. Beltran M. (1986: 17-29) comenta que bajo este paradigma el conocimiento "positivo", denominado así por Augusto Conte (1798-1857), es aquel que se establece por referencia a lo que se ha manifestado a través de la experiencia. Este tipo de conocimiento se opone a cualquier pretensión metafísica o teológica de explicación. Ningún tipo de experiencia aprehendida por vía no sensorial puede servir de base a este conocimiento. Carr W y Kemmis. (1988: 76-77)

Con la aplicación del método experimental y la invención de importantes instrumentos de observación, como el microscopio o el termómetro clínico, los avances en el conocimiento de la estructura y el funcionamiento del organismo, como realidades fácticas, se suceden de forma imparable.

Según López, Santos, V. (1995:193) Las exigencias impuestas a la generación del conocimiento por el positivismo -conocimiento de origen empírico, objetivable, verificable, reproducible, generalizable- aunque ofrecen algunas dificultades de orden ético en el terreno de la experimentación con seres humanos, hacen del componente biológico de la salud y de la enfermedad, el principal objeto de estudio dentro de este campo. Tendrá que pasar algún tiempo para que las dimensiones psicológicas y sociales sean aceptadas como ámbito de conocimiento científico, aunque, curiosamente fue el desequilibrio entre los avances técnicos de la medicina y el bajo nivel de salud de la población, lo que originó a finales del siglo XVIII y primera mitad del XIX una importante corriente en el pensamiento médico de la época, que veía en los factores sociales y económicos los desencadenantes básicos de la enfermedad y en la mejora de las condiciones de vida y trabajo el camino idóneo para superar la precariedad en el estado de salud de la población.

Con la revolución industrial se produce el éxodo masivo de los hombres del campo a las grandes urbes; la falta de infraestructura para acogerlos, el hacinamiento al que se ven sometidos y las condiciones de trabajo, en la mayoría de los casos inhumanas, son el origen de los enormes problemas de salud que en esta época aquejan a la mayoría de la población. Para Bullough y Bullough (1990:37), los problemas más frecuentes relacionados con el nuevo sistema productivo fueron: el alto índice de mortalidad infantil, el abandono o asesinato de los hijos ilegítimos, las malas condiciones laborales, las enfermedades ocupacionales y el crecimiento importante de las enfermedades mentales.

Los primeros trabajos sistemáticos sobre Medicina Social salen a la luz durante el siglo XVIII y sus autores son Ramazzani (1633-1717) y Johann Peter Frank (1745-1821), éste último se le considera el precursor de la Salud Pública actual, por vez primera implica a los estados como responsables de la salud de la población. Johann Peter Frank escribe "Un sistema completo de política sanitaria", que consta de dieciocho volúmenes y en los que

deja sentados los principios que deben regir la acción de la protección de la salud.

En 1798, Edward Jenner descubre la vacuna de la viruela, creando un método científico y efectivo para la prevención de una enfermedad, con él comienza la llamada era "bacteriológica" (llamada por M. Terris "*la primera revolución epidemiológica*") de la Salud Pública que culminará con los descubrimientos de Pasteur y de Koch, a mediados de siglo pasado. Con el advenimiento de la medicina experimental de Claude Bernard se asegura a la acción sanitaria la base científica necesaria para dar un salto adelante y el desarrollo espectacular de las actividades de la medicina preventiva. Sonis A. (1982:77).

En 1842, Edwin Chadwick abogado inglés, en su obra "Public Health Act" establece la relación entre pobreza y enfermedad, recomendado mejoras en el saneamiento del medio y la creación de servicios públicos de protección a la salud. Estos trabajos estaban basados en las condiciones sanitarias de los obreros ingleses y fueron realizados en cinco ciudades de Inglaterra y Gales. Las recomendaciones del Informe Chadwick apuntaron

hacia la mejora del saneamiento del medio, la creación de funcionarios médicos con dedicación total a su tarea de protección a la salud de la población y hacia las acciones de salud materno-infantil. Para estudiar como poner en marcha las recomendaciones del Informe el gobierno inglés creó las "Comisiones de salud" Ferrara, F.A. y otros (1975:23).

Producto de una investigación sobre el estado sanitario de la población laboral son en Gran Bretaña, los estudios de Villerme (1840) los de Dubos, R. (1807) en Francia y la gran aportación de Virchow en Alemania.

Para López Santos, V. (1995: 203) El movimiento de reforma que estos hechos representan será sofocado con el fracaso de la Revolución de 1848. "La época todavía no esta madura para las ideas de Vilchow y las de sus colaboradores, pero de todas formas se había efectuado una siembra". Rosen G. (1986: 26)

En 1850, Shattuck será el encargado de poner las bases de la Salud Pública en Estados Unidos, con la elaboración del informe que lleva su nombre y considerado, hoy día, como la contribución más importante de los orígenes de la Salud Pública americana. El estudio fue realizado en la ciudad de Massachusetts y las principales recomendaciones que de él se derivan son: el saneamiento ambiental, el control de los alimentos, drogas y enfermedades, el establecimiento de departamentos de salud, educación sanitaria, creación de escuelas de enfermería, enseñanza de la higiene en las facultades de medicina y la inclusión en la práctica clínica de la medicina preventiva y la celebración en París de la I Conferencia Internacional de Higiene Pública en 1851. . Piédrola (1991:32).

Por último, los estudios epidemiológicos realizados por J. Snow sobre la epidemia de cólera acaecida en Londres en 1899 marcan un hito en la historia de la Salud Pública y de la Epidemiología moderna

Para adentrarnos en este nuevo recorrido utilizaremos como vehículo la clasificación que de la evolución de las Ciencias de la Salud hace Mc Gavran (1956). Para este autor, la historia del conocimiento científico en el área de la salud se puede aglutinar en cinco períodos: Era Empírica, anterior a 1850, Era de las Ciencias Básicas; Era de las Ciencias Clínicas; Era de la Salud Pública y Era de las Ciencias Políticas.

1.1. Era de las Ciencias Básicas (1850-1900)

En esta etapa la medicina, alentada por el auge del positivismo y por el interés social en una medicina reparadora, que permitiera mantener la productividad de las fuerzas de trabajo, mermadas por las enfermedades y el alto nivel de accidentabilidad de los obreros industriales, centra sus esfuerzos en descubrir el origen y las causas de las enfermedades. Para López, Piñero, J.M. (1981:44) El camino recorrido en esta búsqueda va de los planteamientos organicistas de la mentalidad anatomo-clínica, a la teoría etiológica de la enfermedad, pasando por el enfoque funcionalista, centrado en el estudio de los factores físico-químicos. *"El descubrimiento de la célula animal primero y luego de las bacterias, permitió por fin una explicación científica de las causas de la enfermedad e hizo que los signos y síntomas cobraran una importancia nueva como indicadores de los procesos patológicos subyacentes"* Barton WL. (1979: 10.).

Todo este desarrollo, aunque dio a la medicina un enorme prestigio, no impidió que determinadas voces se levantaran contra la sobreestimación de los factores microbiológicos en la producción de la enfermedad, olvidando con ello la profunda

asociación entre factores sociales y la salud, en la que se venía insistiendo desde hacía algunas décadas. Este "olvido y alejamiento" de los factores sociales culmina cuando Behring declara en 1893 que: *"El estudio de las enfermedades infecciosas puede ser seguido ahora sin desviaciones determinadas por consideraciones sociales y sin reflejo en la política social.."*. Durán MA. (1983: 37.)

En el plano social merece destacar la aparición de los primeros seguros de enfermedad, expresión de la confluencia de intereses de empresarios y trabajadores y de la concepción emergente del Estado del Bienestar. Otro aspecto a considerar en la evolución de las Ciencias de la Salud en esta etapa es el nacimiento de la Psicología como disciplina científica. Impulsada en parte por el desarrollo de la fisiología, la psicología abandona sus raíces filosóficas e irrumpe en el terreno de las ciencias científico-naturales, a través de los trabajos de Paulov (1849-1936). Hecho sumamente importante desde el prisma sanitario si, como plantea la OMS, la salud es considerada en su triple dimensión: biológica, psicológica y social.

1.2. Era de las Ciencias Clínicas (1900-1950)

Esta etapa desplaza el centro de interés del estudio en el laboratorio al estudio del enfermo, entendido como un todo integral. Los aspectos psicológicos y sociales, tanto en el origen como en el tratamiento de la enfermedad comienzan a ser considerados. La frase *"no existen enfermedades sino enfermos"* sintetiza este pensamiento.

Aunque el modelo hegemónico sigue siendo la medicina clínica, a la que se deriva la mayoría de los recursos de salud, la perspectiva socio/ambientalista continúa desarrollándose. En Alemania, Alfred Grotjahn sienta las bases para una teoría sistemática de la medicina social, aplicando a los problemas de salud el conocimiento derivado de las ciencias sociales. San Martín H. (1979:779.)

En América del Norte y Europa, están los departamentos de "Sanidad e Higiene Pública", cuyo principal objetivo era la protección de la salud, a través de las acciones de los gobiernos encaminadas al medioambiente y a la colectividad; para ello contaban con el saneamiento, la legislación y la inspección. C.E. No en vano Winslow en 1920, define a la Salud Pública como *"La ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la ciencia y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud"* Ferrara, Acebal y Paganini. (1976:21).

Lo más significativo, es que por primera vez, aparecen en nuestro siglo las palabras "promoción " y "fomento" en los textos de Salud Pública

1.3. Era de la Salud Pública (1950-1975)

Los avances en el diagnóstico precoz y el prodigioso desarrollo de la quimioterapia, con el descubrimiento de los antibióticos como elemento central, hacen pensar en el triunfo de la medicina sobre la enfermedad. El centro de atención durante estos años tiene como eje a la comunidad, *"la salud no era un problema que podía ser solucionado individualmente por quienes tenían medios para hacerlo..., sino que debía ser encarado por toda la comunidad"*. Sonis A., (Tomo II, 1982: 262.) Es la época de las campañas masivas de vacunación, se ponen en marcha medidas colectivas de prevención, enfermedades como la viruela son prácticamente erradicadas, la educación sanitaria se comienza a vislumbrar como un instrumento importante de prevención. *"Se tenía la impresión de conocer a fondo los medios aplicables para conseguir*

sucesivamente la prevención, la contención y la erradicación de casi todas las grandes enfermedades" Barton WL. (1979: 12)

Este optimismo científico según López Santos, V. (1995:223) pronto empezó a desvanecerse cuando se comienza a ver que, si bien es verdad que las enfermedades infecciosas descendían considerablemente, nuevos problemas, asociados a las condiciones y estilos de vida, hacían su aparición. La Teoría de la Unicausalidad comienza a ser tremendamente contestada. La influencia de los factores sociales en la génesis de la enfermedad no es ya un planteamiento puramente ideológico, sino que forma parte de una nueva teoría explicativa de la enfermedad: la Teoría de la Multicausalidad. Por ello, era necesario dar un giro cualitativo tanto en la investigación como en la orientación de los servicios. *"La atención demasiado exclusiva dispensada a las enfermedades de la comunidad, ha dejado que pasaran inadvertidas las necesidades de ciertos grupos particularmente desvalidos y desatendidos... y las enfermedades preocupaban más que el mantenimiento de la salud"* Barton WL (1979: 13).

Aunque la definición de Salud Pública dada por Winslow (1920) supuso un intento loable de ordenar las diferentes representaciones que de este término se tenía en aquel momento, su conceptualización sigue ofreciendo serias dificultades. Términos como Sanidad, Atención Sanitaria, Higiene Pública o Administración Sanitaria aparecen como los definidores más usuales cuando exploramos este concepto a lo largo del tiempo. Mientras que otros, como Medicina Social o Medicina Preventiva se presentan compartiendo el espacio común de lo colectivo, sin llegar por ello a una reconciliación integradora.

La definición emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1973 es un claro exponente de la perspectiva práctica, de la misma, al considerar a la Salud Pública como el conjunto de *"todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud"*

1.4. Era de la Salud entendida como Ciencia Política (1975-2000)

En este momento, los estudios de Thomas Mc Keown y Iowe CR. (1981) sobre la evolución de la mortalidad en el último siglo, ponen de manifiesto la escasa participación de la atención médica en la reducción de la misma: *"Sin menospreciar el valor de los servicios personales de salud o de la terapia específica que ha sido una notable hazaña de los pasados cuarenta años, parece correcto concluir que las principales influencias causales de la disminución de la mortalidad - nuestro mejor índice de salud- a partir de las muertes registradas en 1838, han sido, en orden de importancia, un estándar de vida en ascenso, higiene mejorada y medidas preventivas y terapéuticas específicas."* Mc Keown, T. y Iowe CR. (1981: 29)

Para Ashton y Seymour (1988:75), el descubrimiento de las sulfamidas y los antibióticos, entre 1936 y 1954, redujo el índice de muertes a los límites más bajos conocidos en la historia. Hasta ese momento, la eficacia comprobada del arsenal terapéutico era escasa. El comienzo de esta era coincide, por una parte, con la desaparición de las enfermedades infecciosas, y por otra, con el desarrollo de ideas sobre el estado de bienestar en muchos países industrializados.

Los nuevos descubrimientos fortalecieron a los servicios hospitalarios y en especial a los grandes hospitales, existiendo un desvío de poder, de recursos, de medios de los departamentos de Salud Pública hacia estos, por lo que su debilitamiento fue evidente. Las enfermedades infecciosas estaban causando verdaderos estragos en la población, y es por lo que, en un afán por conseguir su control, en 1907 se establece en París la "Oficine Internationale D'Hygiene Publique".

Tras los estragos de la segunda mundial y con una población mermada por la contienda, los problemas de salud de los ciudadanos se ven aún más agravados; es entonces cuando se produce un hecho de vital importancia en la historia de la Salud Pública con la creación de la Organización Mundial de la Salud el 7 de julio 1948. Por primera vez los problemas de salud se universalizan y será este el único comité internacional responsable de los aspectos sanitarios a nivel mundial.

1.5. Hacia un Nuevo Paradigma de Salud.

En este contexto de cambio, la idea de salud se va transformando en su interacción continua con los valores sociales imperantes y los conocimientos científicos que se van generando. Una nueva cultura de salud comienza a impregnar los modelos explicativos y el discurso manifiesto de instituciones y grupos relacionados con la salud.

El reconocimiento del derecho a la salud que acompaña a la instauración de las democracias occidentales, el desarrollo de los conocimientos médicos que permite liberar a la ciencia de la lucha incesante contra las grandes epidemias, la ya comentada falta de correlación entre el elevado nivel de desarrollo científico y el estado de salud de la población, y por último, el nacimiento de organizaciones internacionales como la OMS, empujan a la reflexión sobre la salud, más allá del campo de la enfermedad y su esfera biológica, reconociendo su carácter positivo y sus componentes psíquicos y sociales. *"La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e*

individuales y se deben formular como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas". Señala que es esta la línea de pensamiento de la OMS al definir en 1946, en su carta Constitucional a la salud en términos positivos como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades."

El avance que supuso esta definición en términos positivos en la concepción de la salud, sería el punto de arranque para la profundización en la misma desde una visión más amplia; los aspectos innovadores de ésta al incorporar las áreas mental y social y que más tarde se vio criticadas en otros aspectos tales como por ser: más un deseo que una realidad, utópica, estática, subjetiva y por equiparar bienestar a salud.

P. Caba, (1986:9) Vicepresidente de la Asamblea Mundial de la Salud, expresa fielmente esta idea cuando expone que *"El concepto de salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos*

estrictamente biológicos e individuales y se deben formular como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas".

La salud es entendida como la resultante, el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio Terris M. (1982:41). Producto que se expresa en *"La capacidad de funcionar en las mejores condiciones posibles en este medio"* Dubos R. (1975: 35), en *"Una manera de vivir que es autónoma solidaria y feliz"*. CONGRESO DE CULTURA CATALANA SOBRE SANIDAD. (1978:31), y en la capacidad de *"Sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la supervivencia, pero también de arriesgarla"*. Illich I. (1978:172).

Este nuevo enfoque de salud se encuentra extractado con claridad en la definición que en 1985 emite La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. En ella la salud es considerada como *"La capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente"*

Leahy, K.M. y otros (1977:165) consideran que: la salud es un proceso vital, un estado dinámico en el ciclo de la vida del individuo, por lo que exige una continua adaptación al medio interno y externo, para esto se deben optimizar aquellos recursos propios con el fin de alcanzar el potencial máximo para la vida diaria. La salud abarca al hombre todo, y tiene relación con la forma como el individuo maneja las tensiones del crecimiento y el desarrollo, a la vez que funciona dentro de los patrones culturales en los que nació o a los que trata de conformarse.

- ❖ Proceso vital caracterizado por los cambios dinámicos desde el nacimiento hasta la muerte. Estado continuo de llegar a "ser"
- ❖ Proceso de desarrollo caracterizado por el cambio que cada individuo experimenta física, biológica y psicológicamente; éste puede ser más complejo a medida que va progresando.
- ❖ Proceso de aprendizaje en que se enriquecen las capacidades sensoriales y cognitivas.

- ❖ Proceso de socialización referido a la comunicación como medio de efectividad social.

En las últimas décadas hemos asistido a una nueva cultura de la salud, en la que se han ido desarrollando modelos explicativos que por un lado, se posicionan ante la salud optando por valores concretos de las diferentes dimensiones de su concepto y por otro, han permitido integrar las complejas interacciones de los factores biológicos y sociales. Ha quedado atrás esa visión en negativo de la salud, con la que durante años se ha soslayado su estudio. Al definirla como la ausencia de enfermedad se convertía a esta última en el verdadero objeto de estudio de las ciencias médicas. Igualmente podíamos decir de aquel otro significado que consideraba la salud en el extremo de un continuo en cuyo polo opuesto estaba la gravedad o la muerte.

La salud, desde esta perspectiva, se gesta, se propicia e incrementa desde instancias tradicionalmente ajenas al ámbito sanitario. Las escuelas, las direcciones generales de la vivienda, las delegaciones de tráfico, las agencias del medio ambiente o aquellas que legislan las condiciones laborales, intervienen de lleno en el campo de la salud, al incidir directamente sobre factores claves de la misma, como la buena alimentación, el bienestar mental y social, el equilibrio con la naturaleza, los hábitos saludables etc.

1.6. Principales Determinantes de la Salud

En este nuevo enfoque sobre la salud, la capacidad de enfrentar con éxito los retos que el medio plantea y de desarrollar el propio potencial de salud, va a depender tanto de factores del propio medio como de elementos constitutivos de la propia persona.

Los avances en el diagnóstico precoz y el prodigioso desarrollo de la quimioterapia, con el descubrimiento de los antibióticos como elemento central, hacen pensar en el triunfo de la medicina sobre la enfermedad. *"Se tenía la impresión de conocer a fondo los medios aplicables para conseguir sucesivamente la prevención, la contención y la erradicación de casi todas las grandes enfermedades"* Barton (1979:16)

A partir de los años 70 se comienza a cuestionar si los avances producidos en la medicina científica, que en los últimos años, se habían traducido en un gran beneficio para millones de personas, eran realmente los responsables de la baja tasa de mortalidad y a las mayores esperanzas de vida, porque, si bien es verdad, que las enfermedades infecciosas habían descendido

considerablemente, nuevas enfermedades relacionadas con los estilos y condiciones de vida comenzaban a hacer su debut.

En estos años surge una importante corriente de pensamiento en Estados Unidos y Canadá que posteriormente se extendería por Europa y los demás países desarrollados a la que se le denominaría: "LA NUEVA SALUD PÚBLICA". Ashton y Seymour (1990:22) definen a la Nueva Salud Pública y sus determinantes *"Como un planteamiento que integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas especialmente para los ancianos y los enfermos crónicos. Comprende no sólo la biología humana, sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida"*.

El catedrático de Medicina Social de Birmingham, Thomas Mc Keown fue una de las figuras clave de este debate. Analizó las causas del crecimiento de la población en los últimos años del s. XIX y primeros del XX en relación a las tasas de mortalidad, y más concretamente en la infancia. La conclusión a la que llegó fue que: *"Por orden de importancia, las mejores contribuciones a la*

mejora de la salud de Inglaterra y Gales fueron: la limitación en el tamaño familiar (un cambio conductual), el aumento en el aporte de alimentos, un ambiente físico más sano (factores ambientales) y, por último las medidas preventivas y terapéuticas específicas"
Mc Keown (1976:23).

M. Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, publica en el año 1974 *"Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses"*, que es un refuerzo de la tesis de Mc Keown. Este estudio era un diagnóstico comunitario de la salud de Canadá y en él se identifican cuatro determinantes de la salud de gran importancia: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la importancia relativa que en ella tiene el sistema de servicio de salud.

Todos los factores excepto la biología son susceptibles de ser modificados, de ahí que las acciones de Salud Pública deberían ser dirigidas hacia ellos con prioridad. El informe explica que la contribución potencial de la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de asistencia sanitaria a la reducción de la mortalidad, se estima que es, en orden decreciente, la siguiente: 43,9% para los estilos de vida, 27%

para la biología humana, 19% para el entorno y solamente el 11% para los sistemas de cuidados asistenciales. Proporción claramente inversa a los gastos en salud, donde el porcentaje mayor (90%) se concentra en los servicios sanitarios, siendo éste el factor con menor influencia.

Algunas de las consecuencias derivadas de este estudio es la toma de conciencia del relativo impacto que en el nivel de salud de la población producen los avances científico/técnicos y el aumento de los recursos en el sector salud se convierten en una de las preocupaciones fundamentales de esta etapa y la necesidad de reorientar los sistemas de asistencia sanitaria hacia la **promoción de salud y hacia la prevención de la enfermedad**. Salleras (1985:198). Numerosos estudios realizados en Norteamérica después de la aparición del Estudio Lalonde confirmaron los mismos resultados. Piédrola y col, (1991:123).

En la XXX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1977, la OMS, formula lo que será desde entonces su principal objetivo: *"conseguir que en el año 2000, todos los ciudadanos del mundo gocen de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva"*. (OMS.1981). Esta ha sido la encargada de organizar y proponer estrategias en aras de la "Promoción de Salud" en todo el planeta.

Para hacer realidad esta propuestas muchos han sido sus esfuerzos entre las actividades más relevantes destacaremos:

- 1º. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1977, pieza clave para el desarrollo de la A.P.S. y donde se reconoce que el éxito de esta estrategia dependerá del desarrollo real y de la participación comunitaria y de la colaboración entre los distintos sectores e instituciones.
- 2º. La formulación de "La Estrategia De Salud Para Todos en el Año 2000". Presentada por el Dr. Mahler, Director General de la O.M.S. como un contrato entre los gobiernos, la

población y la O.M.S. Los presupuestos básicos de la XIV Asamblea Mundial de la Salud (1981) fueron los siguientes:

- ❖ El reconocimiento de la salud, como derecho humano fundamental por todos los implicados y el compromiso de éstos para reducir las desigualdades en materia de salud.
 - ❖ La asunción del derecho y deber de las personas a participar tanto individual como colectivamente, en la planificación y ejecución de las estrategias de salud.
 - ❖ La aceptación por parte de los gobiernos, de la responsabilidad en la salud de su población de forma autónoma.
 - ❖ El compromiso por parte de al O.M.S., como autoridad para dirigir, coordinar e impulsar la estrategia en sus 156 estados miembros. O.M.S. (1981)
- 3º. En 1980, en la Trigésima Sesión del Comité Regional de Fez, donde los representantes de los Estados Miembros de la

Región Europea de la O.M.S. aprueban la primera política común de salud, la estrategia europea para la instauración de S.P.T. Esta estrategia exige una modificación radical de las políticas de salud de los países y señala cuatro sectores como prioritarios:

- ❖ Los modos de vida y la salud.
 - ❖ Los factores de riesgo para la salud y el medio ambiente.
 - ❖ La reorientación del propio sistema sanitario.
 - ❖ Los apoyos necesarios a nivel político de: gestión, tecnológico, de personal y en la investigación para conseguir los cambios deseados en estos sectores.
- 4º. La 34 Asamblea Mundial de la Salud (1981), en su resolución WHA. 36 sobre una Estrategia Mundial de S.P.T. 2000 *"Está encaminada esencialmente a crear y perfeccionar infraestructura de sistemas de salud en cada país para la ejecución de programas de ámbito nacional que atiendan a*

toda la población y se basen en el concepto de la Atención Primaria de Salud."

5°. En 1984, el Comité Regional para Europa de Las 38 Metas de Salud desarrolla su propia estrategia de S.P.T. 2000, fijando 38 objetivos a alcanzar por sus 33 Estados Miembros. Caba Martín (1990:77) agrupa las 38 metas en seis grandes bloque de objetivos:

- Reducir las diferencias, reforzar la salud y atenuar la enfermedad.
- Mejorar las posibilidades de una existencia sana mediante hábitos saludables de vida.
- Reducir los factores de riesgos ambientales.
- Orientar los servicios de salud hacia estrategias de trabajo multisectoriales y de coordinación de los recursos de atención sanitaria.

- Potenciar las investigaciones orientadas a generar conocimientos necesarios para alcanzar los objetivos de S.P.T.
- Fomentar la voluntad política, conseguir apoyo legislativo, estimular la participación popular e implicar a los profesionales en la consecución de esas metas. En definitiva, promover el cambio atendiendo a los diferentes actores representados en los distintos escenarios donde el cambio ha de producirse.

6º. La carta de Ottawa en 1986, como conclusión de la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, establece 5 líneas básicas de intervención:

- El desarrollo de políticas que apoyen a la salud
- La creación de ambientes que contribuyan a la salud, es decir, que sean saludables.

- **Reforzar la acción comunitaria.**
- **Desarrollar las habilidades personales.**
- **Reorientar los servicios de salud.**

Las estrategias a utilizar para potenciar el cambio, tienen que partir del análisis de intereses de los diferentes grupos afectados por ese cambio y las relaciones de poder que se establecen entre ellos, con el fin de poder aglutinar en torno al nuevo proyecto el mayor número de voluntades posibles.

**PRIMERA
PARTE**

CAPÍTULO II

ENFERMERÍA: ORÍGENES Y EVOLUCIÓN

1. GÉNESIS DE LA PROFESIÓN ENFERMERA.

El origen de los cuidados, como el de la Enfermería, es tan antiguo como el de la propia existencia del hombre; sin embargo, no existen documentos que nos aporten luz sobre ellos en los albores de la humanidad. De ahí, que la historia de la enfermería como tal, no surge cuando se inician los primeros cuidados, en las sociedades primitivas, ni en épocas sucesivas. Los primeros estudios sobre lo que hoy denominamos cuidados (actividades, ideas, hechos) no surgen hasta mediados del s. XIX como consecuencia de la transformación progresiva de los esquemas sociales, culturales e ideológicos responsables de dilucidar aquellos fenómenos susceptibles de convertirse en objeto-problema histórico. Siles (1999: 42)

Pero todos estamos de acuerdo en que es necesario, como en cualquier profesión conocer la historia de la misma, como fuente de datos que nos hagan reflexionar sobre la trayectoria profesional y sobre la práctica y que nos ayude a sacar enseñanzas de los aciertos y a reconducir posturas erróneas. En línea con Domínguez Alcón (1995:32), creemos que: *"En este*

momento forma parte de nuestro "quehacer" como enfermera, el intentar iluminar a la luz de la historia, el "contenido propio" de nuestra disciplina, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados."

Los cuidados al servicio a la comunidad, como dato histórico aparece por primera vez con Febe (60a. d.C) que es considerada por algunos como la primera enfermera visitadora, de la que nos relata S. Pablo sus actividades encaminadas a asistir a mujeres enfermas en sus casas.

Para el cristianismo la visita y el cuidado de los enfermos es una obligación moral que más tarde se recogerá como una de las siete Obras de Misericordia de la Iglesia Católica. Cuesta, C. y Larrosa, A. (1982) consideran que el hecho de que el origen de la Enfermería se de en el seno de una organización religiosa va a influir en ella de tal forma que es considerada durante más de un milenio como un servicio regido por principios caritativos orientados al cuidado de enfermos pobres.

En los s. IV y V, las matronas romanas pertenecientes a las clases sociales más altas poseen, además de buena posición económica, libertad social; aquellas que se convierten al cristianismo se dedicarán al cuidado de los enfermos y al amparo de los más necesitados, para ello fundaron hospitales. También, realizaban visitas en sus casas o en la misma calle. Marcela fue una de las matronas más famosa y ha sido considerada como "madre de las monjas" porque fundó un monasterio en su propio palacio del Aventino. A Fabiola se le considera la madre de la Enfermería primitiva, y la historia la ha reconocido por su gran humanidad; era además experta en el cuidado de las llagas y heridas y poseía una gran habilidad a la hora de realizar vendajes. Donhaue, M.P. (1987:76)

La Edad Media asiste a la expansión de las órdenes religiosas; la caridad, el sacrificio, el amor a Dios es el móvil que impulsa hacia el servicio de pobres, enfermos, huérfanos... pero se atiende más a los problemas del espíritu que a los de la carne, la enfermedad se sigue concibiendo como un castigo. Estos servicios se prestan casi todos en el ámbito hospitalario. La enfermería medieval comienza siendo enfermería monástica, así es de destacar la

notable actividad que en cuidados de salud se llevó a cabo en el Monasterio de Montecasio (Italia). La excepción la confirman las Beguines de Flandes asociación de mujeres seculares que nace en Bélgica en 1118; su misión es la de cuidar a los enfermos en sus domicilios y en el hospital y asistir a la población en situaciones de desastres, guerras, inundaciones y epidemias. García, Barrios, S. y Calvo, Charro, E. (1995:33)

En 1610, San Francisco de Sales junto a Juana de Chantal fundan una asociación llamadas "amigas visitadoras", cuya misión era la de cuidar a enfermos en sus domicilios. En esta experiencia se basa más tarde San Vicente de Paul para la fundación de las Hermanas de la Caridad en 1617, consideradas por algunos autores como las precursoras de la enfermería comunitaria porque sus principios, que consideran la familia como unidad de servicio y evaluaban su situación periódicamente, pueden ser considerados en vigencia hoy día. Alfonso y Alvarez-Dardet (1992). Donahue P (1987) enfatiza la importancia concedida a los recursos y a la movilización de la propia comunidad para responder a sus necesidades.

Según Fernández, C. en su artículo publicado en la revista *Index de Enfermería sobre las Hijas de la Caridad* (1999:42-46) argumenta el cómo desarrollaron funciones relativas a la asistencial, administradora, docente e investigadora.

En el s. XIX, es cuando realmente se puede decir, que se da un salto hacia la profesionalización de la enfermería desde lo que hoy consideramos lo que son sus presupuestos: el enfoque colectivo del trabajo en salud, la prestación de cuidados tanto al individuo sano como enfermo en su hábitat y a la comunidad. Tras el Informe Chadwich (1837) sobre las condiciones de salud de los trabajadores ingleses, nace una corriente profesional que cree necesaria la intervención en la comunidad para afrontar los problemas y necesidades de salud planteados en su seno; el gobierno británico, a su vez, comienza a legislar con el fin de proteger y preservar la salud pública.

Willian Rathbone, empresario inglés, filántropo, liberal, después de vivir una experiencia personal con su esposa enferma y convencido del valor de los servicios de enfermería a domicilio en contra de toda la tradición hospitalaria enfermera, en 1861 y financiado por él mismo, decide crear un servicio de Enfermeras

de Distrito, cuyo papel principal sería el trabajo en la comunidad. Las funciones asignadas eran: la asistencia domiciliaria a los enfermos, la educación sanitaria y la asistencia social. Alfonso Roca MT. y Alvarez-Dardet C. (1992) Tinkham C. y Voorhies E. (1981.)

Pero Rathbone está convencido que para llevar el plan trazado necesita enfermeras cualificadas; al carecer de una formación específica en ciencias de la salud, busca asesoramiento en una prestigiosa enfermera de su época llamada Florence de Nightingale. Ella está convencida que la formación que necesita la enfermera comunitaria ha de ser diferente a la de las enfermeras hospitalarias; para ello diseña un plan de formación amplio, específico, encaminado a formar a las *"enfermeras de la salud"* y adaptado al ámbito donde se va a llevar a cabo su trabajo. Salbelberg P. (1983: 3-28).

En 1861 se edita el primer libro fruto de la colaboración entre Nightingale y Rathbone con el título: *"Propuesta de plan de formación y actividad profesional de mujeres en enfermería hospitalaria, de distrito y privada"*. Posteriormente y como guía a

seguir en la prestación de cuidados domiciliarios Florence publica: "*Suggestions for Improving Nursing Services*" Alvarez-Dardet y otros (1988). Bullough y Bullough (1990).

En 1862 ve la luz la primera Escuela de Salud Pública del mundo, gracias a la colaboración de Rathbone con la Royal Liverpool Infirmary. Para la elaboración de sus programas de enfermería contaron con la inestimable ayuda de Nigthingale. El concepto de enfermería comunitaria es pionero y aún sigue pareciéndonos válido cuando Florence Nigthingale (1867:27) dice: "*En mi opinión, la enfermera está llamada en definitiva a cuidar al enfermo a domicilio. Quizás nos encaminemos hacia la desaparición de todos los hospitales y casas de salud. ¡Pero no hablemos de eso hasta el año 2000!*".

<u>La escuela de enfermería del Hospital Santo Tomás: Características definitorias</u>			
<u>Objetivos docentes</u>	Currículum	Alumnado	Influencia
Enfermeras de hospital	1 año de teoría	Aprendizas	Rápida expansión
Enfermeras de distrito	2 años prácticos	Damas enferm.	Ámbito anglosajón
Enfermeras docentes	Manual <ul style="list-style-type: none"> • Notas de enfermería • Notas de hospitales 	USA, Canadá	

Figura n°7 Fuentes: Siles (1999:230)

En 1867 Rathbone divide Liverpool en 18 distritos asignando una enfermera a cada uno de ellos. Según Walton (1990) aunque las enfermeras de distrito principalmente cuidaban a los enfermos, al mismo tiempo enseñaban a ellos y a su familia prácticas higiénicas y cuidados generales. Aparece la educación sanitaria y la asistencia social.

En 1861 se creó la Comisión Sanitaria de Estados Unidos con la finalidad de garantizar los cuidados de enfermería y la atención médica a todos los soldados necesitados de ello. Para preparar a las enfermeras, se crea un programa el cual se llevó acabo en el hospital de Nueva York y otros centros sanitarios de Boston. Para Siles (1999:218-219) las figuras más relevantes de la enfermería en esta época son Dorotea Lynde Dix y Clara Barton. Su labor organizadora quedó plasmada en la dirección hospitalaria y en la selección y formación de las enfermeras.

Figuras de la enfermería de la Guerra de Secesión americana

Clara Barton

- Propugnó la implantación De la Cruz Roja
- Organizó servicios de asistencia a heridos de forma independiente.
- Organizó y cuidó heridos en la guerra franco prusiana

Dorotea Lynde Dix

Superintendente del cuerpo de enfermeras del ejercito.

Dirección de hospitales

Selección de personal

Figura nº 8: Siles (1999:218-219)

En Nueva York, Lillian Wald junto a Mary Brewster (1893) crean el primer servicio de Enfermeras de Distrito ("The Henry Street Settlement") con fines sociales y sanitarios. Lillian Wald es la primera en utilizar el término "enfermera de salud pública".

El éxito de la escuela de Santo Tomás y la idea de enfermera de distrito pronto se extiende por toda Inglaterra y más tarde salta las fronteras hasta llegar a los Estados Unidos de América, donde nace la Primera Asociación de Enfermeras Visitadoras (1886), en Filadelfia. Desde su primer momento la Enfermería Comunitaria de E.E.U.U. incluye la educación sanitaria y la prevención como respuestas a las necesidades detectadas en materia de cuidados. Leahy K; Cobb M. y Jones M., (1977) Stanhope M. & Lancaster J.(1990)

El reconocimiento de la influencia que en la Salud Pública tiene la familia y el medioambiente, hace cada vez más necesaria la presencia de las enfermeras en la comunidad con lo que, comienzan a extenderse por todo el país. Estas son consideradas como verdaderos agentes de salud ya que, con su trabajo tanto a nivel de distrito como, a nivel escolar están contribuyendo activamente al saneamiento medioambiental, a la educación

sanitaria de la población, a la prevención de las enfermedades y al cuidado de la familia. Para todo esto fue necesario aumentar los conocimientos y las habilidades en áreas especializadas como tuberculosis, salud escolar, alteraciones mentales, con lo que a su vez se fue adquiriendo autonomía y prestigio profesional. Para Colliere, M.F. (1993:76) *"La formación y el ejercicio profesional de las enfermeras visitadoras, y más tarde del asistente social, darán muestras de progresiva liberación de estos valores debido a la necesidad de acceder a diferentes fuentes de conocimiento y a la obligación de estar en contacto con diversos modos de vida"*

1.1. Orígenes y Desarrollo de la Profesión en España.

Como hemos comentado anteriormente los inicios de la profesionalización de la Enfermería surgen en el s. XIX con F. Nightingale, nacida en Florencia en 1820 y fallecida en Londres en 1910 después de la guerra de Crimea, donde desarrolló una gran labor tanto a nivel organizativo como en el cuidado de los heridos. A su regreso al Reino Unido funda la Escuela de Enfermera en el Hospital de Santo Tomás de Londres en 1860, allí desarrolla el primer programa de estudios organizados, sentando las bases para una formación racional de Enfermería.

Esta enseñanza estaba regida por la reflexión sobre el objeto y las funciones de Enfermería y contribuye en gran medida a fomentar la capacidad de pensar por sí mismas, en lugar de inducirlas a asumir un cuerpo de conocimientos cerrado conducentes a la aplicación descontextualizada y mimética de los mismos. La enfermera, en su práctica profesional, debía ser capaz de trasladar los conocimientos básicos a las situaciones requeridoras de cuidado. Es de destacar la relevancia que

concede al medio ambiente como generador de salud o de enfermedad, explicitando como función básica de la enfermera: "colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él".

Sin embargo, Alvarez Nebreda (1994: 213) piensa que el proceso de profesionalización de la Enfermería en España estudiado por Domínguez- Alcón, aunque comienza a gestarse en la Edad Media con la existencia de trabajos relacionados con los cuidados con carácter remunerado, no va a cristalizar hasta finales de S XIX y comienzos del XX. Según la autora es entonces *"Cuando la Enfermería empieza a conceptualizar su función y a definir cuál es su espacio profesional, en un momento en la sociedad se beneficiaba de los resultados positivos de la Revolución Industrial, al tiempo que sufría las devastadoras consecuencias de las profundas transformaciones económicas, demográfica, sociales, y laborales, al aparecer enfermedades hasta entonces desconocidas, ligadas al sistema productivo, e incrementarse la incidencia de enfermedades infecto contagiosas"*.

Desde el punto de vista de la Enfermería en España nos interesa resaltar dos aspectos:

- Sus inicios legales y las características que adopta esta evolución.
- El origen de los centros y sus peculiaridades

Dentro de las primeras legislaciones de la profesión en España nos encontramos con tres tipos de profesionales: la enfermera, el practicante y la matrona. La primera noción legal sobre estos aparece en la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, (art. 40 y 41 Ley Moyano), donde se hace referencia a los títulos, a las condiciones de acceso y a los estudios necesarios.

En la Real Orden de 26 de Junio de 1860 y de 21 de noviembre de 1861, se plasman legalmente los estudios necesarios para la adquisición del título.

- Arte de vendajes y apósitos.

- Curas por aplicación de sustancias blandas, líquidas y gaseosas.
- Sobre el arte de practicar sangrías generales y locales, vacunación, perforación de orejas, escarificación y ventosas.
- Sobre el arte de dentistas y la pedicura. Siles, J. (1999: 243)

Una figura relevante en el S XIX es la de Concepción Arenal, fundadora del periódico "La Caridad de España", desde su sesión criticó las malas artes de las enfermeras, defendiendo por el contrario la labor ejercida por las Hermanas de la Caridad, debido principalmente a:

- 1) La calidad de sus servicios.
- 2) Al trato personal.
- 3) Al mantenimiento de las salas donde trabajaban ellas.

Para Arenal el fallo se debía, a no guardar los principios que debe respetar toda persona que se dedica a la enfermería y agudiza sus críticas sobre:

- 1) Falta de cuidado en la asistencia.
- 2) Honestidad.
- 3) Aseo.
- 4) Orden.
- 5) Mala alimentación.

Adelantándose a su tiempo, en 1870, ya señaló la necesidad de la unificación de la Enfermería y propuso para ello, la creación de una Escuela de enfermeras, donde se expidiera un solo título. Siles, J. (1999:254).

Con la Ley de Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 (art. 67), se establecen mecanismos para evitar el intrusismo, la legitimación de los títulos, nadie podía ejercer la profesión sanitaria sin un título oficial que le autorizase.

El Real Decreto de 10 de agosto de 1904, reorganiza los estudios de matronas y practicantes, especificándose que las mujeres pueden optar al título de practicante. La figura del Practicante pertenecía a la orientación técnica reparadora de los cuidados, derivada del modelo cuidador- auxiliar del médico. Sin embargo, el practicante gozaba de un cierto carácter autónomo en la ejecución de técnicas y funciones adscritas a su responsabilidad, aspecto que le proporcionaba cierto prestigio y reconocimiento social sobre todo en el medio rural.

Pero, la actividad desarrollada por las enfermeras, no será regulada legalmente como ocupación específica hasta 1915, año en que la ley autoriza a ejercer como enfermeras a aquellas personas que acrediten poseer los conocimientos necesarios para tal fin. Dichos conocimientos debían reponer al programa de formación que detallaba la propia ley. Con anterioridad a ésta, existía ya una formación específica para enfermeras, cuyos manuales se analizan en la obra de Domínguez Alcón (1986). Así según García, S. y

Calvo, E. (1995:73) *"se creó una ocupación sanitaria, la Enfermera, en 1915, distinta a la creada en 1857, e Practicante"*

En 1896 se crea la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría, fundada por el médico Federico Rubio Galí, primera en su género. La formación impartida era teórico-práctica, con una duración de dos años y que permitía la obtención de un certificado de aptitud.

La orientación de la formación de las enfermeras, aunque contenía conocimientos científicos y técnicos similares a los de los Practicantes, tenía además un fuerte contenido moral, donde se preponderaba los valores de obediencia, entrega, pureza, sacrificio, abnegación... El contenido funcional de la enfermera abarcaba los cuidados relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes y tareas relacionadas con los servicios hosteleros (limpieza, cocina, lencería...). También se responsabilizaban de tareas y actividades sencillas de ayuda al diagnóstico y ejecución de tratamiento (observación de síntomas, administración medicamentos, curas simples), mientras que las técnicas que requerían cierta complejidad las asumía el médico o eran asignadas al practicante, esto ayudó a situar

profesionalmente a la enfermera en una escala inferior a la de los practicantes.

No será hasta los años 1940/41 cuando se produzcan cambios tanto en el ámbito de la formación como en el de la práctica profesional, estos se van a originar propiciados principalmente por:

- 1º.- Los cambios introducidos en los planes de estudios, en las condiciones de ingreso y por una mayor formación.

- 2º.- Por la creación de los Colegios Profesionales por la Ley de Bases para la Sanidad Nacional de 1944, que aúnan a practicantes, enfermeras y matronas como una sola clase profesional, aunque a nivel de Consejo General seguían conservando las tres ramas. Otra novedad en los estatutos de estos colegios, es la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional.

En 1952, se sentaron las bases para la reorganización de los estudios, produciéndose definitivamente el 4 de diciembre de 1953 la unificación de los tres títulos, bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario. Esta unificación, contribuyó a un aumento en el nivel de estudio y la creación de una serie de especialidades que proporcionaron una formación más amplia y por tanto permitían una mejor asistencia "técnica", aumentando el número de profesionales que se dedicaban a la misma. También consagra a un tipo de profesional subordinado a otras profesiones, con un enfoque técnico que si bien respondía a la concepción de salud dominante de la época, trajo como consecuencia que los cuidados se centraran en torno a la enfermedad en lugar de "al estar enfermo", perdiendo de vista su propio objeto, el cuidado integral de la persona.

El enfoque tecnicista junto a las circunstancias socio-políticas que atraviesa España tras la guerra civil, van a ser un importante obstáculo para la incorporación de la Enfermería española al movimiento de desarrollo profesional que a partir de los años 50 comienza a instaurarse en Europa y en Estados Unidos. A mediados de siglo, la Enfermería mundial comienza a revelarse contra el

papel auxiliar que le habían asignado en el reparto de papeles tras la institucionalización y profesionalización de las actividades sanitarias y contra la escasa valoración que recibían los cuidados de promoción y mantenimiento de la vida desempeñado tradicionalmente por las mujeres.

Los cambios sociales que inician el movimiento de liberación de la mujer junto a la crisis del modelo biomédico entre otros, dan lugar al surgimiento de un nuevo paradigma de salud, hacen que la Enfermería rescate y revalorice su función de ayuda y cuidados para la nueva concepción de salud en cuanto su fomento y mantenimiento. Esta función comienza a representar el eje específico de su identidad profesional.

Con la entrada en vigor de la *Ley General de Educación de 1970*, se ofrecen dos posibilidades para el posterior desarrollo de los estudios de Enfermería: La formación profesional de Segundo Grado, o bien, la incorporación a la Universidad de los Estudios en Escuelas Universitarias. Por el Real Decreto 2128/77 de 23 de julio sobre la Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de

Enfermería, la titulación obtenida pasa a denominarse Diplomado en Enfermería, permitiendo recuperar de nuevo la palabra Enfermera y elevando el nivel de estudios.

El nuevo Plan de Estudio entra en vigor en el curso académico 1977/78. En él se establecen 4.600 de enseñanza teórico-prácticas, ajustándose al "Acuerdo Europeo sobre Instrucción y formación de las enfermeras, suscrito por los países miembros del Consejo de Europa, y ratificado por las "Directrices de Enfermería de la Comunidad Económica europea" de 27 de julio de 1977 (Directiva 452/77 y 453/77).

La filosofía que orienta la enseñanza de este nuevo plan es muy diferente a la anterior, siendo los criterios de elaboración notablemente más progresista y se concreta en:

- La incorporación al sistema de educación superior supone un mayor nivel de capacitación.
- El hecho de que los conocimientos que se imparten ya no son exclusivamente de otras disciplinas, por tanto se crea

la oportunidad de profundizar en el campo propio de conocimientos.

- Se permite a la nueva Enfermería asumir funciones más complejas y sobre todo las funciones que le son propias, en un contexto lejos de las actitudes de obediencia y sumisión de otras épocas.

Hasta aquí, la visión que se ha dado, ha sido de carácter general, ahora, nos gustaría dar unas pequeñas pinceladas sobre el desarrollo sufrido por la enfermería que se dedica al cuidado de la comunidad, llamada actualmente Enfermería Comunitaria.

Como hemos comentado anteriormente, en nuestro país, los avatares políticos de finales del siglo XIX y principios del XX nos mantuvieron bastante apartados del movimiento en pro de la Salud Pública que se estaba desarrollando en Centro Europa y de las nuevas corrientes en enfermería, el desarrollo de la Enfermería Comunitaria va a aparecer mucho más tarde. Los primeros precedentes podemos situarlos en 1904, año en que se dicta la Ley de Instrucción General de Salud Pública. En ella se

recomienda a las Juntas Provinciales de Sanidad, creadas por esa instrucción, la organización de unas comisiones de señoras a las que se les adjudicaran labores tanto de protección y fomento de la higiene en el embarazo, puerperio, lactancia y primera infancia, como de asistencia domiciliaria a enfermos pobres.

Otro hecho significativo lo constituyó la creación en Madrid de la Escuela Nacional de Puericultura en 1926, encargada de formar Enfermeras Visitadoras en el área materno-infantil, aunque la regulación de esta modalidad de ejercicio profesional no se efectuara hasta 1932 con la constitución por la Dirección General de Sanidad del Cuerpo de Enfermeras Visitadoras. Este cuerpo profesional desarrollará su trabajo en los dispensarios antituberculosos, en los centros de puericultura y en los centros de higiene rural. Estos últimos, con una clara orientación de salud pública, estaban dirigidos a "mejorar las condiciones higiénicas de la población rural, la lucha contra enfermedades infecto-contagiosas y sociales y contra la ignorancia de los principios de la higiene" (Rev. H. Pública. 1992: 8).

En 1917 se crea la Escuela de enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunidad de Cataluña y en 1933 la Escuela de Enfermera de la Generalidad de Cataluña, abría sus puertas con un programa de dos años de estudio y un tercer curso de especialidad. Entre las especialidades ofertadas se encontraba la de enfermera visitadora.

Pero el movimiento incipiente y esperanzador que estas actividades representan en el campo de la Salud Pública y de la Enfermería Comunitaria se verá bruscamente interrumpido por la Guerra Civil. Durante la contienda, la organización del servicio de enfermeras en el frente, en ambos bandos se caracterizó por la premura de tiempo, la falta de recursos materiales y humanos y por la escasa infraestructura sanitaria

Una década más tarde aparecerá la figura de la Instructora Sanitaria. Estas enfermeras, después de un proceso de selección y estudio en la Escuela Central de Instructoras Sanitarias, pasaban a desempeñar su cometido en las Delegaciones Provinciales de Sanidad, centrando su actividad en la realización de campañas generales de prevención e higiene.

A esta modalidad profesional se le sumaron a partir de 1955 varias figuras, todas ellas relacionadas de una u otra forma con el campo de la Enfermería Comunitaria. Entre estas figuras destacan las siguientes: las ATS Visitadoras del Instituto Nacional de Previsión, destinadas a realizar actividades de seguimiento y control de las incapacidades laborales transitorias; los ATS de Empresa, que trabajaban en los servicios médicos de empresa ejerciendo funciones de prevención y recuperación y los ATS de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) encargados de la asistencia domiciliaria en las áreas rurales y urbanas.

No obstante, habrá que esperar aún algunos años para que la Enfermería Comunitaria sea entendida en todas sus dimensiones. La separación entre las actividades asistenciales y las de salud pública; la orientación del sistema sanitario hacia la curación; el gran desarrollo de los servicios hospitalarios y la profunda vinculación y dependencia de las escuelas de enfermería por un lado a las facultades de medicina y por otro a los centros hospitalarios públicos y privados, explica el escaso desarrollo de la Enfermería Comunitaria en España.

1.2. El Concepto de Cuidar.

La acción de cuidar es una de las prácticas más antiguas en la historia de la humanidad. Todos los seres vivos, en especial los seres humanos, tienen o sienten la necesidad de ser cuidados. El término cuidar se define de diferentes formas aunque coinciden todas en su esencia. Moliner M. (1992:836) en su diccionario de uso del español lo define como: "ocuparse de... atender a que una cosa esté bien o no sufra daño... estar alerta... vigilar... prestar". Todas estas acepciones, aportan diversos conceptos del cuidado que lo hacen ser una actividad imprescindible de todo ser humano para su supervivencia.

Con el objeto de conocer a fondo el significado de los cuidados, los sujetos, el modo, la tendencia y la proyección social que han tenido a lo largo de la historia, así como la realidad y perspectivas de la situación de los mismos en la situación actual, es importante hacer un recorrido a lo largo de la historia del cuidar para comprender su evolución. Los cuidados son un término esencial en el origen e historia de la Enfermería y en la actualidad han

alcanzado su apogeo máximo, son denominados por diversos autores como: "La ciencia del cuidado".

En los animales superiores el cuidado aparece en el primer momento de la vida, en el nacimiento y se prolonga durante toda su existencia prácticamente; como necesidad básica se presenta sobre todo en la infancia, períodos de enfermedad y vejez.

Los cuidados se pueden considerar como el conjunto de acciones encaminadas a mantener y potenciar la vida así Donahue, M.P. (1987:35) dice: *" En principio, se cuida al otro para asegurar la continuidad de la especie, facilitándole lo indispensable para garantizar sus funciones vitales (alimentación, higiene, protección climatología, cobijo...). El amor y el interés por la familia y la tribu se extendieron a vecinos y a desconocidos. En su forma rudimentaria, este esfuerzo de servicio se concretó en el cuidado de los individuos que enfermaban"*

Ayudar a otros a vivir favoreciendo la satisfacción de sus necesidades ha sido una responsabilidad desarrollada en el ámbito doméstico, ejecutada por la mujer como algo vinculado a su papel en la sociedad y que se ha mantenido a través de los patrones culturales de transmisión social. Junto a esta figura de la mujer cuidadora- ama de casa, aparece la figura de la mujer consagrada o mujeres que se entregan a dar cuidados por vocación, este es el origen de las numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los huérfanos, enfermos y necesitados como ejercicio de la caridad en la Edad Media.

El carácter de cotidianidad de estos cuidados, unido al papel social desempeñado por la mujer y su asociación al sentido religioso cristiano, han sido uno de los factores que más han incidido en la infravaloración y escaso reconocimiento de los cuidados en el ámbito sanitario de tipo profesional. Sin embargo, los cuidados orientados a la curación y al tratamiento de las enfermedades, que desde épocas remotas contó con un reconocimiento institucional, generalmente asociado a figuras masculinas como las del chamán, el sacerdote, o el médico, han gozado de una alta compensación y consideración social. Así a

muchos de éstos se les reconocía el poder para interpretar lo que era bueno o malo, para descifrar y manipular las fuerzas ocultas de la naturaleza.

Con el desarrollo de la ciencia se fue creando otra mentalidad de carácter más científico, aunque básicamente las funciones desarrolladas eran las mismas. Su poder sobre la vida y la muerte a través del conocimiento es el móvil para que se institucionalicen los cuidados. Cuidar tiene una misión principal que es la de tratar la enfermedad.

Esta orientación del ejercicio de la medicina cambió sustancialmente la función de los hospitales y del personal que prestaba sus servicios en los mismos. El hospital, hasta entonces centro de acogida y refugio de enfermos y menesterosos, se polariza en la asistencia curativa, organizándose en torno al quehacer médico, con lo cual el personal dedicado a los cuidados pasa a desempeñar funciones auxiliares de la actividad médica. Se avanza así hacia un ejercicio profesional del cuidado cada vez más dependiente del saber médico. *"La enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos"* Robinson, W (1946) en Donahue, M.P, (1987: 2)

Esta situación inicia el proceso de profesionalización de los cuidados de Enfermería, configurado por dos orientaciones básicas:

- El modelo religioso de mujer consagrada.
- El que convierte a la enfermera en la auxiliar del médico.

Colliere, M.F. (1993:30) analiza la situación anteriormente descrita diciendo: *"Cuidar es ayudar a vivir aprendiendo a conciliar unas fuerzas diversificadas, aparentemente opuestas, pero de hecho complementarias. Los cuidados son fuentes de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos intentando evitar el sufrimiento."* En situaciones de normalidad, las actividades necesarias para nuestros cuidados se cubren de forma autónoma. Es decir cada persona es la proveedora de sus propios cuidados, se autocuida. Estos cuidados existen como actividad recíproca, es decir los cuidados de unos a otros como en el caso de los adultos autónomos hacia los grupos más débiles, niños, ancianos, enfermos..., en los que la capacidad de autocuidarse está disminuida de forma parcial o total, a este se le

denomina **sistema informal de cuidados** (familia, amigos, compañeros...).

Cuando los cuidados se profesionalizan e institucionalizan nos encontramos con el **sistema formal de cuidados** (personas o instituciones que formalmente desempeñan la función social de cuidar). Es el sistema formal de cuidados donde se encuentra enclavada la Enfermería como profesión. La Enfermería es el resultado de la profesionalización del cuidar, tanto es así que, podemos afirmar que los cuidados de salud son el objeto original, son la idea central de la profesión. A lo largo de la historia este sistema global de cuidados se ha ido configurando alrededor dos ejes básicos: Por un lado, todo lo que supone el asegurar y promover la vida y, por otro, el hacer frente al dolor, al sufrimiento y a la muerte. Planteamiento éste que ha generado dos formas principales de cuidar: los cuidados encaminados a promover la vida y, por tanto, la salud, y los orientados a contribuir a la curación de las enfermedades. Éste último ha sido el que se ha priorizado a lo largo de la historia, infravalorando los cuidados habituales.

El análisis que hace Colliere (1993:237) de éste fenómeno, pone de manifiesto dos términos anglosajones como *care* o cuidados habituales y *cure* o cuidados dirigidos a la curación. La autora continua diciendo que cuando prevalece el *cure* sobre el *care*, se descuida todo aquello que representa la fuerza viva de la persona, siendo habitual que se produzca un agotamiento de las fuentes de energía vital en cualquiera de sus dimensiones (física, afectiva, social...) *"La vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que está vivo"* La promoción de la salud y prevención de la enfermedad se materializa en todas aquellas acciones encaminadas a asegurar y promover la vida. Estas acciones contienen actividades actitudes y comportamientos dirigidos a garantizar el buen funcionamiento del organismo y el desarrollo de las capacidades básicas del ser humano, atendiendo a las necesidades de las personas en las distintas etapas de su ciclo vital.

Una distinción fundamental es la distinción entre el cuidado de los enfermos y el cuidado de la enfermedad. De nuevo es F. Nightingale en el S. XIX la que destaca la gran importancia de esta doble vertiente en el cuidado de la persona más que en el tratamiento de la condición. Con ella puede decirse que comienza la profesionalización de los cuidados de Enfermería. Es la precursora indiscutible de la Enfermería actual. Su esfuerzo por cualificar la función cuidadora de la enfermera pasó por recuperar el sentido más genuino de los cuidados y la formación teórico práctica necesaria para llevarla a cabo. Su obra recoge una crítica importante hacia el enfoque de cuidados basado en la enfermedad en lugar del enfermo y su entorno

Para Domínguez Alcón (1983) cuidar no es sólo una experiencia subjetiva y material. Existen circunstancias particulares como ideologías y relaciones de poder, que crean las condiciones donde ocurre el cuidado, y ello tiene consecuencias para quienes los realizan, lo prestan. Cuidar implica, entrar en relación con una persona, o grupo de personas con el objeto de ayudarlas. Cuidar es ofrecer al otro las posibilidades de desarrollar su potencial, de

elegir la mejor acción o solución en ese momento, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra.

Tanto para D. Orem (1990) como para V. Henderson (1971), los cuidados deben centrarse en una relación de ayuda a los individuos y a los grupos sociales para que sean capaces de llevar a cabo acciones de autocuidados, encaminadas a mantener y a fomentar la salud, a recuperarse de las enfermedades y a afrontar las posibles consecuencias de las mismas.

En la actualidad la palabra cuidar aplicada al ámbito de la Enfermería como profesión, responde a un proceso de atención individual y/o colectiva en situación de salud o enfermedad que, a partir de las necesidades identificadas y priorizadas, prevé los recursos necesarios para dar respuestas a esas necesidades, potenciando en todo momento la capacidad de decisión y de acción de las personas y los grupos.

1.3. Funciones y Responsabilidades de los Profesionales de Enfermería.

A la Enfermería podríamos definirla como el resultado de la profesionalización de la actividad de cuidar, tal es así que, podemos afirmar que los cuidados de la salud son el objeto original, la idea central de la profesión. La prestación de cuidados de enfermería está centrada en la persona como un todo, ella es la actora principal en la conservación de su salud, las enfermeras ayudan o facilitan su independencia, siendo absolutamente necesario el referirse a un cuerpo de conocimientos, que explicita el objetivo de los mismos, nuestra concepción de la persona cuidada, de la salud, de nuestro rol como enfermeras y la naturaleza de nuestras intervenciones. La enfermería requiere la aplicación de conocimientos, de un método y de unas habilidades específicas de la disciplina, que son imprescindibles en dicho proceso.

Sin embargo, el desarrollo de la Enfermería como profesión es relativamente reciente en nuestra sociedad, si la comparamos con otras profesiones; hasta hace poco años se le ha considerado como una ocupación, basada en la práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente, a través de la repetición continuada de unas mismas acciones, viéndose en la mayoría de los casos reducida su actuación a ejecución de técnicas,, acciones preparadas y dirigidas por otros.

La Enfermería del S.XX como hemos ido analizando retoma el **Cuidado** como elemento central del proceso de construcción de la profesión. Así los objetivos prioritarios comienzan a ser la delimitación de los cuidados específicos de Enfermería, definir el campo de competencia propio y el proceso de prestación de cuidados a ofrecer. La práctica profesional de la Enfermería se centra en cuidado como proceso de atención individual o comunitario, que partiendo de las necesidades y capacidades de las personas, moviliza los recursos del entorno para que los destinatarios de esos cuidados, cuando no están en circunstancias de hacerlos sin la intervención profesional, satisfagan sus necesidades. En esta línea una de las definiciones más aceptada

por la comunidad de Enfermería en el ámbito internacional, es la acuñada por V Henderson (1971: 14) *"La asistencia al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación de la misma (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte) actividades que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios"*

Desde esta perspectiva, la profesión de Enfermería tiene como objetivo primordial, ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida, identificando y analizando los factores que condicionan su situación de salud-enfermedad, prestándoles el apoyo necesario para los autocuidados y supliendo aquello que, por su situación, no sean capaces de realizar.

Como señala Chinn y Jacobs (1989), es desde los años 50, cuando los miembros de la profesión comenzaron con serios esfuerzos a desarrollar y articular teorías y modelos propios de la disciplina Enfermera, en los que se profundiza y desarrollan las características de los elementos fundamentales de la misma.

En este esfuerzo por el desarrollo de la profesión, cabe destacar la gran aportación realizada en los últimos años por numerosas autoras: F. Nigthingale, V. Henderson, D. Orem, E. Adan, H. Peplau, M.E. Rogers, C. Roy... dedicadas a desarrollar este cuerpo teórico propio, que han contribuido a hacer de la profesión de Enfermería una disciplina con importante base científica y humana.

Para Piulachs (1984:79): *"La Enfermería se convierte en una profesión que trabaja desde, con y para el individuo, familia y comunidad al objeto de mejorar la calidad de su vida examinando con él los factores causa-efecto, que originan su situación de salud o enfermedad y brindándole la ayuda y el acompañamiento necesario, desde la concepción hasta la muerte, para que sea él mismo el promotor de su bienestar y desarrollo personal"*

V. Henderson (1971:10), se expresaba al referirse a la dificultad que tenían las enfermeras, para ayudar al individuo a conseguir una buena salud en estos términos: *"Cabría decir que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber lo que necesita para mantener su vida o recobrar su salud. Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el*

apego a la vida para el suicida; la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo, y así sucesivamente".

La Enfermería es una disciplina que capacita a los profesionales de enfermería para trabajar en la dimensión pública y comunitaria de salud y en los distintos campos donde ésta se desarrolla. El grueso de los profesionales trabaja en la Atención Especializada o en Atención Primaria. Para ello se ve la necesidad de partir de la concepción actual de la Atención a la Salud

Los objetivos de la asistencia sanitaria y más concretamente de la Enfermería son la promoción de la salud individual y colectiva, a través de la actuación sobre los determinantes básicos de la misma; la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, procurando disminuir los factores de riesgo e impulsando el diagnóstico y el tratamiento temprano y la recuperación de la salud por medio de la curación y la rehabilitación. *"La misión de la Enfermería es ayudar a los individuos, familias y grupos a*

determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida, que puedan afectar a la salud, a la enfermedad, a la discapacidad y a la muerte" OMS(1993: 29)

En la Atención Especializada el énfasis se pone en la curación y rehabilitación mientras que en la Atención Primaria debido a su carácter más extensivo que intensivo; más global que parcial; más de promoción que de curación sus características de inserción en la comunidad y continuidad en la atención, abarca a la totalidad de los mismos.

El centro de su actividad va desde la persona (en situaciones de salud o enfermedad) considerado individualmente a la comunidad. La atención a la salud es pues una atención a la población entendida como conjunto. La atención prestada en el ámbito personal se sitúa dentro de las coordenadas comunitarias. El

diagnóstico, orientación, tratamiento y cuidados se realizan teniendo en cuenta las dimensiones sociales, culturales, económicas, familiares etc., y la programación global de salud en la comunidad. La persona se entiende como parte del grupo social al que pertenece, ubicado en un contexto concreto. Tan poco debemos obviar que la población está constituida por grupos diferentes, con necesidades, problemas e interés diversos a los que hay que aprender a reconocer en términos de salud y a trabajar con ellos en función de sus características y particularidades. Entre estos núcleos destacamos por su importancia para el trabajo en salud los siguientes: los grupos primarios como la familia o la comunidad sociológica; los grupos secundarios entre los que sobresalen los escolares, trabajadores o asociaciones ciudadanas; los estratos poblacionales en función de la distribución por edad y sexo; los grupos de riesgo; las agrupaciones territoriales como el barrio o el pueblo, etc.

En la Atención Especializada el centro de atención sería la persona que en un momento determinado de su vida pierde la salud de manera temporal o crónicamente y requiere la asistencia de manera puntual en hospitales o centros especializados, pero que posteriormente serán remitidos una vez solventado su problema a su centro de referencia o centro de salud.

Las funciones de Enfermería tanto en al Atención Especializada como en la Atención Primaria podríamos dividir las en cuatro apartados:

❖ **La función Asistencial o Proveedora de cuidados:**

Según Harmer B. (1958) citada por Henderson (1994:21) *"La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Este aspecto del*

trabajo de la enfermera, esta parte de su función, ella la inicia y controla, ya que es en lo que está especializada"

Desde el enfoque enfermera-cuidadora, centrado en las necesidades básicas de las personas y con un significado especial en el ámbito asistencial. Su cometido supone prestar cuidados integrales directas al individuo, familia o comunidad a través de la metodología propia enfermera, caracterizado por su enfoque hacia el bienestar, prestando cuidados a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad y poniendo especial énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

El trabajo realizado de forma autónoma que no individual, hace que a Enfermería se le identifique y reconozca tanto por los restantes miembros del equipo, como por la población donde tiene su área propia de trabajo y su quehacer específico. No obstante donde se organiza la planificación sobre las prestaciones de cuidados es en el seno del equipo, que será el que marque las líneas y pautas a seguir, de forma consensuada por parte de todos.

Para que la labor desarrollada por el equipo interdisciplinar sea fructífera, es necesario que en su seno se respete la autonomía y especificidad de quienes lo componen, tarea difícil debido, a la escasa cultura colaborativa y de participación que una mayoría de los casos existe. Teniendo en cuenta que la nueva distribución de papeles y que el trabajo en equipo lleva consigo el reparto del poder, aspecto que no todos se encuentran dispuestos a sumir según Aberdi, R.M. y Jimenez, M.O. (1992).

❖ **La función Docente.**

Consiste en asumir y dirigir la formación de los distintos niveles del personal de Enfermería y participar en la en la educación de la salud de las personas, grupos y comunidad.

Las actividades docentes desarrolladas en la Enfermería hacen referencia a diferentes campos y con los objetivos siguientes:

- La formación continuada de los profesionales, como elemento clave en el reciclaje y en la puesta al día de las enfermeras, con el objeto de dar respuesta a los nuevos

retos y necesidades de la salud de la persona y de la comunidad.

- La formación a los futuros profesionales.
- La colaboración en la formación de otros profesionales del equipo de salud

Todo ello encaminado a conseguir profesionales con una formación que les capacite para ser enfermeras competentes para hacer juicios independientes, ya que la enfermera es la mayor autoridad en los cuidados básicos de Enfermería y a la vez cualificada para poder transmitir y poner en situación a los futuros profesionales de adquirir tanto conocimientos, como destreza, y actitudes tendentes a ser profesionales preparados, expertos e independientes. Este tipo de Enfermería requiere una enseñanza liberalizadora, una base en las ciencias físicas, biológicas y sociales y la capacidad de utilizar un proceso analítico.

❖ Función Investigadora

La investigación es una parte esencial de la práctica de la Enfermería como medio fundamental para su mejor y el servicio que con ella se presta a la población. La investigación debe ir dirigida no sólo al campo de la enfermería sino además a colaborar y participar en otras investigaciones relacionadas con el campo y otros profesionales de la salud.

A través de la investigación podremos determinar las necesidades de salud; evaluar la efectividad y calidad de los cuidados prestados a los individuos, familia y comunidad de esta forma, los conocimientos generados irán engrosando el cuerpo de conocimientos propio y desarrollando las bases teóricas para la práctica de la Enfermería Comunitaria. *"Si la enfermería es, hasta cierto punto una ciencia, debe utilizar el método de estudio característico de ella. La investigación es el método más eficaz que se ha diseñado para encontrar unidad, orden o relaciones para poder establecer unas normas de conducta fiables... me parece que las enfermeras también se sentirán estimuladas trabajando*

en una atmósfera de investigación de su propia especialidad, no investigación médica" Henderson V. (1994: 46-49).

❖ **Función de Administración.**

La Constitución de 1978 recoge el derecho a la salud en su art. 43. La Ley General de Sanidad 1986 define le nuevo Sistema Nacional de Salud, cuyas características principales se basan en:

- Universalización de la asistencia
- Financiación pública.
- Atención integral
- Descentralización del sistema

Estos planteamientos exigieron de los profesionales sanitarios tanto una nueva reorientación de los servicios como del papel a jugar en ellos y de su formación. Con el objeto de que las actividades y funciones desarrolladas por los profesionales de enfermería en los distintos campos se realicen de forma sistemática, racional, ordenada, asegurando el uso adecuado de los recursos y como respuesta a las necesidades detectadas.

Muchas son las actividades que se desarrollan en este campo, desde la responsabilidad y autoridad directa o indirecta sobre los miembros del equipo y sobre las prestaciones al usuario, hasta cuando planifican programas, planes de cuidados o hacen seguimiento de las actividades y funciones que deben desarrollar otros profesionales.

El trabajo planificado y la utilización de sistemas de registros se hace cada vez más necesario como método para asegurar la continuidad en la prestación de cuidados y como instrumento para una posterior evaluación

Durante la última década nuestro Sistema Sanitario, al igual que los de la mayoría de los países de la Unión Europea según Poulter, J.P. (1990: 6-26) se han visto abocados a incorporar innovaciones que responden principalmente a dos requisitos:

- A) Contribuir a mantener o mejorar los niveles de calidad y acceso a los servicios ya logrados

- B) Frenar el crecimiento de los costes en que se incurre

A diferencia de otros momentos en que se incorporaron a las organizaciones sanitarias sistemas de gestión procedentes de sectores bien distintos, las reformas actuales parecen tomar muy en consideración las organizaciones profesionales, en las cuales las enfermeras, como los médicos, en el ámbito del ejercicio de su profesión, sin intermediarios valoran la necesidad, orientan la demanda, deciden el servicio y asignan los recursos para cada caso. Ortún, V. (1995: 298-299). Todo esto justifica tanto la función a desempeñar como la necesidad de formación para la gestión de los cuidados

Por tanto, las actividades derivadas de estas funciones, tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria son múltiples y variadas, como variados son los objetivos que tienen que contribuir a lograr. Entre estas actividades destacan:

1. Las de asistencia y cuidados, en el que se engloban todas las relacionadas con el diagnóstico individual, el tratamiento médico y la ayuda o suplencia para la satisfacción de las necesidades básicas que hayan resultado alteradas como consecuencia de la enfermedad o problema de salud.
2. El conjunto de actividades de información y educación para la salud que se llevan a cabo con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y promover los auto-cuidados.
3. Las acciones de salud pública, entre las que destacaríamos el control y saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, medidas de prevención primaria como las vacunaciones o prevención secundaria como los reconocimientos masivos, etc.

4. Las actividades relacionadas con las funciones de investigación, gestión, formación y docencia

Las actividades encuadradas en 1º, 2º y 4º apartados pueden realizarse indistintamente en los dos niveles de atención (AE y AP) mientras el tercero sería más específicos de la Atención Primaria.

1.4. Metodología de los Cuidados

La mayor parte de los cuidados sanitarios son cuidados de enfermería. En la actualidad y según datos de la American Nurses Association, la American Hospital Association y la Agency for Health Care Policy and Research (1994) existen unos 2,2 millones de profesionales de enfermería registrados en Estados Unidos y aproximadamente 4,5 millones en todo el mundo. Estos profesionales, como el grupo más numeroso dentro de los profesionales de cuidados sanitarios, trabajan no sólo en una gran variedad de lugares, sino que tienen que realizar funciones muy diversas; y aunque a nivel mundial existen más de treinta especialidades enfermeras, la mayoría de los profesionales son

generalistas, con responsabilidades tanto de provisión como de coordinación de cuidados de todos los proveedores.

Por todo esto, la atención de la salud desde el enfoque de los cuidados a los que se enfrenta la Enfermería, requiere la utilización de un método de trabajo que garantice la eficacia y continuidad de la de las acciones e intervenciones y como manera más eficaz en la búsqueda de soluciones a los problemas.

Esta sistematización se lleva a cabo a través de Proceso de Atención de Enfermería, (PAE) basado en las etapas del método científico. Para Alfaro-LeFevre, R. (1998:3): *"Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales."* Al mismo tiempo es un método muy útil para investigar; a través de él, podemos conocer el impacto de las acciones de enfermería en la salud de las personas y a la calidad de los cuidados que prestan.

Las bases del PAE se comienzan a sentar históricamente en el transcurso de una conferencia pronunciada por Lydia Hall, cuya idea central se basaba en que la asistencia sanitaria era un proceso: *"La asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente"*. Hall, L. En Hernández, J. Y Esteban, M. 1999: 127

El empleo del término P.A.E. y la discusión del mismo, comienza a hacerse popular en América del Norte durante los años sesenta; autoras como Roy, Orem y otras que han desarrollado modelos teóricos de enfermería, desde hace más de dos décadas, ya emplearon este enfoque del P.A.E. En 1967, un grupo de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica, entre los que se encontraban Yura, H. Y Walsh, M.B. (1967) identificaron las fases de valoración, ejecución y evaluación como fases integrantes del PAE; pero, dicha terminología no se fue generalizando hasta 1973 cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) publica las normas para la Práctica de Enfermería, por lo que en muchos estados inician una revisión de su modo de trabajo en base al P.A.E.

En Europa recibió un gran impulso cuando la oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud decidió hacer del P.A.E. parte integrante de su programa europeo.

Jara Puche (1978:10) define al P.A.E. como metodología de trabajo y como: *"El ordenamiento lógico de las actividades a realizar por la enfermera/o para proporcionar atención de enfermería al individuo, familia y comunidad, teniendo en cuenta las necesidades que presenten y el recurso existente"*.

En la misma línea Iyer y otros (1993:9) lo definen como: *"Un planteamiento científico para resolver problemas, basado en la reflexión y que exige unas capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia"*.

Este proceso se utiliza para identificar los problemas del individuo, familia, o comunidad, para planificar y efectuar de forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con dichos cuidados. Las características

fundamentales del Proceso pueden resumirse diciendo que es un método:

- **Sistemático**
- **Dinámico y flexible**
- **Centrado en la persona, familia y /o comunidad**
- **Orientado a la resolución de problemas para satisfacer las necesidades**

El Proceso de Atención de Enfermería, como método de trabajo para la prestación de cuidados, consta de cinco etapas:

Etapas del proceso de Enfermería.

- **Valoración.** Recogida y examen de los datos para reunir los Hechos necesarios.
- **Diagnóstico.** Análisis de los datos para identificar las capacidades y problemas reales o potenciales.
- **Planificación.** Determinación de objetivos y desarrollo de un plan de acción.
- **Ejecución.** Puesta en práctica del plan de acción y observación de la respuesta inicial.
- **Evaluación.** Decidir la eficacia del plan y hacer los cambios necesarios.

Figura nº 9: Fuentes. Alfaro-LeFevre (1998:5)

1ª Etapa de VALORACIÓN:

Esta fase consiste en la búsqueda de información que nos permita una primera determinación de la situación de salud del paciente. Para ello hemos de reunir toda la información (datos) relevante del estado de salud del individuo, mediante diferentes técnicas como la observación, la entrevista, consulta documentales... con la finalidad de que nos aporten una visión global de su persona, esto nos ayudará a identificar las capacidades o problemas del mismo, de la familia o de la comunidad, según sea nuestro objeto de atención de cuidados.

Directriz I de:

La Asociación Americana de Enfermería: Criterios

1. La recogida de datos está determinada por las necesidades del cliente.
2. Los datos se reúnen mediante técnicas de valoración adecuada.
3. En la recopilación de los datos intervienen el cliente, cuidadores informales y formales.
4. La recogida de datos es un proceso sistemático y continuo.
5. Los datos importantes se documentan en forma recuperable.

Figura n°10: Fuentes. Iyer, P.W. (1995.36)

2ª Etapa de DIAGNOSTICO:

Una vez recogidos los datos se procederá al análisis e interpretación de los mismos, pasando a identificar y enunciar los diagnósticos de Enfermería. La exactitud del diagnóstico dependerá de la pertinencia de los datos recogidos y va a ser lo que determine los objetivos a conseguir y las actividades a realizar para ello. Es decir que el diagnóstico junto con el resto del Proceso de Enfermería va a ser un todo; desligado de éste va a carecer de sentido.

Pero, ¿qué entendemos por diagnóstico de enfermería?. Muchas han sido las definiciones que se han dado referido a éste, para Carpenito, L.J. (1993:4) es: *"Una explicación que describe un tipo específico de problema o alteración de salud, que identifican las enfermeras utilizando el Proceso de Enfermería, y para solucionarlo disponen de actividades que lo prevengan, reduzcan o eliminen, que son de dominio legal o educativo de la Enfermería."*

En los últimos años se ha despertado el interés de muchos profesionales en este tema y concretamente en la taxonomía diagnóstica de la NANDA. En su IX Conferencia, definió a los Diagnósticos de Enfermería como: *"Formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que el enfermero/a es responsable."*

Esta etapa de *valoración y diagnóstico* puede agruparse en lo que se ha denominado proceso diagnóstico, que para Cuesta-Guirao-Benavent. (1994:17) *"Según el nivel de atención en que actúa la enfermera, el proceso diagnóstico se orientará a la detección de un tipo u otro de diagnóstico de Enfermería"*.

Las etapas del proceso del Diagnóstico son:

- CLASIFICACIÓN de los datos.
- INTERPRETACIÓN de los mismos.

- **VALIDACIÓN de los datos**

Los errores de esta etapa están relacionados principalmente con la recogida de información, la clasificación, interpretación y validación de los datos. De ahí la necesidad de que exista una clasificación universal, y es en lo que la actualidad se está trabajando. Algunas de las razones esgrimidas para dicha clasificación son:

1. La normalización de la nomenclatura de los diagnósticos y tratamientos de Enfermería. En este sentido la Agencia de Política e Investigación de Cuidados Sanitarios (1999:48) ilustran la necesidad de determinar la efectividad de la práctica enfermera. Para ello, debe determinarse la naturaleza de las intervenciones realizadas por sus profesionales. Esta tarea se ve dificultada por cuatro factores a) los múltiples y dispares términos utilizados para las intervenciones, b) la confusión entre la intervención, valoración y actividades de evaluación, c) la falta de conceptualización sobre la

esencia de la intervención, e) el escaso historial registrado acerca de la toma de decisiones de las enfermeras al elegir entre las intervenciones.

2. Ampliación del conocimiento de Enfermería sobre las relaciones entre el diagnóstico, tratamiento y resultados esperados.
3. Desarrollo de los sistemas de información de cuidados sanitarios
4. Enseñanza de la toma de decisiones a los estudiantes de Enfermería.
5. Determinación de los costes de los servicios proporcionados por los profesionales de Enfermería.
6. Planificación de los recursos necesarios para la práctica enfermera.

7. Lenguaje de comunicación homogéneo de la función única de Enfermería.
8. Articulación con los sistemas de clasificación de otros proveedores de cuidados.

3ª Etapa de PLANIFICACIÓN:

En esta fase se elabora un plan de cuidados, donde se establecen las acciones necesarias encaminadas a ayudar al individuo/ familia/ comunidad en los problemas identificados, teniendo en cuenta los recursos disponibles. En Enfermería Comunitaria, esta fase implica, determinar que acciones han de ser llevadas a cabo por las enfermeras, cuáles por la familia y cuáles por el individuo, llegando a un acuerdo con los mismos en cuanto a la predisposición de llevar a cabo el plan de cuidados, determinando quien o quienes lo asumirán.

Esta planificación es un proceso continuo que debe incluir:

1. El establecimiento de prioridades. Problemas más importantes a abordar.
2. Especificación de los objetivos: qué pretendemos conseguir y cuándo.
3. Determinar las intervenciones prescribiendo las acciones de enfermería y actividades del paciente que ayudarán a conseguir los objetivos fijados, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
4. Este plan de cuidados debe especificarse por escrito como estrategia para conseguir la unidad y continuidad de los mismos.

4ª Etapa de EJECUCIÓN:

Es la puesta en acción del plan de cuidados establecido. Consiste en ejecutar aquellos cuidados específicos y/o promover el autocuidado en las personas. En esta fase hemos de seguir recopilando información ya que pueden aparecer nuevos problemas, o quizás, hemos de retomar aquellas respuestas que no hayan sido la más adecuadas, es decir supondría lo que llamamos una evaluación continua. A la vez, hemos de conocer como evoluciona el usuario/paciente, la suma de estos factores, nos dará el funcionamiento del plan de cuidados que, como anteriormente hemos justificado es necesario que todas estas variaciones sean recogidas por escrito.

En esta etapa, donde se pone en marcha lo que es la Intervención enfermera, nos encontramos con el problema de lo que se le ha venido el lenguaje común. A nivel mundial y según Pacheco del Cerro, E. (1999: 20) las tendencias actuales se encuentran

orientadas por un punto de referencia, esto lo constituye el desarrollo de la práctica profesional. En este sentido el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se encuentra trabajando en un proyecto denominado Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE).

Los objetivos de la CIPE planteados por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1991:

- ❖ El desarrollo de un vocabulario unificado, estructurado y definido, que permite incorporarse a los utilizados en cada país con el fin de recoger datos de enfermería que puedan ser utilizables en el ámbito mundial y por tanto comparados.

- ❖ Describir los cuidados que la Enfermería dispensa a la población en los distintos contextos institucionales y no institucionales.

- ❖ Permitir la comparación de los datos de Enfermería entre distintas poblaciones y contextos clínicos, zonas geográficas y tiempos.

- ❖ Demostrar o proyectar las tendencias de la prestación de los tratamientos y cuidados enfermeros y la asignación de recursos a los pacientes según sus necesidades sobre la base de los diagnósticos de Enfermería.

- ❖ Estimular la investigación en Enfermería mediante enlace con los datos disponibles en los sistemas de información de Enfermería y los sistemas de información de salud.

- ❖ Proporcionar datos sobre la práctica enfermera para influir en la elaboración de las políticas de salud.

5ª Etapa de EVALUACIÓN

En esta última etapa se confrontan los resultados obtenidos con los objetivos establecidos en el plan de cuidados, constatándose la efectividad del mismo. El proceso es circular, es decir: sus etapas constituyen un ciclo inseparable, en el que no existe una división excluyente entre las distintas fases. En la práctica están tan estrechamente relacionadas, que todas ellas pueden estar presentes en una misma actividad.

Walton (1990) establece una serie de características del P.A.E. que deben tenerse en cuenta en la práctica de la Enfermería:

- A) Es un método para la resolución de problemas y a la vez un instrumento que facilita la toma de decisiones.
- B) Es un proceso adaptable, flexible, dinámico que le permite a la enfermera comunitaria adaptarse a cada situación.
- C) Es cíclico, permite una interacción continua.

- D) Está enfocado al individuo, familia y comunidad, siendo un proceso compartido.
- E) Es un proceso interactivo que promueve la comunicación y la participación entre la enfermera y cliente.
- F) Está orientado hacia las necesidades de los individuos, permitiendo anticiparse a éstas, previniendo los problemas. Este enfoque es necesario para conseguir el propósito de la Enfermería comunitaria "Proteger, promover y restaurar la salud de las personas"

En España desde hace unos veinte años se está intentando enseñar y aplicar. La dificultad más importante con la tropiezo el método es la propia organización de los Servicios de Enfermería que, en general, aun mantiene un cierto enfoque parcial y reduccionista de los cuidados. Y todo ello como consecuencia de la estructura y funcionamiento del Sistema Sanitario en su conjunto.

En definitiva, el P.A.E. a pesar de las dificultades conceptuales y empíricas que pueda tener, constituye un instrumento de trabajo altamente beneficioso en la prestación de cuidados de Enfermería, ya que nos permite realizar un plan de cuidados centrados en la persona y no en la enfermedad. No debemos olvidar que cada persona es única y responde a su entorno, estado de salud... de una forma particular; esto implica que las acciones de enfermería deben ser específicamente adaptadas a ella y no a su enfermedad. Además de ser un elemento imprescindible en el establecimiento de hipótesis de investigación.

PRIMERA

PARTE

CAPÍTULO III

**LA ENFERMERÍA EN EL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

1. LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OM) define el sistema de atención a la salud o sistema sanitario como: *"Un complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud de los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades; así como al medioambiente físico y psicosocial del sector de la salud y otros sectores afines"*. Si estamos en línea con esta definición es lógico deducir que el sistema sanitario institucional, en el que nos vamos a centrar, es tan sólo una parte de ese conjunto. La atención prestada por la familia, los amigos, la vecindad, los grupos de autoayuda, las organizaciones no gubernamentales, las actividades paraprofesionales o los propios autocuidados, son elementos básicos del sistema, aunque en la mayoría de los casos la referencia al mismo alude exclusivamente a la parte organizada institucionalmente, dejando oculta toda esta realidad.

Las causas que originan esta sustitución del todo por una de las partes, según Durán, M^aA. (1983: 101-102), son de varios tipos.

1. Está relacionada con la clara condición económica del sistema de salud institucional, que permite su visualización en términos económicos y de mercado.
2. Se refiere a la facilidad para distinguir sus elementos físicos, simbólicos, organizativos, (hospitales, consultorios, tecnología, uniforme, normativas.) etc.,
3. Es su capacidad de dar respuesta a situaciones de pérdida de salud que amenazan seriamente la vida o su normal desarrollo.

Por otro lado no podemos olvidar que los sistemas Sanitarios (SS) son un producto social histórico y que su concepto no es ni universal, ni unívoco ni inmutable. Por ello, para analizar y comprender el trasfondo de los SS sería necesario analizar una serie de elementos tales como:

- El trasfondo histórico de los SS y su contexto.
- La estructura de los mismos y sus funciones.
- El entorno de los SS es decir, financiación, recursos humanos y materiales disponibles, producción de los mismos, resultados...

En la figura nº12 se representan los entornos de Los Sistema Sanitarios, elementos imprescindibles a la hora de estudiarlos y poder evaluar su funcionamiento. En la columna de la izquierda nos encontramos con los actores, y en la derecha están cada uno de los elementos que hay que evaluar para conocer su funcionamiento. En el centro las denominadas relaciones

funcionales que son las encargadas de: regular, articular su utilización, gestionar y financiar dichos sistemas.

Marco para el análisis de los S.S.:

2º Estructura y función "¿Cómo son?"

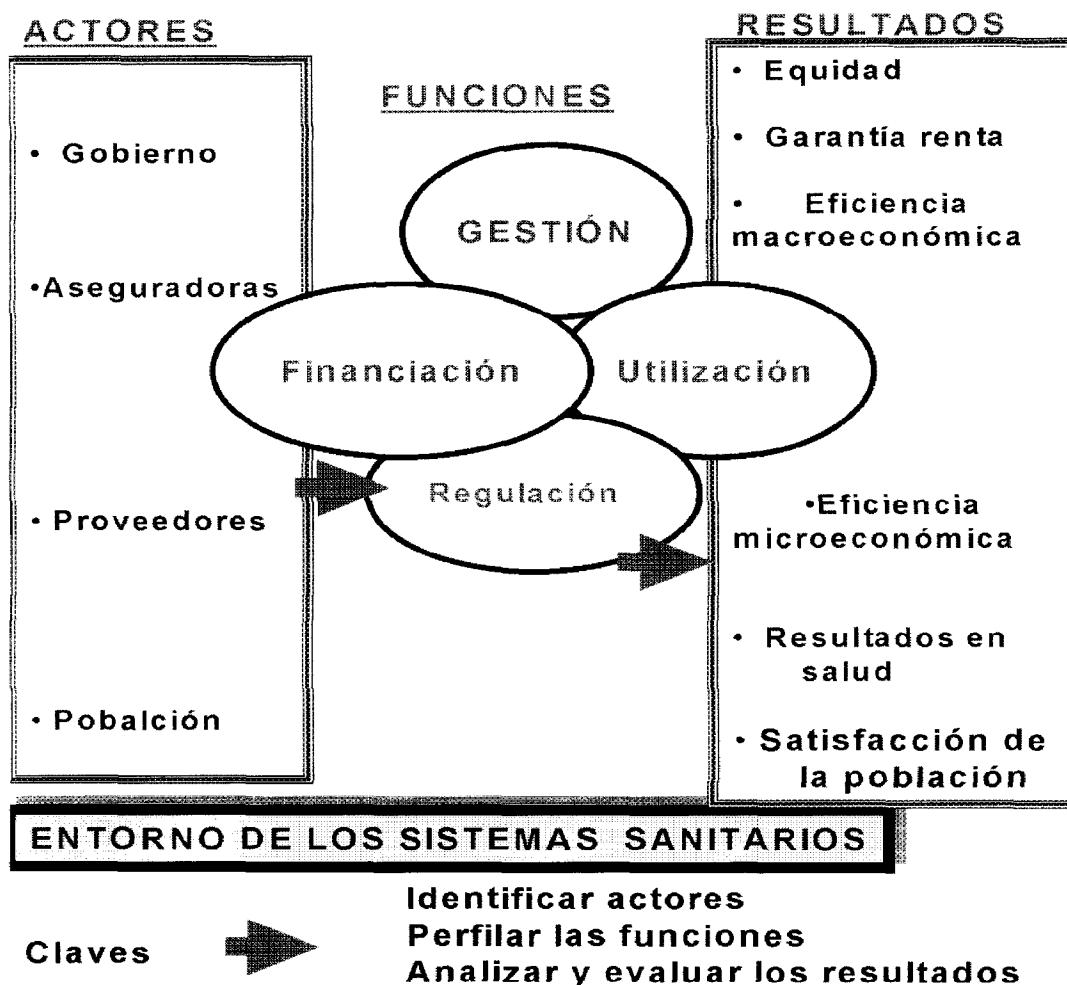


Figura nº12 Fuentes: Martín Zurro A./Cano Pérez JF.

2. MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS.

A lo largo de la historia, todas las colectividades se han organizado de una u otra forma, para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud. Esta respuesta evidentemente ha estado condicionada tanto por el imaginario social en torno a la salud, como por la estructura político-económica de cada sociedad y época. Pero sea cuales fueren las ideas sobre la salud y el régimen político y económico existente en cada una de ellas, en todas podemos distinguir varios tipos de actividades. Una práctica de auto-atención, una práctica profesionalizada asumida por la sociedad como oficial, que impone su hegemonía sobre las otras formas de asistencia, y un conjunto de prácticas paraprofesionales o alternativas, más o menos toleradas, según la época, por el sistema oficial.

Por otro lado, en las sociedades occidentales el desarrollo de la medicina científica *"Ha ido logrando dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes, e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado"*. Menéndez, E. (1990: 83).

En nuestra sociedad la organización pública de la atención a la salud es por tanto y fundamentalmente, la organización de la atención médica, en su vertiente individual y colectiva. Y el acceso de la población a los beneficios de la misma, el elemento diferenciador de los distintos sistemas de servicios de salud.

Actualmente las diferentes modalidades institucionalizadas de atención a la salud, en los distintos países occidentales, se pueden agrupar en tres grandes modelos en función del comportamiento de las variables que mejor pueden definirlo, según diferentes autores como (Vandale S y otros, 1985: 10-17; Terris M., 1982: 177-195; Oleaga, J.I. y De Manuel, E., 1988: 12-28; Roemer, M.I., 1980: 17-45; Moya V, y otros, 1993: 27- 44) son entre otras las siguientes:

- Tipo y nivel de cobertura.
- Forma de financiación.
- Modalidad de provisión de los servicios.
- Orientación del sistema.
- Organización estructural y funcional del mismo.

Según Marset,P; Saenz,JM; y Sánchez, A. en Martínez Navarro (1996:820) A partir de la Revolución Industrial cada uno de los SS pertenece a un de las diferentes regiones mundiales, según su ubicación en la estructuración y funcionamiento económico y político diferenciándose cuatro grandes tipos de servicios sanitarios:

A) Europa Occidental determinada por el desarrollo y consolidación de la clase trabajadora industrial que culmina con la construcción del Estado de Bienestar y en el que el SS se considera como un "servicio público" y, por tanto, es

responsabilidad del Estado su regulación, funcionamiento y existencia. En todos ellos desempeñan un papel importante el auge y la consolidación de los sindicatos de clase y de los partidos políticos de izquierdas.

- B) Los Estados Unidos de América donde existe un predominio exclusivo de la voluntad del capital que dio lugar a la introducción de la estructura de mercado en el funcionamiento de SS. La asistencia sanitaria no se considera como un servicio público. El modelo existente es liberal con el predominio de la medicina privada y de ahí que el Estado tenga que garantizar sus prestaciones a la población a través del Medicaid para indigentes y el Medicare para los mayores. Este concepto es el de Beneficencia.

- C) Europa Oriental hasta el hundimiento del sistema soviético en 1991, la asistencia sanitaria se asienta sobre el principio de servicio público gratuito, a cargo de los presupuestos del Estado. Desde la desmantelación de la Unión Soviética este modelo ha ido desapareciendo adoptándose fórmulas

intermedias entre el modelo de Europa Occidental y el norteamericano. Este modelo es el que han adoptado países como Cuba, China o Vietnam.

D) Países del Tercer Mundo los sistemas sanitarios los sistemas sanitarios poseen en su seno dos realidades distintas, que reflejan la dependencia con los países colonizadores: por una parte la base mayoritariamente de la población en la que persiste en mayor o menor medida la medicina tradicional, y, por otra, se encuentra la influencia venida de la acción económica e ideológica del núcleo metropolitano. Esta influencia occidental se plasma en:

- La medicina privada para la élite política y económica.
- La medicina asistencial ejercida por organizaciones religiosas y caritativas básicamente cristianas.
- La implantación de débiles redes de seguros de enfermedad para funcionarios públicos.

- La creación de estructuras sanitarias asistenciales para los trabajadores de las compañías que explotan los recursos naturales.

Evidentemente ninguno de los modelos que vamos a exponer se ajusta de forma total a la realidad de los países que podemos incluir en ellos, pero si nos da una idea global de las distintas forma que coexisten en este momento en nuestra sociedad.

2.1 Modelo Liberal o de Seguros Privados.

Este modelo se caracteriza por la no intervención del Estado en la asistencia sanitaria de la población, salvo en los casos de las personas indigentes, que no pueden hacer frente por ellas mismas al pago de la asistencia. El acceso a los servicios en este modelo está condicionado a la contratación de una póliza de seguros, ya sea ésta individual o empresarial, o al pago directo por servicios. Estos seguros no son obligatorios y están regulados por las leyes del mercado. Otra de las características del sistema americano es su orientación eminentemente reparadora e individual es decir

orientado básicamente hacia cuestiones terapéuticas, existiendo una clara separación entre los servicios asistenciales y los de Salud Pública. Los primeros pertenecientes al ámbito privado y los segundos a cargo del Estado.

Esta última cuestión (orientación reparadora) se ve influenciada por cuestiones tales como el interés de:

- Los propios médicos (incremento de las visitas).
- Las industrias farmacéuticas (multiplicación de los medicamentos).
- La tecnomédica (empleo creciente de medios diagnósticos y analíticos diversos)
- La asociación de hospitales (incremento de las estancias hospitalarias).

Todo esto ha llevado a la preponderancia de los especialistas -un 90% de la población médica- que perciben honorarios muy superiores a los médicos generales y en detrimento de la medicina preventiva con un presupuesto sanitario sólo de un 3%

Según Marset,P; Saenz, JM; y Sánchez, A. en Martínez Navarro (1996:820). Con la administración Clinton se hacen más evidentes las enormes desigualdades de la situación sanitaria. Los efectos de la crisis económica, con el inicio de la desindustrialización, el despido de los trabajadores y el aumento del paro real en 1993, unos 60 millones de personas se encuentran sin seguro durante algún tiempo. Es decir más del 18% de la población norteamericana está sin protección, y un 30% sin seguro o sólo con la cobertura de un programa público de beneficencia. Por eso, las críticas más serias que recibe esta forma de atención se centran en:

1. La incapacidad del sistema para garantizar la equidad.
2. La fragmentación de los servicios que impide un enfoque integral de atención.

3. El elevado coste que genera el control absoluto de los proveedores sobre los servicios que ofertan, al no disponer el usuario de los conocimientos suficientes para poder valorar técnicamente la necesidad y calidad del "producto" que se ve inducido a consumir -medios diagnósticos, terapia, consultas de seguimiento, etc.-.

4. El nivel de gasto no se corresponde con respecto al puesto que ocupa respecto a indicadores sanitarios, ya que está, en general, por detrás de Europa, que ya sea con un modelo u otro sanitario, desembolsa menos (en algunos casos la mitad) con mejor nivel de salud para el conjunto de la población.

El sistema prototipo de este modelo es el de EE.UU. En este país pese a que el gasto en salud supera el 15% del PIB en 1993, donde el 60% del mismo proceden de fuentes privadas, cifra muy superior al promedio de los países de la O.C.D.E. (8,2%), existen unos treinta y ocho millones de personas sin ningún tipo de cobertura y un número muy elevado que dispone de una cobertura insuficiente.

- ❖ El Medicare - programa de seguro de enfermedad federal para los ancianos - sólo cubre el 40% de los gastos sanitarios de sus asegurados.

- ❖ El Medicaid, destinado a dar cobertura a las personas sin recursos económicos o seguro empresarial, tiene serios problemas para garantizar el acceso real a los servicios; en primer lugar porque las empresas proveedoras de los mismos tienen una gran resistencia a atender a este tipo de usuario, dado que el Estado le paga una tarifa inferior a la que por el mismo servicio le abonaría una compañía de seguros privados, y en segundo lugar porque los proveedores tienden a instalarse en lugares alejados de las bolsas de pobres donde

reside la mayoría de la población cubierta por el Medicaid.

La financiación norteamericana en su conjunto es pública (42%) y privada (58%), pero la provisión de servicios está en manos del sector privado, que contrata con el Estado y con las compañías aseguradoras. Estas pueden fijar sus tarifas libremente, haciéndolo generalmente en función de la edad, la historia sanitaria del individuo y la exposición a riesgos de accidente o enfermedad. Los proveedores a su vez tienen un fuerte control sobre el mercado y pueden imponer sus precios, pues el usuario tiene acceso directo a los mismos, sin pasar por las aseguradoras, a las que se le factura una vez realizado el servicio.

Todos estos factores han llevado al sistema estadounidense a una profunda crisis. Situación a la que pretendió hacer frente el Gobierno Clinton con el Health Security Plan, en el que se proponía la universalización de los derechos sanitarios, una cobertura completa de los servicios y una reducción del gasto social, a través de una intervención estatal que racionalizase el sector. Terris, M. (1993); Navarro, V. (1994); Larizgoitia, I. y Marquez, I. (1995)

En estos momentos con la nueva composición del Congreso de los EE.UU. tras las últimas elecciones, que le dio la mayoría a las fuerzas republicanas la reforma ha quedado paralizada.

2.2. Modelo de Seguridad Social (SOE) o Modelo Bismark

Este modelo se caracteriza por un sistema de seguros obligatorios, cuya cobertura está asociada a la actividad productiva al igual que la financiación, que corre a cargo de los empresarios y trabajadores fundamentalmente, aunque en la mayoría de los países existe además una aportación estatal. No obstante el sistema es totalmente regulado por el Estado que ejerce una función tutelar sobre la Seguridad Social.

La modalidad de seguro obligatorio varía enormemente de unos países a otros. Moya, V. y otros, (1993: 27-44); ANDERSEN CONSULTING, (1993). Mientras unos tienen un seguro obligatorio general o por sector industrial específico, como es el caso de Francia, en otros, como en Bélgica, la oferta es diversa pudiéndose asegurar en cualquiera de ellos, o el caso de Alemania y Holanda, que tienen un seguro a los que están obligados a pertenecer los trabajadores con ingresos inferiores a un nivel determinado, mientras que los que superan ese nivel pueden optar por continuar en él o suscribir uno de los múltiples seguros privados.

La cobertura, en un principio, incluía únicamente a los trabajadores por cuenta ajena, pero poco a poco la prestación se ha ido haciendo extensiva a los familiares a su cargo, a los trabajadores autónomos y a los parados con subsidio de desempleo - Alemania, Francia, Bélgica, etc.-. En estos momentos el sistema acoge además a personas en situaciones de minusvalía, estudiantes de formación profesional o enseñanza superior (Alemania, Bélgica), ciudadanos sin recursos no protegidos por otra vía (Bélgica, Luxemburgo).

En aquellos países en que la cobertura no alcanza a la totalidad de la población, se dispone de un sistema de asistencia pública, para las personas con un nivel de renta insuficiente para poder hacer frente a los costes de los servicios sanitarios, como es el caso de Francia donde el 2% de su población está acogida a este sistema.

Otra fuente importante de variabilidad la ofrece la modalidad y tipo de prestaciones. En Bélgica, por ejemplo, la asistencia domiciliaria, cubierta por el sector privado y el sector público, no entra dentro de las prestaciones del seguro obligatorio, mientras que en Holanda se facilita a través de la cobertura básica del seguro, al igual que los medicamentos prescritos. Las necesidades cubiertas por el sistema en uno y otro país son también diferentes, pero en todos ellos existen una serie de seguros voluntarios que vienen a complementar la oferta de los seguros obligatorios.

Esta modalidad de organización evidentemente tiene un nivel de protección muy superior al sistema de seguro voluntario, garantizando la asistencia sanitaria básica a la mayoría de la población, pero sigue ofertando un modelo disociado de atención a

la salud (Salud Pública/ Asistencia Sanitaria; Atención Primaria/ Atención Especializada; Recuperación/ Prevención/ Promoción; Atención Individual/ Atención Colectiva), un tratamiento desigual en el acceso a los beneficios de la atención sanitaria y un planteamiento poco equitativo en el mantenimiento del sistema al gravitar fundamentalmente en cuotas de trabajadores y empresarios en lugar de utilizar la financiación vía impuestos.

2.3. El Modelo Beveridge o de Servicio Nacional de Salud.

Los aspectos más genuinos de esta forma de estructurar y organizar los servicios de atención a la salud los encontramos en su sistema de cobertura universal, basado en el reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos y, consecuentemente, en la financiación a cargo de los presupuestos generales del Estado. La titularidad del servicio es estatal, ejerciendo un control tanto sobre el sistema público como sobre el privado. Los principios básicos que orientan el sistema son: la universalidad, la equidad y la integración.

En este modelo de atención se tiende, no sólo a dar cobertura sanitaria a toda la población, sino a garantizar, a través de la eliminación de barreras geográficas, económicas, legales o culturales, el acceso de toda la población a todos los servicios sanitarios. Se trata con ello de asegurar para todos los ciudadanos igual oportunidad de beneficiarse de los servicios sanitarios y de los avances del conocimiento en el área de salud,

independientemente de sus condiciones económicas, sociales o culturales.

La integración, por otro lado, hace referencia al tipo de atención y a la organización de los servicios. El modelo propugna una atención individual, colectiva y medio ambiental, que tenga en cuenta la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la recuperación de la misma, a través de unos servicios integrados que engloben las actividades asistenciales y de salud pública.

Ejemplo paradigmático de este modelo lo tenemos en El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, primero de los países de economía capitalista que implantó un Servicio Nacional de Salud (1948). En él, el 85% de la financiación se obtiene de los impuestos directos, un 11% del Plan de Seguro Nacional al que tienen la obligación de contribuir todos los asalariados con ingresos superiores a un determinado nivel y un 4% que proviene de contribuciones directas de los usuarios y otras fuentes de ingreso. El sector privado, escasamente desarrollado, es utilizado por la población como un complemento al sistema público, pero no como un sustitutivo del mismo. La crítica que ha recibido este

modelo se centra en la preponderancia del hospital dentro del mismo, reflejada en una mayor asignación de recursos. La atención a esta crítica ha hecho que a partir de 1991 las reformas introducidas bajo el lema "trabajar para los pacientes" esté produciendo un desplazamiento constante de recursos y actividades hacia la atención primaria, como forma entre otras cosas de abaratar los costes del sistema. Moya V. y otros (1993: 27-44); ANDERSEN CONSULTING, 1993:22 -25) Oleaga, JI. y De Manuel, E. (1989: 12-28)

En estos momentos, entre los países europeos que disponen de un Servicio Nacional de Salud, se encuentra Suecia, Dinamarca, Portugal, Italia y España.

3. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Cualquier aproximación que se pretenda hacer al actual Sistema Sanitario Español (SNSE), tiene que tener en cuenta tanto su origen y evolución como el contexto de cambio en el que en este momento está inmerso.

En este punto vamos a detenernos en el contexto histórico que rodeó el cambio; después veremos y analizaremos la propia Reforma; y por último las peculiaridades de la misma en Andalucía.

3.1 Evolución del Sistema

Al igual que el resto de los países occidentales, España ha ido pasando de un sistema de asistencia social, a un modelo de seguridad social, llegando en esta evolución a aproximarse bastante al modelo de Servicio Nacional de Salud, tras la implantación de la actual reforma. Por ello, para comprender el sistema sanitario español actual hay que tener presente la progresiva constitución del mismo a lo largo del siglo XX, en tres momentos:

1. Predominio de la medicina privada a principios de siglo, simultaneada con un sistema de medicina rural creado en esos años (Asistencia, Pública Domiciliaria APD)
2. Hospitales de beneficencia heredados del siglo anterior
3. Los servicios municipales de medicina preventiva y salud pública.

La incorporación del modelo de Seguridad Social (basado en el modelo bismarckiano) al sistema sanitario español no tiene lugar hasta 1942, año en el que se pone en marcha El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y llevado a la práctica en 1944 y gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP). En principio este seguro únicamente cubría a los trabajadores en distintas ramas de actividad, por cuenta ajena con bajos ingresos y sus familiares, que venían a representar en aquellos momentos alrededor del 15 % de la población total española. El modelo elegido era similar al alemán o al italiano de aquellos momentos.

La actividad del SOE va creciendo paralelamente al proceso de industrialización de los años 60 y 70 creándose múltiples

hospitales. Las prestaciones cubiertas inicialmente eran la asistencia médica general y algunas especialidades quirúrgicas en régimen extrahospitalario, así como la prestación farmacéutica.

Con la promulgación en 1967 de la Ley de Base de la Seguridad Social, la cobertura se hace extensiva a todos los trabajadores sin límites de renta y se amplía enormemente la oferta de servicios a prestar a los asegurados. Se pasa así de un 15 % de cobertura a un 77% en 1976, llegando a alcanzar el 82% en 1982 con un gasto de 740 mil millones de pesetas. Elola, J. (1997:862) en Martínez F. y otros.

Junto a la red sanitaria de la seguridad social, existía un conjunto de servicios de carácter diverso dependientes de las distintas Administraciones Públicas (Departamentos Ministeriales, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, etc.) responsables de cubrir, según los casos, necesidades de asistencia sanitaria de grupos poblacionales no cubiertos por la Seguridad Social (Beneficencia, Sanidad Militar, Funcionarios del Estados, etc.) o prestaciones especiales como la atención a las enfermedades mentales o infecto-contagiosas (Hospitales Psiquiátricos, Anti-

Tuberculosos, etc.). El resto de las actividades tradicionales de Salud Pública, reguladas por la Ley de Base de la Sanidad Nacional de 1944, seguían estando separadas de la red de servicios asistenciales. En resumen hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad el Sistema Sanitario Español estaba conformado por una serie de redes asistenciales con funciones solapadas y sin coordinación entre ellas que podemos apreciar en la figura 9

Redes Asistenciales del Sistema Sanitario Español antes de la Ley General de Sanidad.	
ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene la Función Pública de Sanidad. ➤ Enfermedades de Trascendencia Social.
SEGURIDAD SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Base Mutualista. ➤ Orientación Reparadora. ➤ Cobertura no Universal. ➤ Financiación por cuotas. ➤ Recursos geográficamente mal distribuidos. ➤ Gestión puramente administrativa.
BENEFICENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corporaciones Locales. ➤ Atención psiquiátrica. ➤ Hospitales provinciales.
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitales Universitarios. ➤ Sanidad militar. ➤ Sanidad Penitenciaria. ➤ Cruz Roja. ➤ Iglesia.

Figura nº13. Elaboración propia. Barquero, A. 2001

El sistema se presentaba en esos momentos enormemente fragmentado, centrado fundamentalmente en la asistencia reparadora, superespecializado y altamente tecnificado, con una potente red hospitalaria (hospitales comarcales, provinciales, regionales y Ciudades Sanitarias) y una atención primaria escasamente desarrollada; un sector privado subsidiario del sistema público y una financiación fundamentalmente derivada de la cotización de la seguridad social, con serios problemas de organización y gestión y baja calidad en la atención extrahospitalaria.

Las profundas transformaciones sociales y políticas experimentados por la sociedad española en las últimas décadas cristalizan, en el ámbito sanitario con la creación del Servicio Nacional de Salud, al ser aprobada por las Cortes Españolas la Ley General de Sanidad de 1986.

Con la transición democrática (1977-1982) se produce un movimiento de transformación en el sistema sanitario público, que tiene su expresión más clara en la creación del Ministerio de Sanidad (1977), la confección de un Mapa Sanitario Nacional

(1978), la constitución del INSALUD (1978) y las transferencias en materia de salud a las CC.AA (1979-81). Cuberta-Galdós FJ. (1993)

3.2. La Ley General de Sanidad.

La promulgación de La Constitución Española de 1978, tras la caída de la dictadura, acelera el proceso de cambio que se viene desarrollando en el sistema sanitario español, y contiene tres previsiones que afectan directamente al sistema sanitario:

El Título VIII (art. 148) atribuye a las 17 Comunidades Autónomas las competencias sobre promoción y prevención de salud, así como la planificación territorial de los recursos y la coordinación hospitalaria, reservando a la Administración Central del Estado las bases y la coordinación general sanitaria.

En el art. 151 de la Constitución el mencionado reparto de competencias sobre la gestión de la S.S., incluyendo la asistencia sanitaria, sólo se atribuye a las Comunidades Autónomas históricas

Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado en la organización y tutela de la Salud Pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios (Art. 43).

En la figura nº 10 se describe el cambio sufrido por el sistema de atención a la salud hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Figura nº 14. Elaboración propia. Barquero. A. (2001)

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	<u>TRANSICIÓN</u> <u>HASTA LA LGS</u>
1976	Constitución Española
1977	Creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social
1978	Desaparece y se divide el INP del que dependían la asistencia sanitaria de la SS. Al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) gestiona la asistencia sanitaria
1979	Se inicia el proceso de Transferencia en Salud (promoción, prevención y planificación) a las CCAA
1981	Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social Ministerio de Sanidad y Consumo
1984	Se inicia la reforma de APS (R.D. 137/1934)
1986	Aprobación de la Ley 14/1986 de 25 de Abril (Ley General de Sanidad)

Las elecciones generales de 1982 dan la mayoría absoluta a las fuerzas socialdemócratas, propiciando con ello la orientación del movimiento de reforma hacia un modelo de Servicio Nacional de Salud. Paralelamente a esta evolución, en el plano internacional se dan dos tipos de fenómenos que van a afectar profundamente a la filosofía de la reforma sanitaria que empieza a gestarse en esos momentos y a su posterior desarrollo. Por un lado, nos encontramos con un cambio de paradigma en el campo de la salud, al que hemos aludido con anterioridad, del que se derivan todo un conjunto de orientaciones a tener en cuenta en la determinación de políticas de salud, recogidas en la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, Y por otro, con una crisis económica que obliga a una contención del gasto sanitario. Martínez, J. (1990)

En resumen y según Elola J.(1997:863) en Martínez F. los objetivos más relevantes de la reforma del sistema sanitario eran:

- La integración y coordinación de los recursos sanitarios públicos con el fin de hacerlos más eficientes.

- El control del gasto sanitario.

- La democratización del sistema, en el sentido de transformar un sistema corporativo, centralizado y opaco, en otro en el que los distintos agentes integrantes del mismo participaran en la toma de decisiones.

En este escenario se comienza en 1982 a diseñar la reforma sanitaria que va siendo plasmada en un conjunto de programas y acciones administrativas, entre las que destacan las Leyes Generales de Sanidad, Consumo, Medicamento y Alimentación.

La Ley General de Sanidad fue aprobada en 1986, tras sufrir importantes modificaciones en el proyecto original. En ella la idea de una financiación del sector sanitario público con cargo a los presupuestos generales del Estado, es sustituida por la de un sistema mixto de financiación. No se aborda en profundidad la relación entre el sector público y el sector privado; la participación queda fuertemente recortada; y el tema de las desigualdades entre comunidades y grupos está escasamente desarrollado. Estas modificaciones estuvieron motivadas, entre otras razones, por la fuerte oposición que determinados grupos de poder dentro del sector ejercieron durante la preparación de

la misma, y la situación de crisis económica general y muy especialmente la que atravesó la Seguridad Social en ese período. (Rodríguez JA. y Miguel JM. 1992)

No obstante, a pesar de las enormes resistencias que, la reforma en general y la Ley en particular, han generado durante su gestación y desarrollo, ha supuesto un importante avance en la extensión y orientación de los servicios de salud.

Los principios de la Ley General de Sanidad son los compartidos por con la generalidad de los sistemas sanitarios de los países desarrollados:

- Eficacia en la producción de la salud.
- Eficiencia en la utilización de los recursos.
- Equidad en el acceso a los servicios.
- Participación ciudadana en la toma de decisiones.
- Calidad en la prestación de servicio.

La Ley General de Sanidad, de aplicación en todo el territorio nacional, constituye la normativa básica para la ordenación del Sistema Nacional de Salud. En ella se propugnan como principios rectores del sistema:

- La orientación del mismo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- El desarrollo de la Atención Primaria como eje del sistema.

- La búsqueda de la equidad, a través de la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

- La participación comunitaria.

- La garantía de asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

Los aspectos que caracterizan el nuevo sistema de salud emanados de la Ley son los siguientes:

- A) Descentralización del sistema en diecisiete servicios de salud regionales correspondientes a cada una de las comunidades autónomas.
- B) Universalización de las prestaciones sanitarias, extendiendo la cobertura (99%) al total de la población.
- C) Enfoque integral de la atención, abarcando la promoción, prevención y recuperación de la salud en su dimensión bio-psico-social y la actuación sobre el medio ambiente.
- D) La financiación del sistema, que contempla el paso gradual de un modelo de cotizaciones a un modelo de financiación vía impuestos.

Financiación pública	80%
Financiación privada	20%

- E) La integración de todos los recursos sanitarios en un dispositivo único.

- F) La ordenación del sistema en dos niveles de atención, primaria y especializada, unidos en una estructura de gestión y coordinación denominadas "áreas de salud". Las Areas de Salud constituyen la estructura básica del sistema, extendiendo su acción a una población no inferior a doscientos mil habitantes ni superior a doscientos cincuenta mil, siendo responsable de las prestaciones sanitarias y de los programas de salud a desarrollar en su ámbito de competencia, así como de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de los servicios de salud comprendidos en su demarcación territorial.

- G) Provisión de servicios mayoritariamente público.

En este momento el desarrollo de la Ley y la implantación de la reforma está muy por debajo de los plazos previstos. Están aún coexistiendo estructuras y prácticas correspondiente al modelo anterior de servicio - red no reconvertida -, con las derivadas de la nueva organización. Esta situación se está viendo agravada por la crisis que a nivel mundial están atravesando los sistemas sanitarios, hecho que amenaza seriamente el avance de la reforma, obligada a cambiar de rumbo sin haberse desarrollado en su totalidad. (FADSP., 1994; SANCHEZ M. L, 1986: 59-68)

3.3. Características Básicas del S.N.S.E.

❖ Cobertura Universal.

El Sistema de Salud Español está constituido por El Sistema Nacional de Salud, que en estos momentos cubre prácticamente a la totalidad de la población (alrededor del 95 % en 1993), compuesto por el conjunto de Servicios de Salud de la Administración Central y de las Autonómicas, y un sistema privado formado por entidades individuales o colectivas con y sin ánimo de lucro, como asociaciones benéficas, mutuas de seguros, sociedades anónimas, etc.

PÚBLICO	%	PRIVADO	%
Seguridad Social (E. colaboradoras)	95% (1)	Seguros privados	6
Mutualismo S.S.	2	Seguro empresa	2
		No seguro.	1

Figura nº 15 Fuente: encuesta nacional de salud 1993 Elola (1994) en Martínez (1998).

❖ **Acceso equitativo.**

Aunque existen pocos datos sobre la consecución de este objetivo, si se han señalado desigualdades en la distribución de recursos sanitarios según Girón y cols el mayor gasto sanitario por persona se tenía en Navarra frente al menor gasto per capita que se detectaba en Galicia. Estas desigualdades se mantenían en 1993 *Elola (1999)*

❖ **Financiación pública.**

La financiación del sector público corre a cargo de Los Presupuestos Generales del Estado, que tiene la mayor contribución. Aproximadamente un 80% del gasto sanitario público en la actualidad corresponden a ingresos del Estado, frente al 20% de cotizaciones sociales y una pequeña partida derivada de tasas y otras fuentes (7,5 %).

El sector privado se financia por el pago directo de los usuarios, por la modalidad de seguros voluntarios o por el régimen de concierto con la administración pública que constituye una de las

fuentes principales de ingreso para las empresas del sector. Dicho sector tiene una participación minoritaria en el gasto sanitario, cubría en 1986 a unos seis millones de personas, la mayoría de las cuales están cubiertas por el sistema público. En la actualidad estas cifras están variando considerablemente siendo muchos los usuarios que tienen primas aseguradoras privadas.

Según las estimaciones de La Comisión Nacional de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991), el gasto público en sanidad representaba el 77,4 % del gasto total en salud, lo que equivale a un 5,3% del PIB. A partir de 1994 la financiación ha crecido a la misma tasa nominal que la del PIB. Este acuerdo entre comunidades Autónomas y Administración debe revisarse en el período 1998/2002.

❖ **Provisión pública y privada de los servicios.**

El sistema de provisión de servicio en el sector público es fundamentalmente de titularidad estatal o autonómica, constituyendo la entidad empresarial más importante dentro del ámbito sanitario. El personal que trabaja en el sistema está en su

mayoría vinculado al mismo por un régimen estatutario. La planificación, organización y gestión de los mismos, corre a cargo de los servicios de salud de las comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias en materia de seguridad social, constituidos generalmente como organismos autónomos dependientes de la Administración Regional o del INSALUD, entidad gestora de la Seguridad Social a cargo de la asistencia sanitaria de las comunidades autónomas que aún no tienen completado su proceso de transferencias.

Los servicios públicos presentan una estructura de atención jerarquizada, actuando el nivel primario como puerta de entrada al sistema. Es responsabilidad del primer nivel prestar atención al individuo, familia y comunidad mediante programas y actividades de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación a través de medios básicos y equipos de apoyo a la atención primaria. El nivel especializado da atención a problemas de salud que requieren recursos y tecnología de mayor complejidad, prestando sus servicios en régimen ambulatorio o mediante hospitalización.

En las zonas donde se ha puesto en marcha la reforma cada área de salud dispone al menos de un Hospital General y un número determinado de Zona Básica de Salud, unidades territoriales y funcionales de atención primaria que agrupa entre quinientos y veinticinco mil habitantes en un radio no superior a treinta minutos. En cada una de estas zonas se ubica un centro de salud, sede del equipo de atención primaria y un dispensario por cada municipio incluido en la zona.

No obstante, a pesar de estas características básicas el sistema presenta una gran variabilidad, derivada de la aplicación del estado de las autonomías, de las diferencias existentes entre las distintas regiones y zonas del estado y de los continuos procesos de transformación social que obliga a una permanente adaptación de las estructuras.

❖ **Asistencia integral.**

Supone la gestión integrada de todos los servicios y actividades sanitarias públicas superando la disgregación previamente existente entre actividades preventivas, médico-curativas e integrando la salud mental dentro del sistema sanitario.

3.4. Las Nuevas Fórmulas de Gestión en el S.N.S.E.

Como hemos ido argumentando la creación del Sistema de Salud en España, fue trascendental en la historia sanitaria del país por varias razones:

- Ayudó a resolver los problemas de las distintas dependencias administrativas.
- Permitió realizar una integración organizativa y funcional entre todas las dependencias.
- Fue el primer paso para la racionalización económica.

- Permitió avanzar en la articulación de los profesionales y acometer todos los problemas de la atención sanitaria española.

Pero al igual que el resto de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, éste se ha convertido en una gran empresa de servicio público, que cuenta con mayor número de empleados, con mayor complejidad organizativa y con mayores dificultades para medir sus actividades y para definir sus propias limitaciones.

Según la Federación de Asociaciones por la Defensa de la Sanidad Pública (1996:11-14) su contenido sigue siendo básicamente asistencial, medicalizado y hospitalocéntricos. Todos estos aspectos han hecho que los costes de los sistemas sanitarios, no han cesado de crecer en los últimos 50 años, llegándose a convertir en un serio problema. Esto ha llevado en España en esta última década, a buscar alternativas de gestión que se agrupan en tres bloques de medidas:

1. Privatización de la financiación a través de sistemas de copago y limitación de las prestaciones.

2. Ruptura del aseguramiento mediante fórmulas que fraccionan el aseguramiento público, estableciendo sistemas en que los ciudadanos pueden elegir opciones alternativas al Sistema Nacional de Salud.
3. Privatización de las provisiones de servicio, bien mediante el incremento de la provisión privada (concertos, acceso a compañías privadas etc.), o a través de la desregulación del sector sanitario público, que puede tener varias versiones
4. Empresas públicas y /o fundaciones
5. Desintegración de segmentos rentables del sector público.
6. Potenciación de cooperativas profesionales para su concertación con el sector público.

¿Pero cómo se intentan gestionar los recursos sanitarios en la actualidad? En nuestro país las nuevas fórmulas de gestión se están llevando a cabo en virtud de la ley 15/1997 que dice: *"La gestión de los centros y de los servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevara acabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como Empresas públicas, consorcios, o fundaciones en los mismos términos que las ya creadas u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico"*

En definitiva estas son empresas que gestionan determinados recursos sanitarios públicos y que sustituyen el derecho administrativo y el régimen del personal estatutario por el derecho mercantil y el régimen laboral privado. *"El régimen jurídico del personal que preste sus servicios en estas entidades tendrá la naturaleza jurídica establecida en las normas específicas reguladoras de cada una de las nuevas formas de gestión"*

La justificación a estos nuevos modelos de gestión, según sus impulsores, está en la necesidad de conseguir mayor flexibilidad organizativa y de gestión de los servicios sanitarios, mejorar el control de sus costes e incrementar el nivel de flexibilidad presupuestaria, laboral y de contratación. *"La dotación de personalidad jurídica a los centros y servicios, está orientada a otorgar autonomía real para que éstos se responsabilicen de los resultados de su gestión"* Ley 15/97. Responden a las exigencias del proceso de convergencia europea de reformar y abaratar el mercado de trabajo, de reducir el sector público y de cambiar la gestión de la Sanidad Pública

EL INSALUD en su documento sobre Las Fundaciones Públicas Sanitarias. Memoria sobre la necesidad jurídica de la iniciativa. (Enero del 2000: 33) a modo de conclusiones resaltaba.

- ❖ La iniciativa se enmarca en una mejora de la gestión pública de los centros.

- ❖ Los centros u hospitales que se acojan a esta figura dispondrán de mucha y mayor autonomía y flexibilidad en su gestión.
- ❖ Se trata de un intento de hacer compatible la autonomía de gestión con el mantenimiento del régimen actual del personal estatutario.
- ❖ La figura se enmarca en el gran reto del sistema sanitario público: no sólo innovar en "lo nuevo", sino transformar lo preexistente.

Para la Asociación Galega para la Defensa de la Sanidad Pública (1996:28-32) los aspectos positivos radican en.

- ❖ Se plantea mejorar la eficiencia del sistema aumentando la productividad, una utilización intensiva de los recursos, un mayor control de los costes y de los incentivos de los profesionales.

- ❖ Promueve experiencias para la mejorar la gestión de recursos.
- ❖ Son experiencias limitadas que permiten valoraciones posteriores.
- ❖ Pretende abordar problemas de rigidez laboral con medidas que promuevan mayor flexibilidad en la organización y gestión de recursos.

Los aspectos negativos que destaca son:

- ❖ Incremento del gasto sanitario como consecuencia de amortizar inversiones y de incrementar la producción de servicios pertinentes o no.
- ❖ Deterioro de los actuales centros hospitalarios, que pierden inversión, recursos y profesionales.
- ❖ Desestructuración global del sistema.

- ❖ Pérdida de seguridad en el trabajo para los trabajadores y precariedad en el empleo.
- ❖ Cesión de todo el poder a los gestores (contratación, despidos, incentivos, objetivos)
- ❖ Pérdida de calidad asistencial de los centros.
- ❖ Riesgos de privatización del sistema que crearía desigualdad.

Todo esto, cuando la finalidad del SNS según Sánchez Bayle (2000: 19) *"No es el ahorro o la obtención de los buenos resultados económicos, sino la mejora de la salud de la población."*

4. LA CRISIS MUNDIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

Los Sistemas de Salud en Europa, en los últimos años están sufriendo reformas la mayoría de ellos. Este movimiento se produce independientemente del signo de la fuerza política gobernante y del modelo de servicio de salud existente en cada país. El elemento común a todas las reformas es la preocupación por el crecimiento de los costes en el sector y la búsqueda de la eficiencia más allá de la mera contención del gasto. Se trata de conseguir la mejor productividad y calidad en la atención a la salud con los menores costes posibles.

Los sistemas sanitarios públicos y los servicios que prestan, constituyen uno de los logros más valorados por la población, obligando a los diferentes gobiernos a acometer la reforma, que la crisis económica exige, pero con precaución y cautela. Esta preocupación por racionalizar los costes de los servicios sanitarios, hay que situarla en la crisis generalizada que está atravesando en este momento el Estado del Bienestar.

La creación del Estado del Bienestar introdujo importantes mecanismos correctores en el sistema de distribución de la renta, mediante políticas fiscales de actuación sobre ingresos y gastos públicos. Estas políticas estaban orientadas a posibilitar la redistribución de la renta, mediante un sistema de prestaciones sociales y mejoras salariales, que garantizaran a todos los ciudadanos una cobertura suficiente de las necesidades básicas. Se trataba de alcanzar un cierto nivel de equidad sin cuestionar las bases del sistema de producción y generación de riquezas propias del modelo capitalista

La teoría de Keynes intentaba paliar los efectos de la depresión actuando sobre la demanda a través del estado y evitar la crisis cíclica de los modelos capitalistas y, con ello, el peligro de una revolución. Según Marset, P.; Sáez, J.M.; y Sánchez, A. en Martínez F. y otros (1996: 824) se pretende asegurar:

- A) Un nivel adecuado de consumo interno gracias a la existencia universal de prestaciones en caso de ausencia de salario (subsidio de paro, vejez, enfermedad, pensiones).

- B) La producción, mediante iniciativas de gran envergadura en infraestructuras (autopistas, hospitales...) o en adquisiciones (servicios públicos, militar), para promocionar el consumo general y así la actividad del complejo industrial.

- C) La transformación de la fuerza laboral proletaria en un trabajo asalariado adecuado, presente en el mercado laboral (educación, investigación, sanidad etc.)

- D) La legitimación del sistema capitalista ofreciendo prestaciones sociales que favorezcan a los trabajadores se identifiquen con el Estado y con los objetivos del capitalismo y, de esta forma, se separen de los ideales socialistas

La crisis económica de los 70 puso de manifiesto la incapacidad de este modelo para dar respuesta a la nueva situación planteada por la misma, de ahí, surge la necesidad de ofrecer alternativas a los problemas que adquieren una importancia creciente como: la necesidad de conseguir que la nueva fuerza laboral se adapte a las

nuevas condiciones (movilidad, paro estructural, formación); la mayor relevancia de la integración del capital y de los productos (globalización de la economía) y la reconversión de sectores o regiones incapaces de sobrevivir en medio de la lógica extrema de la competitividad a escala mundial.

Por otra parte, la disminución del crecimiento económico, la inflación, la crisis fiscal y por tanto la reducción de presupuestos para el gasto público, y sobre todo, el comienzo del desempleo masivo, ha mostrado no sólo las limitaciones de esta fórmula social, sino también sus contradicciones. El aumento del gasto público para atender a una demanda de servicios cada vez mayor, unida al desempleo masivo que provoca el crecimiento tecnológico y el aumento de la masa salarial, está llevando a los estados a un endeudamiento cada vez mayor.

Las estrategias planteadas para racionalizar las políticas sociales en el mundo occidental y que se han ido poniendo en marcha en la década de los ochenta para cristalizar en los noventa son las siguientes:

- 1) Ahorrar costes en el inicio del proceso concreto de cada servicio público.
- 2) Transformar los programas regidos por principios condicionales (atender a los que se encuentren en determinadas circunstancias) en programas finales de aplicación discrecional (atender siempre que sea conveniente).
- 3) Modificar y limitar el acceso a las prestaciones.
- 4) Privatizar servicios públicos, es decir, trasladar algunas tareas sociales a sistemas parafiscales, privados o pseudopúblicos, de manera que las fuerzas económicas de los ciudadanos determinen el reparto de cargas y de beneficios. Marset, P.; Sáez, J.M.; y Sánchez, A. en Martínez F. y otros (1996:825).

En los sistemas de salud, esta situación de crisis se ve agravada por una serie de factores con una fuerte capacidad de influencia en el aumento del coste sanitario, que hace difícil conseguir lo que Ortún V. (1992) considera que son los objetivos básicos de todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados en estos momentos:

- Racionalizar el gasto.

- Lograr un buen nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema.

- Obtener buenos indicadores de efecto.

Entre los factores que más están contribuyendo en la actualidad a elevar los costes de atención sanitaria están:

- El envejecimiento de la población, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas.
- La quiebra del sistema de cuidado informales que representaba la familia, haciendo recaer sobre el estado y sus servicios la atención que en otros momentos era prestada por el núcleo familiar
- La fuerte penetración de la biotecnología que contribuye a incrementar los costes, al no reducir de forma sustancial la mano de obra o incluso elevarla y al aumentar la demanda interna de los "nuevos productos" o recursos tecnológicos; el aumento de las expectativas de la población sobre los servicios sanitarios, exigiendo cada día una mayor cantidad y calidad de las prestaciones

- El incremento general de la masa salarial en un sector donde los recursos humanos tienen un peso fundamental dentro del sistema, dado el tipo de servicio personalizado y profesionalizado que requiere, y la cada vez más usual, práctica de una medicina defensiva que conlleva una elevación de las pruebas diagnósticas como mecanismo de defensa ante una posible acción judicial que pueda derivarse de las consecuencias negativas de la acción médica.

Según Vicente Ortún (1992:17) junto al problema de la elevación de costes, los sistemas sanitarios se enfrentan a una serie de dificultades a las que es preciso hacer frente si se pretende mejorar la eficiencia. Entre estas dificultades destacan: la falta de información sobre la efectividad y costes de muchos servicios sanitarios; la abundancia de incentivos perversos dentro del sistema al no producir preocupación por la eficiencia en los actores del mismo; el escaso desarrollo de la atención primaria; la influencia de la industria farmacéutica que previene a los gobiernos de una regulación sanitaria más efectiva y la asociación entre la satisfacción de los usuarios y el voto, que ha desplazado

el énfasis desde las necesidades técnicamente definidas, a las necesidades expresadas por la población

López, G. e Infante A., (1991) piensan que preocupación central para la mayoría de políticos y gestores en Europa, la constituye el aumento del gasto sanitario público y la forma de controlarlo, junto a una preocupación por la satisfacción de los usuarios. Postura economicista-empresarial a la que se opone según López Fernández, LA. y Aranda, JM , (1994: 13-37) toda una corriente de opinión enmarcada en la filosofía de la promoción de salud y la atención primaria. Desde la perspectiva economicista-empresarial las soluciones que en los países europeos se vienen apuntando son: separación del sistema de financiación del de provisión de los servicios; introducir mecanismos de competencia entre proveedores y limitar las prestaciones. ANDERSEN CONSULTING, (1993)

En nuestro país esta preocupación quedó perfectamente reflejada en El Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud creada por decisión parlamentaria en Febrero de 1990, conocida con el nombre de Comisión "Abril Martorell". Las medidas propuestas por esta comisión tras el estudio del sistema se caracterizan por una fuerte idealización del mercado como mecanismo para lograr una mayor eficiencia dentro del sistema, la orientación hacia las necesidades expresadas por los usuarios como forma de alcanzar una mayor satisfacción en los ciudadanos, un fomento del sector privado que estimule la competencia entre proveedores y una fuerte confianza en la gestión técnica.

Entre las recomendaciones emitida por la comisión destacan: introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y "compras" de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión; facturación de todos y cada uno de los actos de asistencia médica; fomento de la contratación de servicios con el sector privado; la transformación de las instituciones sanitarias en empresas públicas de derecho privado; flexibilizar las relaciones laborales; introducir la competitividad

en la provisión de los servicios por medio de la libre elección de médico y centros; dotar de autonomía de gestión a los centros; dar participación directa al usuario en la financiación a través de la introducción de tickets moderadores; definir un nivel de prestación básica gratuitas y un nivel complementario voluntario, etc. (COMISIÓN NACIONAL DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1991).

Desde la perspectiva de los defensores de la salud pública estos enfoques amenazan seriamente la equidad del sistema y dificultan el desarrollo de políticas de salud centradas en la promoción y prevención de la enfermedad, el enfoque colectivo de los problemas y el proyecto de atención integral que supone la reforma de atención primaria. FADSP, (1994). Como plantea Johnson, N., (1990: 239-266) *"Necesitamos buscar nuevas vías de organización, proveer y financiar el bienestar; pero se habla demasiado de crisis; los gobiernos conservadores están demasiado contentos de aceptar y, en realidad, de promover, la noción de crisis desde el momento en que ésta legitima las políticas de repliegue y rebajas de las expectativas. Las teorías de la crisis también conducen a políticas de desesperanza en las*

que desaparece la ilusión, además de las expectativas de mejora. Si descartamos la noción de crisis podemos empezar a mirar constructivamente hacia nuevas vías de hacer frente a la necesidad".

PRIMERA

PARTE

CAPÍTULO III

*LA FORMACIÓN EN LA
GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.*

0. INTRODUCCIÓN.

Hoy día, estamos asistiendo, en el mundo occidental, a una verdadera revolución en el campo empresarial, la transformación de las organizaciones es una de las finalidades que se persigue. Para ello, se están siguiendo los principios de lo que se ha dado en llamar la reingeniería de procesos (reconsideración total de las estructuras y procesos de negocio de una empresa). Esta nueva realidad según Casado J.M. (2000:21) que se ha dado en llamar "eEconomy", está configurando un nuevo orden de mercado y una nueva forma de hacer negocio que afecta principalmente a tres elementos críticos en la empresa: competencia, cliente y cambio. Esta nueva realidad, hace también que se haya puesto de manifiesto una vez más la crisis en al que están sumergidas un sin fin de empresas. Es a la falta de adecuación a su entorno, al que se le achaca principalmente la crisis de competitividad por la que pasan dichas organizaciones y esto es debido en buena parte, a que algunas cuestiones claves para su funcionamiento no son fácilmente previsibles. El crecimiento del mercado, las demandas de los clientes, el ciclo de vida de los productos, la forma e intensidad del cambio tecnológico y la naturaleza de la

competencia, son factores donde la sorpresa, el azar o la irrupción de nuevas fórmulas se ha convertido en lo habitual.

Este cambio no tiene un carácter coyuntural sino que se está configurando como un nuevo paradigma de ordenación empresarial como dice Angulo, Rasco, F. (1999:5) *"La economía política se ha transformado en una teoría de vida y de organización social"*. En este contexto, es donde el cliente "participa" en la producción de unos bienes o servicios que de alguna manera son "personalizados" y el éxito de la empresa, su supervivencia a medio y largo plazo, va a depender de la receptividad a unas demandas que en muchas ocasiones no son, ni serán, explicitadas.

Una simple mirada a los medios nos sitúa ante una realidad cambiante, donde el poder del cliente (los ciudadanos) es cada vez más manifiesto a la hora de ordenar la producción y por tanto, la sociedad de consumo en que vivimos. La duda surge cuando nos situamos en el mundo sanitario ¿está esto también relacionado con los trabajadores del campo de la salud?, sobre todo cuando éste se realiza en la Sanidad Pública la cual, parece, a simple vista, un mundo aparte de la empresa y del mercado, con una

idiosincrasia propia y sometida a sus propias tensiones, como dice Beltrán, F. (1995:45) refiriéndose las organizaciones escolares las cuales guardan una gran similitud con las sanitarias. *"Son instituciones sociales presididas por normas estructurales cuyo origen no se encuentra en el seno de las mismas escuelas o centros escolares, sino en la sociedad"*.

No podemos olvidar, que la tan traída y llevada crisis también ha tocado de lleno a los sistemas sanitarios que se han convertido en ingentes organizaciones tanto sin son públicas como privadas. *"Los sistemas sanitarios son las empresas con mayor número de empleados, con mayor complejidad organizativa y con mayores dificultades para medir sus actividades y para definir sus propias limitaciones...Es por tanto, un sector de importancia estratégica en todos los países desarrollados, lo que favorece su crecimiento continuado, especialmente en un marco en el que el derecho a la salud ha sido incorporado dentro de los derechos básicos y universales"* Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (1996:11). También es obvio, que los sistemas sanitarios hoy por hoy, no han sido capaces de satisfacer las demandas de las personas que han visto crecer sus expectativas en la sociedad

contemporánea. Estas expectativas según el informe realizado por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (1996:12) *"Se basan tanto en una excesiva confianza en la tecnología fomentada en parte por los profesionales y el sistema sanitario, como en la negativa a aceptar nuestra incapacidad para alterar algunos de los eventos de la naturaleza, además de la incapacidad del sistema para hacer partícipe al ciudadano de sus problemas de salud."*

Las últimas reformas acometidas en el Sistema Nacional de Salud Español, han seguido estos últimos modelos de competencia de mercado y así, se han pasado de la profesionalización de la gestión, donde era la clase médica con "intereses políticos" la protagonista, a un nuevo escenario donde son los economistas, abogados, sociólogos o ingenieros los que tienen un nuevo espacio con una autoridad reconocida. *"La consecuencia de este fenómeno es la aplicación de un nuevo paradigma para comprender y analizar la sanidad: la empresa de producción de servicios y donde lo importante es la producción de servicios sanitarios de calidad, a un coste aceptable y que genere satisfacción en los clientes/usuarios a los que le reconoce la capacidad de escoger. Al*

gestor se le pide eficiencia para lo cual debe medir su producto sanitario asignándole un valor monetario, para compararlo y estudiar sus procesos de producción para mejorarlos, incentivando la buena práctica y castigando las desviaciones"
Aranda, J.M. (1999:23), pero, cabe preguntarse, en la línea de Reverte, D (2001:3) sí: *"¿Es posible practicar un ejercicio profesional realmente ético cuando el mercado está introducido por completo en la sanidad"*

Para conseguir el cambio propugnado, se necesita que las personas que desempeñan puestos de gestión estén bien formadas y uno de los principales escollos con los que habitualmente se han encontrado los gestores, tanto médicos como enfermeros, en su actividad laboral cotidiana, ha sido la falta de formación específica para la tarea encomendada. Estas deficiencias, se han visto agravadas cuando muchas veces tenían que compartir responsabilidades con profesionales de otras disciplinas anteriormente citadas, que en muchas ocasiones tenían una formación específica en tareas de gestión, aunque su desconocimiento del mundo sanitario y de todo lo relacionado con

la salud/enfermedad era un handicap importante a la hora de desarrollar una labor completa.

Para Angulo, Rasco, F. (1999:5) *"Nuestro tiempo es el que nos ha tocado y tiene la complejidad que tiene. El pasado tuvo sus complejidades y sus errores, como así lo tendrá nuestro presente"*. Nosotros, estamos ante el reto de ir transformando las organizaciones tradicionales para adaptarlas a los nuevos tiempos y estos cambios, pasan por tener a profesionales bien formados tanto en conocimientos como en técnicas y con unas actitudes positivas dispuestos a impulsar el cambio; según Espinosa de los Monteros (2000:15) en Casado J.M. (2000) *"Esta fuerza reside en las personas y especialmente en los directivos, como modelo de referencia ...Serán éstos los que mayor esfuerzo para cambiar la realidad"*

1. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: LUCES Y SOMBRAS DE LA PROFESIÓN

Antes de definir al profesional de enfermería que se dedica a la gestión y su cometido profesional comenzaremos por definir qué se entiende por profesión. Este término se encuentra asociado a otros como: ocupación, oficio, empleo, profesionalidad, profesional y que se utilizan como sinónimos indistintamente.

Para Rumbo, B. (1995:160) El proceso de convertir una ocupación en una profesión ha sido y es estudiado desde la Sociología de las Profesiones, porque toda profesión, como cualquier ocupación, nace de un proceso de división del trabajo. En este sentido, Cebreiro: (1992:22) considera la profesión como: *"Un modo especial de ocupación social, que se plasma en la formación específica que cada sujeto tiene para adoptar una identidad social a través de una actividad remunerada que está incardinada en el proceso organizativo de la sociedad"*

"En el concepto clásico de profesiones liberales (Lortie, 1975; Goodson y Hargreaves, 1996; Arenas, 1993) citados por Pérez Gómez, A. (1998:180), al estilo de las consideradas ejemplares por su status y dignidad social: Medicina y Derecho, se distinguen cuatro características que identifican las condiciones o rasgos fundamentales que las definen.

- ❖ *Un cuerpo de conocimiento especializado y patrones comunes de intervención práctica.*
- ❖ *Un importante componente ético, la deontología profesional, que se dirige a satisfacer las necesidades de los clientes.*
- ❖ *Una fuerte identidad personal, sentido de pertenencia a dicho ámbito profesional.*
- ❖ *Un control colegial sobre la selección, habilitación, evaluación y permanencia de sus componentes.*

Las características que definen una profesión según Hoyle (1980), Fernández Pérez (1988), Hernández y Sancho (1993) citados por Marcelo (1994:136) son:

- ❖ Una profesión es una ocupación que desempeña una función social importante, es decir: necesita de un reconocimiento social del servicio que sus profesionales prestan a los ciudadanos.
- ❖ El ejercicio de dicha profesión requiere un grado considerable de habilidad o destreza.
- ❖ Esta habilidad se ejercita en situaciones que no son rutinarias sino que en cada ocasión se han de abordar nuevos problemas a solucionar en nuevas situaciones.
- ❖ Aunque el conocimiento adquirido a través de la experiencia es importante, es insuficiente y necesita de un cuerpo de conocimiento definido que distingue a los miembros de una profesión de quienes no la ejercen pues les falta ese saber específico.

- ❖ La adquisición de este cuerpo de conocimiento y el desarrollo de destreza requiere una preparación especializada, normalmente, de larga duración.
- ❖ Este periodo de formación implica la socialización de los candidatos en los valores profesionales.
- ❖ Estos valores tienden a centrarse en el interés del cliente, y a veces se hacen públicos en un código ético.
- ❖ Autonomía en las decisiones profesionales. Es decir, que el profesional tenga libertad para poder juzgar y decidir en cada momento.
- ❖ Desempeña un papel importante en la configuración de la política pública. Suelen tener el control sobre el ejercicio de las responsabilidades profesionales individuales y un alto grado de autonomía respecto a Estado, para ello, los componentes de la profesión se organizan como grupo frente a los poderes públicos.

- ❖ La duración de la formación del profesional, su responsabilidad y la atención a los intereses del cliente son recompensadas con un alto prestigio y una remuneración elevada.

- ❖ Necesita de la existencia de una formación en servicio al hilo de los continuos cambios sociales.

Para Carr y Kemmis (1988:25-26): Los métodos y procedimientos para distinguir las ocupaciones profesionales son los métodos y procedimientos empleados por los miembros de una profesión, derivan de investigaciones y conocimientos teóricos; la subordinación del profesional al cliente, los miembros de una profesión se reservan el derecho a formular juicios autónomos, exento de limitaciones y controles externos de origen no profesional.

Para Gusiñé, F. y otros (1988:73) *"Enfermería es una profesión que está entroncada a otras disciplinas científicas y que se caracteriza por ser un acto social, porque es un servicio de ayuda o asistencia. Es un servicio de salud cuyo objetivo primordial es el*

de contribuir en la continuación de la vida o bien de mantener o promover la salud."

La profesión enfermera, es una profesión muy controvertida que debe analizarse como diría Pérez, A. (1998:183) en la complejidad de sus manifestaciones divergentes e incluso contradictorias aspectos tales como:

- a) La falta de autonomía para la toma de decisiones en la realidad asistencial en la que actúa, por la dependencia de otras profesiones a las que está entroncada; de ahí que se aluda como una "profesionalidad compartida". Una de las causas a que se le achaca esta falta de autonomía, es a la ausencia de un área específica de competencias de Enfermería, sin embargo, no se duda de la necesidad social de los "profesionales que cuidan".

- b) El intrusismo profesional que la mayoría de los profesionales ha padecido en alguna ocasión. Por ello, los profesionales de Enfermería quieren y necesitan una definición de sus funciones propias, y un reconocimiento

social de su trabajo. Esto ayudará a subsanar dicho problema.

- c) También es necesario tener la máxima competencia en la actividad de producción o servicio, con lo cual sus profesionales podrán ofertar el mejor servicio a la sociedad; esto, a su vez, les ayudará a ser identificados y reconocidos por aquellos a los que destina su servicio. No debemos olvidar que aquellas profesiones que tienen un reconocimiento tienen un poder social y son aquellas que la sociedad "sabe lo que hace" y este "saber hacer" es lo que las diferencia del resto y les confiere identidad profesional.
- d) Otro aspecto a tener en cuenta relacionado con el punto anterior, que incide en la aceptación o no de la enfermería como profesión, es la de si esta disciplina posee un cuerpo específico y básico de conocimiento donde se fundamenta su práctica y la idoneidad de la misma. Muchos de los problemas, hoy día, provienen de la formación de los profesionales, ya que la experiencia es considerada

muchas veces, como la fuente más importante de la adquisición de conocimientos y destrezas *"Se aprende haciendo"*; como apunta Alberdi, R. (1992:40): *"Los enfermeros españoles viven una fuerte contradicción entre la teoría y la práctica de los cuidados"*

- e) La relación entre los enfermeros y sus clientes no parece tan definida como en otras profesiones afines. Por ello, es parte de nuestra labor el que la sociedad reconozca la importancia de nuestra aportación a la misma. Una premisa conveniente a tener en cuenta por los profesionales sería el principio relacionado con cualquier tipo de marketing y que dice: "que sólo vende el que está convencido de la calidad del producto".

Por todo ello, es fundamental que se analice y reflexione sobre los problemas que en la actualidad están acaeciendo en la profesión y que en parte se derivan del análisis anterior, para que vaya favoreciéndose una nueva "cultura profesional" tan necesaria para Enfermería. Los problemas a los que se hace referencia están relacionados con:

- ❖ La falta de motivación de índole profesional y moral provocadas por el propio colectivo, por la Administración y por otros colectivos afines y que repercuten muy negativamente en el ámbito del trabajo.

- ❖ La jerarquización y burocratización del trabajo y la dependencia en exceso de un estamento profesional que no es el suyo y con intereses muy distintos y hasta contrapuestos.

- ❖ La no definición explícita de las funciones profesionales ya que como decía Henderson, V. (1971: 40): *"La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales"*, y la consiguiente falta de delimitación de las mismas, hace que tengamos un perfil profesional difuminado, lo cual nos lleva, a veces, a asumir responsabilidades que se escapan de nuestras competencias profesionales y a perder aquellas que son, y han sido, específicas de nuestra profesión. Esto último está dando lugar a que otros colectivos afines las estén asumiendo como suyas. González, M.D. (2000:69). Este

problema también está incidiendo en la formación que se está impartiendo en las Escuelas Universitarias de Enfermería, que cada vez presentan más diferencias entre sí y a su vez cada vez también están más difuminada.

- ❖ La falta de reconocimiento profesional y la baja consideración social, porque como dice Ehrenreich, B. (1984) citada por Alberdi, R.M. (1992: 41) *"Una profesión reconocida no es simplemente un grupo de expertos que se autoproclaman como tales, sino una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y regula su práctica profesional. Esto es, para monopolizar determinados campos de actividad sin interferencias exteriores"*

- ❖ La falta de implicación en la calidad asistencial de los/as profesionales y del rechazo a que su trabajo sea evaluado, por considerarlo no medible o susceptible de valoración. Buj, A. (1991:23)

- ❖ La falta de capacidad de algunos mandos intermedios para crear ilusión por el cambio de actitudes y valores entre el equipo que gestiona Buj,A. (1991: 23)

- ❖ *"La necesidad de formación académica y profesional como base sobre la que se construye una profesión competente y la creación de estudios de segundo ciclo, considerada por los/as profesionales como una limitación, sobre todo para niveles profesionales correspondientes a la docencia, a la gestión y a la investigación y el reconocimiento de ésta última"* González, M.D. (2000:69). Además de la necesaria evaluación de los mismos, porque como planteaba Villar, L.M. en su libro "La formación del profesorado. Reflexiones para la reforma": *"Otro aspecto conflictivo es la validez de los estudios, o capacidad de los diseños o planes de estudio para que armonicen la teoría y la práctica"*

- ❖ Otra de las consecuencias relacionada con el punto anterior es la escasa investigación en el mundo asistencial de la enfermería, motor que generaría conocimiento y

desarrollo propio disciplinar y profesional; no olvidemos que como dice Romero, A. y González. S. (1991:40-41): *"La práctica... en sus contextos naturales es la que genera problemas a investigar. Esta práctica es el foco generador de teorías"*

- ❖ Las escasas posibilidades de formación y/o promoción profesional. Según el informe publicado por la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) citado por Vidal, G. y Miller, I. (1999:36) España es uno de los países que menos esfuerzos dedica a la formación continuada de los mayores de 30 años. De manera paralela la inversión en proyectos (I+D), por parte de los presupuestos no está a la altura de otros países de la CEE.

- ❖ Otro punto importante a tener en cuenta es el perfil sociodemográfico relacionado con los profesionales de enfermería, donde la mayoría de los trabajadores son mujeres. Numerosos estudios de diversas procedencias, como Colegios Profesionales, Consejo de Enfermería y Asociaciones Enfermeras han analizado estos aspectos y

no se puede obviar su influencia en la "cultura profesional del colectivo" por las diferencias que se establecen en todos los sentidos (económicos, poder, estatus, reconocimiento) con sus propios compañeros, con otros profesionales afines y desde los propios organismos administrativos; en palabras de Apple, M.W. (1995:34): *"En general, cuando una ocupación se define como dedicación laboral preferentemente femenina, se somete a un mayor control externo, se le depara menos respeto, sus salarios son más bajos y tienen menor autonomía"*

- ❖ Las condiciones generales del trabajo y el bajo nivel retributivo.
- ❖ La ausencia de un corporativismo sano, "sentirse enfermera", que permita a la profesión generar un poder interno que le posibilite estar representada, "tener voz y voto" en todos los estamentos que les: atañen Sanidad, Educación...

Por otra parte, están las relaciones que se establecen entre los trabajadores y su empresa, a este respecto Lamata F. y Checa, I. (1990:15-20) apuntan una serie de datos que sitúan a las enfermeras/os dentro de la empresa sanitaria dándonos una visión de la relación "funcionarial" que se desarrolla entre ambos/as, los trazos más negativos que se detectan son:

- ❖ La desmotivación.
- ❖ El absentismo
- ❖ La rigidez en las relaciones
- ❖ La pérdida de recursos por huida a otras organizaciones
- ❖ La uniformidad (la falta de reconocimiento de las diferencias individuales)
- ❖ El cierre de las vías horizontales y verticales de promoción
- ❖ La falta de vinculación de los incentivos a los resultados obtenidos en el lugar de trabajo.

Y por último, estamos asistiendo un nuevo fenómeno en la profesión, el de la emigración. Desde 1999 son cada vez más los enfermeros que se ven obligados a salir fuera de nuestro país para conseguir trabajo a pesar de que como dicen Andrada, J.M. y Garví, M. (2001:9) *"España se encuentra aproximadamente tres puntos por debajo del índice de enfermeros por cada 1000 habitantes que recomienda la U.E.*

En el mismo sentido se manifestaban Barquero, A. y otros (2001 en prensa) cuando proponían que: *"En el contexto español, este fenómeno debería ser analizado por los responsables del Sistema Sanitario Español que asiste con pasividad a la fuga de unos profesionales competentes cuya formación es costosa y que dejan su país, no porque no hagan falta sino porque los vientos economicistas que soplan en nuestro mundo sanitario están potenciando unas políticas de contrataciones al más puro estilo mercantilista. Y por otra parte, el mundo universitario que prepara a unos profesionales para unos contextos muy determinados que pueden que no sean los más adecuados. Por ello, hoy más que nunca la formación debería replantearse desde unos aprendizajes y experiencias innovadoras que se abran a conceptos*

como la globalización y preparen a estas generaciones en valores para la convivencia y la cooperación. Desde nuestra concepción, una formación no debería considerarse completa si no prepara a sus individuos para afrontar con éxito el trabajo y les dota de herramientas que les permitan acceder al mundo laboral que les ha tocado vivir"

Por lo tanto, si estos razonamientos son ciertos, y es parte de la realidad profesional enfermera, estamos ante una profesión que aún siendo el grupo más importante de la sanidad, está cuestionándose la autenticidad de su quehacer. Cuestionar si Enfermería es o no una profesión, nos llevaría a cuestionar la profesionalidad de las personas encargadas de suministrar cuidados y, a su vez, de aquellas otras profesiones afines que tradicionalmente han sido calificadas como tales.

2. FUNCIONES DEL GESTOR DE ENFERMERÍA: EL DESARROLLO PROFESIONAL.

La concepción anteriormente tratada sobre el concepto profesión y desarrollo profesional ha sido criticada por algunos autores como Doyle (1990), Feiman-Nemser (1990), Schön (1992) citados por Rumbo, B. (1995: 165) argumentando frente a este tipo de profesionalidad tecnocrática basada en la racionalidad técnica, otra concepción basada en la práctica reflexiva que no es otra cosa que la reflexión sobre "el conocimiento en la acción" definida como: *"Los tipos de conocimiento que revelamos en nuestras acciones inteligentes ya sean observables al exterior, o se traten de operaciones privadas. Lo revelamos a través de nuestra ejecución espontánea y hábil y paradójicamente somos incapaces de hacerlo explícito verbalmente!"*. Se trata de pensar sobre lo que hacemos, bien con anterioridad, bien con posterioridad (reflexión crítica) y pensar mientras lo hacemos, lo que supone una dosis de conocimiento tácito difícil de analizar por los sujetos debido a la rapidez de su ocurrencia. Esta característica lleva a Schön

(1993) a decir que *"los profesionales competentes saben más de lo que pueden decir"*

La función de la Dirección de enfermería no es otra que la de gestionar cuidados, es decir; es el mediador en el proceso de administración de cuidados a la población y el encargado de provocar y supervisar el buen funcionamiento de este proceso, así como, de moderar y arbitrar los recursos humanos y materiales para el mismo. Por ello, debe ser un conocedor de la disciplina enfermera y de las tareas de gestión que la profesión debe llevar a cabo dentro del Sistema Sanitario. Esta función va unida a la de planificar y organizar la atención integral a las personas y a la comunidad a través de estrategias que ayuden a alcanzar mayores avances y cuotas de salud, a un coste soportable por la comunidad.

En resumen esto sería parte del conocimiento profesional que según Bonafé, M. (1989) citado por Rodríguez, J. M. y González, S. (1995: 105) *"Es aquel que éste posee y utiliza cuando intenta resolver día a día los problemas de su práctica. Es por tanto un conocimiento constituido poco a poco, a través de la actividad*

laboral y en función de sus propias experiencias profesionales y las concretas características de contexto en el que se desarrolla"

Todo lo anterior sería lo que daría sentido y ayudaría al desarrollo profesional y que podría estar en la misma línea que propone Benedito para los profesionales que se dedican a la docencia (1991:10) *"Es como cualquier intento sistemático de mejorar la vida profesional, la práctica, las creencias y conocimientos profesionales del docente universitario, con el propósito de aumentar la calidad docente e investigadora y de gestión. Este concepto incluye diagnósticos de las necesidades actuales y futuras de una organización y sus miembros (desarrollo institucional), y el desarrollo de programas y actividades para la satisfacción de estas necesidades"* este mismo autor (2000: 598) perfila este concepto diciendo que: *"El desarrollo profesional y personal significa crecimiento, desarrollo, mejora, adecuación, en la relación con el propio conocimiento, con las actitudes en y sobre el trabajo, con a institución o departamento, buscando la sinergia entre las necesidades de desarrollo organizativo, institucional y social del contexto"*

Otro aspecto ha tener en cuenta es la diversidad de componentes que intervienen en el desarrollo profesional ya que el concepto de desarrollo profesional según Laffitte (1991:251-256) sostiene que *"El desarrollo profesional va más allá de una formación permanente y debe entenderse como un proceso planificado, en el que deberían considerarse varias actividades de desarrollo, además de actividades de formación y evaluación, participación etc.; ya que no sólo se pretenden mejorar conocimientos y destrezas, sino también las actitudes personales. Se pretende conseguir una mayor comprensión y mejora de la competencia profesional y de su desarrollo con visión de futuro, una mejora en el clima de trabajo, y un aumento de la satisfacción en la labor profesional"*. Pero además, no podemos obviar la realidad presente, pasada y las proyecciones futuras de la profesión, las demandas del Sistema Sanitario, de la población, las intervenciones específicas enfermeras, su permanente formación y capacitación para garantizar su competencia profesional, así como las limitaciones que la realidad institucional y social establecen y las condiciones contextuales de cada situación.

Es preciso contemplar las condiciones y el contexto en que hoy día, se mueve la profesión enfermera y, más concretamente, las personas que se dedican a la gestión y las dificultades que a diario tiene que solventar tales condiciones. Al igual que en la enseñanza y como señala Imbernón (1994:30) *"No favorecen una nueva cultura profesional que necesita de un colectivo "más equilibrado" profesionalmente y no, inestabilidad introducida por el propio colectivo"*, nuestro caso, además, se ve afectado por otros colectivos profesionales y con los cuales compartimos responsabilidades. Por ello, sería muy conveniente el que fuese una práctica habitual el cuestionamiento de la cultura organizacional que impera en la profesión enfermera y los valores que la sustentan, que hoy por hoy puede ser más un escollo que un nexo de unión.

Otro problema con el se encuentra la Enfermería es la escasez de líderes y la falta de reconocimiento de los mismos por parte de las enfermeras. Este aspecto, considerado como elemento clave en la dirección, influye tanto en el reconocimiento de la autoridad como en el papel que juegan los gestores. El director, junto con su equipo directivo, deben "sentirse", y a la vez ser reconocidos,

como "líderes" dentro de su centro de trabajo ya que son los encargados de definir la política de calidad del centro, plantear los objetivos y definir las estrategias básicas de la organización, contando con el esfuerzo de todo el colectivo a su cargo. Como propone Santos Guerra, M.A. (2000:63) para el ámbito escolar: *"El equipo directivo ha de hacer posible la innovación en el ámbito de la escuela entendida como unidad de planificación, acción y evaluación. De esta forma la práctica se convierte en un excelente modo de formación para los profesionales."*

En cuanto al contexto en donde el gestor desarrolla sus funciones, se citan nueve aspectos significativos del Sistema Sanitario Español, analizados por Alberdi, R.M. (1992.42-43) como planificadora sanitaria y que dice *"Solo se adquiere una verdadera visión de enfermería, de su consideración y rol, si se observa inmersa en el entorno donde se desarrolla... De esta forma se percibe con más claridad la intrincada red de interdependencias que se dan entre esos dos subsistemas sociales complejos que son la enfermería y el propio Sistema Sanitario."*

- A) Su orientación, en la actualidad médico/curativa, cuando el Sistema Sanitario debería asumir, además de los procesos patológicos, su responsabilidad en la atención de aquellos procesos vitales específicos y que, en sí mismos, no constituyen patologías, como la maternidad, el crecimiento y la vejez. Su orientación y su finalidad serían distintas, su prioridad iría encaminada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- B) La sacralización de la tecnología que trae como consecuencia una mayor despersonalización y deshumanización de los cuidados. La tendencia debería ser la consideración de la persona y sus necesidades para ofertar cuidados personalizados.

- C) La atención discriminada, "ver a enfermos seleccionados". Se atienden a todos pero algunos no interesan (terminales, crónicos, desprotegidos...), cuando se debería concebir al sistema como un instrumento que la sociedad articula para cubrir necesidades de salud que la persona y la comunidad no pueden cubrir por sí solos.

- D) El médico como elemento fundamental y en el centro del sistema en lugar de ser el paciente. Es éste el que determina las prestaciones y, por tanto los costos necesarios (diagnóstico, pruebas, medicación...), en lugar de orientar las opciones diagnósticas y terapéuticas para y con la persona, entrenándola y asesorándola junto con otros profesionales, hacia los autocuidados y responsabilizándola de su proceso de salud/enfermedad.

- E) La percepción del usuario que se ve como asegurado y no como ciudadano de pleno derecho ("la salud como derecho"), en lugar de ser partícipes en los diferentes niveles del sistema como derecho reconocido en la Ley General de Sanidad

- F) "El síndrome de extrañeza o ajenidad" sentido por los profesionales, los cuales no perciben ni siente su trabajo como propio. El Sistema, debería ser el encargado de fomentar la implicación de dichos profesionales en sus objetivos y en la consecución de los mismos.

- G) Los objetivos del Sistema y las actuaciones son, muchas veces, en razón de la Administración o de los profesionales y no de las personas a las que ha de servir, cuando el eje del trabajo tanto de las estructuras, como de sus trabajadores debería centrarse en las necesidades de salud de las personas y de la comunidad.
- H) La fuerte cultura hospitalaria hace que las demandas de los ciudadanos, se orienten exclusivamente hacia esos servicios y se considere a la Atención Primaria como un mero trámite de paso hacia el hospital. Esto hace que el propio Sistema vacíe de contenido y desvirtúe a lo que debería ser uno de los ejes vertebradores del Sistema de Salud.

Estos aspectos que considera la autora como negativos, dan también una visión de la superestructura, o de la parte del sistema que incluye los valores, las normas, la legislación... y que garantiza fundamentalmente la distribución del poder dentro del mismo, es decir, quienes influyen y quienes son encargados de

tomar las decisiones son los mismos que han de facilitar que se cumplan sus deseos profesionales.

Por eso, uno de las actitudes que debería caracterizar a las enfermeras como profesionales y principalmente a sus gestores que son los encargados de dirigirlos, sería la de cambiar la orientación de los servicios que prestan, pasando de ser un Sistema de Atención Sanitaria tal y como está concebido en la actualidad, a un Sistema de Cuidados de Salud entendido éste como: Aquel sistema de prestación de servicios sanitarios, cuya base estructural y funcional tiene como eje a la persona sana o enferma, contemplada en toda su dimensión y a la comunidad y teniendo como objetivo prioritario la satisfacción de las necesidades de salud, en un contexto determinado. Esta forma innovadora de enfocar los cuidados, es positiva no sólo para los usuarios, sino para los trabajadores ya que como dice Torres, J. (1993:41): *"El verdadero trabajo humano tiene que ser creativo, servir para realizar a la persona, implicar su participación activa, incrementar sus destrezas, conocimientos y ser relevante y significativo para ella"*

3. LA FORMACIÓN DE LOS GESTORES ENFERMEROS: EL CONCEPTO DE FORMACIÓN.

Antes de adentrarnos en el mundo de la formación en el campo de la gestión, se van a analizar lo que se entiende por perfil profesional del gestor enfermero. Para Bernal y cols. (1990:11) El "Perfil de los órganos de gestión de enfermería" sería *El conjunto de aptitudes y actitudes que configuran el papel que tiene que desempeñar el gestor de enfermería en su trabajo. La capacitación para el desarrollo de las funciones específicas de la gestión enfermera. Las habilidades necesarias para asumir estas funciones están relacionadas con aspectos:*

- ❖ Laborales y habilidades técnicas que capacitan para usar el conocimiento, los métodos, las técnicas y equipos necesarios para el desempeño de tareas específicas. Se adquieren a través de la formación, la experiencia y el entrenamiento. Esto significa ser experto en gestión y en esa área concreta.

- ❖ Aspectos organizativos y habilidades conceptuales. Son aquellas capacidades para entender la complejidad de la organización en su conjunto y situarse dentro de ella. Este conocimiento le permitirá actuar de acuerdo a unos objetivos globales de la organización, en lugar de hacerlo sólo en base a metas y necesidades de su propio grupo inmediato.

- ❖ Habilidades humanas: capacidad para trabajar con y a través de personas incluyendo el entendimiento de la motivación y aplicación efectiva del liderazgo. Pero habría que distinguir entre dos tipos de liderazgos pues como dice San Fabián, J.L. (1998:424-25) citando a Ogawa y Bossert (1995) *"El liderazgo entendido como "cualidad organizativa" es la suma de liderazgo que ejercen los participantes en una organización Esta concepción nos previene del error de identificar liderazgo a gestión Mientras que el primero puede ejercerse por cualquier persona y momento de la vida de la organización, el*

segundo se corresponde con el desempeño de funciones formalmente asignadas a una posición".

Algunas de las características propias de todo líder (asertividad constructiva, habilidad para negociar, estimación positiva de los demás, características personales de líder, etc.) estas cualidades le facilitarán labores como: dirigir, cambiar y controlar las conductas de su grupo, tomar decisiones no en vano como dice Fernández, S.(1998:830) citando a Rotger (1982). *"La toma de decisiones es la esencia de toda acción directiva"*. Todo esto, aceptando la responsabilidad de crear un impacto de manera objetiva y autodisciplinada y conociendo sus propias limitaciones. Fernández, S. (1998:833): considera además que: *"Un buen directivo debe saber elegir a sus colaboradores, delegar en ellos y apoyarlos. Es más fácil arrastrar con poder carismático de líder, que hacer que los demás realicen su trabajo e implicarlos en los proyectos de carácter general, pero también es fundamental la asunción, es decir, el riesgo de asumir responsabilidades"*

Lo anterior nos da una visión de las funciones que deben realizar y desarrollar los profesionales enfermeros que se dedican a gestionar los cuidados, las formas de concebir las funciones de una profesión, esto, es importante porque como dice Gimeno, J. (1999:25) refiriéndose a la función del profesor: *"En los últimos años hemos asistido a la aparición de metáforas que ensalzan la especificidad del profesor: visto como "intelectual crítico Giroux, contemplado como "profesor investigador" por Sethouse, entendido como "práctico reflexivo" por Schön, concebido como "investigador en la acción"... Estamos ante formas de concebir una función que, aparte de las consecuencias que se derivan para el desarrollo de aquellos sobre las que se proyectan ...tienen consecuencias para comprender y buscar el crecimiento de quienes las ejercen"*

Está bien establecido, en los ámbitos más diversos y desde hace tiempo, que la formación es un elemento imprescindible para la mejora de la calidad asistencial. Ishikawa (1985), Gryna (1988), WHO Working Group (1989), Saturno, P. (1999). Así, como, también está demostrada la relación existente entre la calidad de la enseñanza y la formación de sus profesionales. Prats (1989),

Villar Angulo (1991), Dalceggio (1993), Marcelo (1994) citados por Mayor C (1995:21). Es por ello que, si queremos mejorar y lograr cotas aceptables de calidad en el desempeño profesional de la gestión de cuidados, la herramienta más idónea, pese a sus limitaciones, hoy por hoy, es la formación de los profesionales.

La formación de los profesionales de Enfermería que se dedican a la gestión es un tema muy debatido; por otra parte, a nivel general, aunque parece existir un amplio consenso en la necesidad de formar a los profesionales en este campo, lo que no hay es unanimidad en el cuándo y el cómo se debe llevar a cabo dicha formación. Parece ser que uno de los problemas en el que radica esta última cuestión, es la no existencia de un perfil profesional del gestor enfermero. Pero, a pesar de estas discrepancias en lo que no se debería disentir es que como propone Giroux, H. (1994:29): *"Debería ofertarse el conocimiento, destrezas y valores que necesitan para negociar de manera crítica y transformadora el mundo en el que viven"*

En el cuadro siguiente (fig. nº 14) se da una visión sobre la situación relacionada con la formación de los profesionales que se dedican a la gestión. Así, tenemos un profesional, que sale con una formación básica de las EUE y que sin ninguna cualificación especial comienza su andadura profesional en un campo, por lo general no tiene ninguna preparación específica para las demandas que desde la sociedad y desde el propio Sistema Sanitario se les exige.

En la mayoría de las ocasiones, será el profesional mediante la reflexión sobre su formación y sobre su experiencia en el puesto, será el que de alguna manera programe su formación en función de sus expectativas y posibilidades en una palabra de sus necesidades. Sin embargo, existen otras serie de necesidades que como en el cuadro se indican no son cubiertas; ya que debería ser la propia Administración la que detectara, facilitara y exigiera dicha formación a través del análisis y evaluación de necesidades para dar respuestas a lo anteriormente comentado.

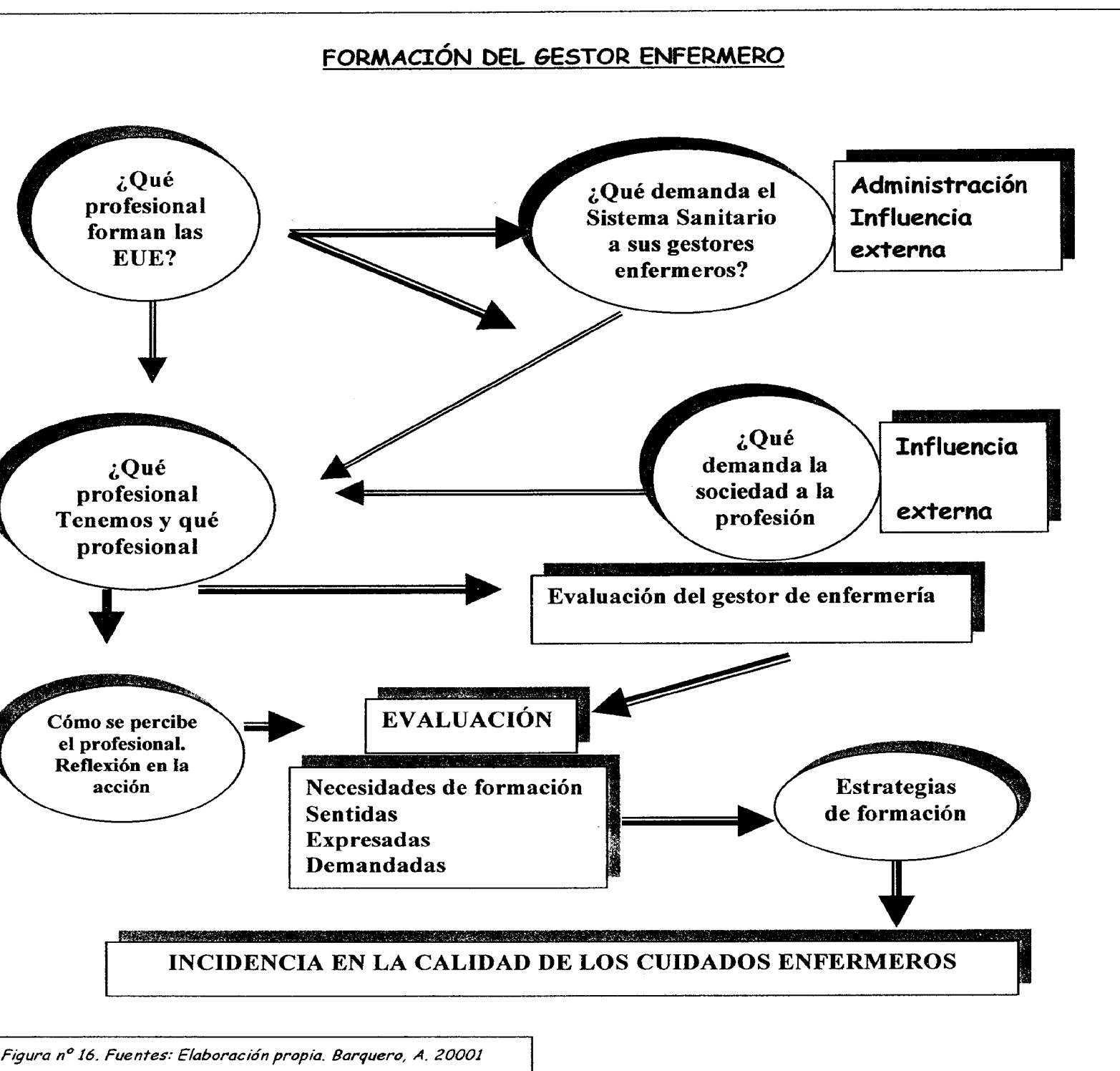


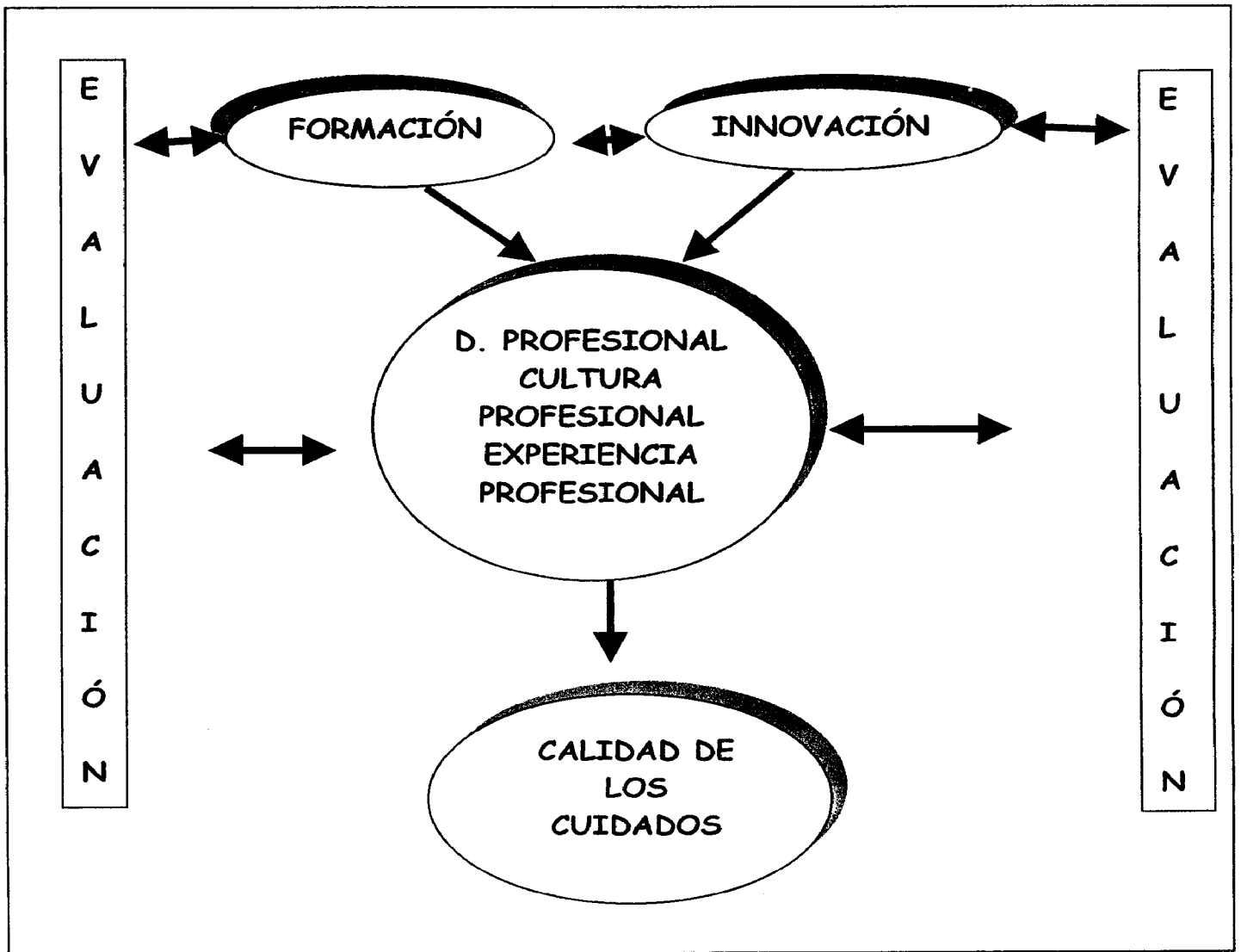
Figura nº 16. Fuentes: Elaboración propia. Barquero, A. 20001

Pero, a qué nos referimos cuando abordamos el término formación. Como ya hemos venido comentando, sobre el término formación, no existe una única conceptualización, ya que éste ha sido ampliamente debatido, y se ha visto influenciado por multitud de factores relacionados con los modelos de referencia, por el momento histórico en el que se haya desarrollado, por la finalidad que persiga, por las personas a la que vaya dirigida etc. Marcelo (1994:174-179) cita a Menze y Ferry que nos sitúan en el concepto desde dos prismas diferentes, así Menze (1980) nos dice que: *"Por razón de su origen histórico y de las implicaciones metafísica que le son propias, está tan viciado y tiene tantas significaciones, que no sólo es imposible no sólo hacer un uso razonable de él sino que además, quien lo emplea se expone a la sospecha de ideología"* mientras que Ferry entiende a la formación como *"Un proceso de desarrollo individual tendente a adquirir o perfeccionar capacidades"*. En este mismo sentido, Imbernon (1987:25) citando a la UNESCO considera que *"la formación implica la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y conductas asociadas al campo profesional"*

Por otra parte y como apuntan Santos, M.A. y Prado, J.D. (1996:21) está: *"El aprendizaje a través de la propia experiencia es para muchos profesionales, imprescindible...la reflexión sistemática y sistematizada la ayuda a aprender de sus éxitos y de sus errores, ayudándole a buscar otras fuentes de aprendizaje.*

Es decir, que nos encontramos ante una serie de conceptos interrelacionados entre sí y que son más que la suma de sus partes, como son formación, innovación, evaluación, cultura profesional, experiencia profesional y que van a ser elementos claves en el desarrollo profesional de los gestores enfermeros y que son los que van a ayudar a comprender la práctica profesional, este punto es de suma importancia porque como dice Santos, M.A. (1994: 65) citando a Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (1992): *"La comprensión de la práctica es el medio más eficaz para transformarla adecuadamente"*

Figura nº 17: Fuente: Elaboración propia: Barquero, A (2001).



El conocimiento especializado sobre gestión está estrechamente unido a la acción, ya que parte del mismo, se supone que es un conocimiento de naturaleza práctica y fundamentado tanto en la formación enfermera como en la formación en gestión que es la que lleva a cabo el gestor en su actividad diaria. Por ello, a los gestores enfermeros deberían ser profesionales expertos en el área de Administración y servicios de enfermería, sensibles a la gestión de los cuidados, capaces de aplicar técnicas previamente aprendidas, más o menos elaboradas, para solventar situaciones bien definidas, no siempre recurrentes ni generalizables.

Las personas que se van a dedicar a la gestión deberían poseer una formación que las capacitara tanto en conocimientos, actitudes como destrezas; competentes para dirigir, orientar las intervenciones enfermeras y capaces de reflexionar sobre su propia práctica; concienciados de la necesidad de recurrir a la investigación como método para avanzar en su profesión y como vía para la construcción del conocimiento enfermero y no sólo en el conocimiento que se favorece en la actualidad desde las instituciones, que como plantea Elliott (1996) citado por Pérez Gómez (1998:136) *"El conocimiento en la era de libre mercado se*

vincula directamente a sus aplicaciones tecnológicas y adquiere valor porque sirve para optimizar la rentabilidad de cualquier proceso o de cualquier producto; maximizar los productos reduciendo al mínimo los costes. La búsqueda de la verdad se subordina a la búsqueda de la eficacia, de la utilidad, del bienestar de la rentabilidad. Ahora bien, la búsqueda de la rentabilidad, adquiere su propia autonomía y significación, de modo que se vincula a intereses particulares que no necesariamente se orientan a la satisfacción de las necesidades colectivas"

Este concepto de formación, al igual que expone Imbernón (1994:45) para el desarrollo profesional del profesorado, debería incluir tanto la formación inicial de los gestores como la permanente, contemplado como un proceso dinámico y evolutivo de la profesión y de la función administrativa de la gestión en Enfermería, extensivo a todo el colectivo y a otros colectivos afines como auxiliares de enfermería, técnicos que trabajan codo con codo y que todos ellos son artífices de la calidad asistencial de los cuidados.

1. Una propuesta de formación podría ser la de una formación inicial o estudios básicos de la Diplomatura.
2. La segunda etapa donde se socializa con al práctica profesional en la asistencia
3. La tercera etapa donde se impartiera una formación específica en el campo de la gestión coincidente con un segundo ciclo. En Enfermería, se mantiene el nivel de Diplomatura, a pesar de las numerosas peticiones por parte del Consejo General de Enfermería, de la Asociación Española de Enfermería Docente, de los Colegios Profesionales, Sindicato de Enfermería y de la Mesa de directores de EUE que durante años y en especial estos últimos, han argumentado y justificado, demostrando la necesidad de ampliar los estudios a una licenciatura para desempeñar puestos especialmente relacionados con la gestión y la docencia.

Es lógico pensar que en sólo tres cursos y a pesar de la saturación horaria durante los mismos (de 3200 a 3600 horas), es insuficiente el tiempo dedicado al estudio, a la práctica, a la creación, investigación y entrenamiento en un pensamiento crítico para la formación profesional. Esto va creando una frustración tanto en alumnos, como en el profesorado, como, en los profesionales asistenciales encargados de coordinar y enseñar la práctica asistencial de los cuidados en los centros de trabajo. A todo esto se le suma que tan poco, se están dando respuestas satisfactorias a las necesidades que actualmente se están planteando en el terreno profesional, que cada vez ve más cambios en su papel profesional.

Los contenidos posibles de la formación enfermera, podrían ir por los siguientes itinerarios. Si la formación inicial o básica, debe ser la encargada de formar a enfermeras generalistas, capacitados y sensibilizados para afrontar las necesidades de salud, tanto de la persona como de la comunidad, en situaciones de salud o enfermedad, capaces de actuar con la rigurosidad y flexibilidad necesaria que cada situación requiere. A las personas que se dediquen a la gestión, además se les deberá posibilitar y

facilitar el acceso por parte de la Admón. (si es que ya están ejerciendo, y desde sus Planes de Estudio, si no son profesionales), a una formación específica que les capacite para planificar, organizar, dirigir y evaluar tanto recursos humanos como materiales y asegurar a la población dependiente de su competencia, la máxima calidad de cuidados.

Derivado de lo anterior, las actividades que desarrollan los/as gestores/as relacionadas con las funciones de gestión, según Mintzberg, H. (1983:27-28)) estarían relacionadas con las habilidades sociales y todo lo que conllevan las relaciones interpersonales, las relacionadas con la información/comunicación y con la toma de decisiones; y todo esto, ha de ser llevado a cabo con la concurrencia de los demás miembros del equipo, porque como dice Saénz y Fernández (1994:3): *"Las instituciones...que pretenden ser eficaces, requieren de una adecuada dirección y coordinación entre los miembros del equipo de gobierno, de una correcta planificación, de un sentimiento de comunidad, en aras de una mejora de la calidad de los servicios que ofrece. En este sentido coordinares velar para que se realice el trabajo de un determinado número de personas en función de un proyecto, para*

lo que se requiere que éstas tengan unas cualidades y preparación específicas"

Pero, el punto de mira de este estudio, son aquellas personas que se encuentran en pleno ejercicio profesional, por tanto, la formación a la que se va hacer referencia en todo momento, es a la **Formación Permanente**. Medina, A. (1994:59-61) entiende la formación continua de los docentes como: *"La actualización permanente que tiende al desarrollo profesional configurándose como el proyecto de actualización permanente de las teorías y práctica que realiza cada docente y equipo en espacios educativos"*. Este mismo autor en (1998:712) y refiriéndose a la cultura colaborativa y al clima que ha de existir para que los profesionales se impliquen con su formación estima que: *"La implicación profunda con la formación se van mejorando cuando se vertebran programas basados en el conocimiento riguroso de las expectativas y necesidades de los docentes, creándose las condiciones para que éstos se sientan los protagonistas de su propia formación personal e institucional..."* Desde esta óptica y llevado a su campo de acción, se podría considerar la formación permanente de las personas que desempeñan puestos de gestión

en enfermería. El planteamiento podría ser de la siguiente manera:

- ❖ La formación que reclama la práctica y que capacita al gestor para comprender aquellas situaciones y/o problemas, propios de la función gestorial, que se plantean en el día a día en la realidad asistencia y que le permite intervenir y afrontar dichas situaciones, aportando soluciones eficaces. Aquí tiene gran importancia su propia interpretación y reflexión sobre los mismos.
- ❖ La formación hacia el reciclaje y la continua actualización tan importante en esta área.
- ❖ EL intercambio de experiencias con otros colegas referidos a la gestión e intervención en el campo enfermero. Porque como plantea Sthenhouse (1984) citado por Imbernón (1994:58) para la formación permanente de los profesionales de la enseñanza, *"El poder del/la profesional aislado en su centro de trabajo*

es limitado y sin sus esfuerzos, jamás se podrá mejorar la profesión"

Pero, tanto la formación inicial, como la formación especializada o específica, deben fomentar una actitud crítica positiva hacia la necesidad de estar en una actualización permanente que permita dar respuestas a las necesidades y cambios suscitados en las personas y en la comunidad hacia donde se dirigen sus intervenciones. Pero además, es necesario tener en cuenta de cómo dice Santos Guerra (1997:21) que: *"La formación.. no sólo debe basarse en la elaboración de un elenco de disciplinas. Exige revisar estrategias a través de las cuales se produce esta formación y la coherencia de las pretensiones educativas con las prácticas institucionales"*.

Sería deseable que los profesionales enfermeros dedicados a la docencia al igual que los asistenciales articulasen estrategias o métodos basadas en el análisis, la investigación y el estudio permanente que les permitieran intervenciones enfermeras en cooperación con sus compañeros tanto de su centro como con los de otros niveles de atención. La estrategia formativa por la que

se apuesta, no será viable, si las Escuelas de Enfermería donde se forman los enfermeros, no apuestan por un replanteamiento tanto en los contenidos de la formación básica es decir, en los Planes de Estudio actuales, como en la metodología utilizada.

El cambio propugnado debería basarse en la investigación y en la retroalimentación continua entre la teoría y la práctica, como propone Lokisolu'Épotu (1992) citado por Imbernon (1994:53) "*La unión entre la formación inicial y la permanente la ocupación*". Porque si bien estamos ante una profesión eminentemente práctica, no se trata de aprender un oficio (que ya tienen otros colectivos afines como auxiliares y técnicos) en el que predominan las técnicas y las intervenciones predeterminadas, sino que se trata de aprender las bases, los fundamentos en los que se asienta nuestra profesión, y su recorrido histórico. En resumen, se trata de saber el qué, el cómo y el por qué de las intervenciones enfermeras y además, el saber analizar el por qué, el para qué, y el cuándo son necesarios introducir los cambios que vayan dando paso a formas y procedimientos innovadores de actuaciones.

Todo lo anteriormente expuesto, viene a desembocar en la finalidad última de la formación, entendida ésta, como una herramienta indispensable para mejorar la calidad de las intervenciones enfermeras. En el cuadro siguiente vamos exponemos dichos conceptos, en la línea de Ferry (1991) cit. en Rodríguez (1997:73) este autor distingue tres rasgos fundamentales:

- A) Una formación doble en cuanto hace referencia a contenidos de naturaleza académica y pedagógica. En el caso de Enfermería los contenidos académicos serían relacionados con su disciplina y los contenidos pedagógicos aquellos relativos a la Educación para la Salud. Todo esto quedaría encuadrado en la formación básica.

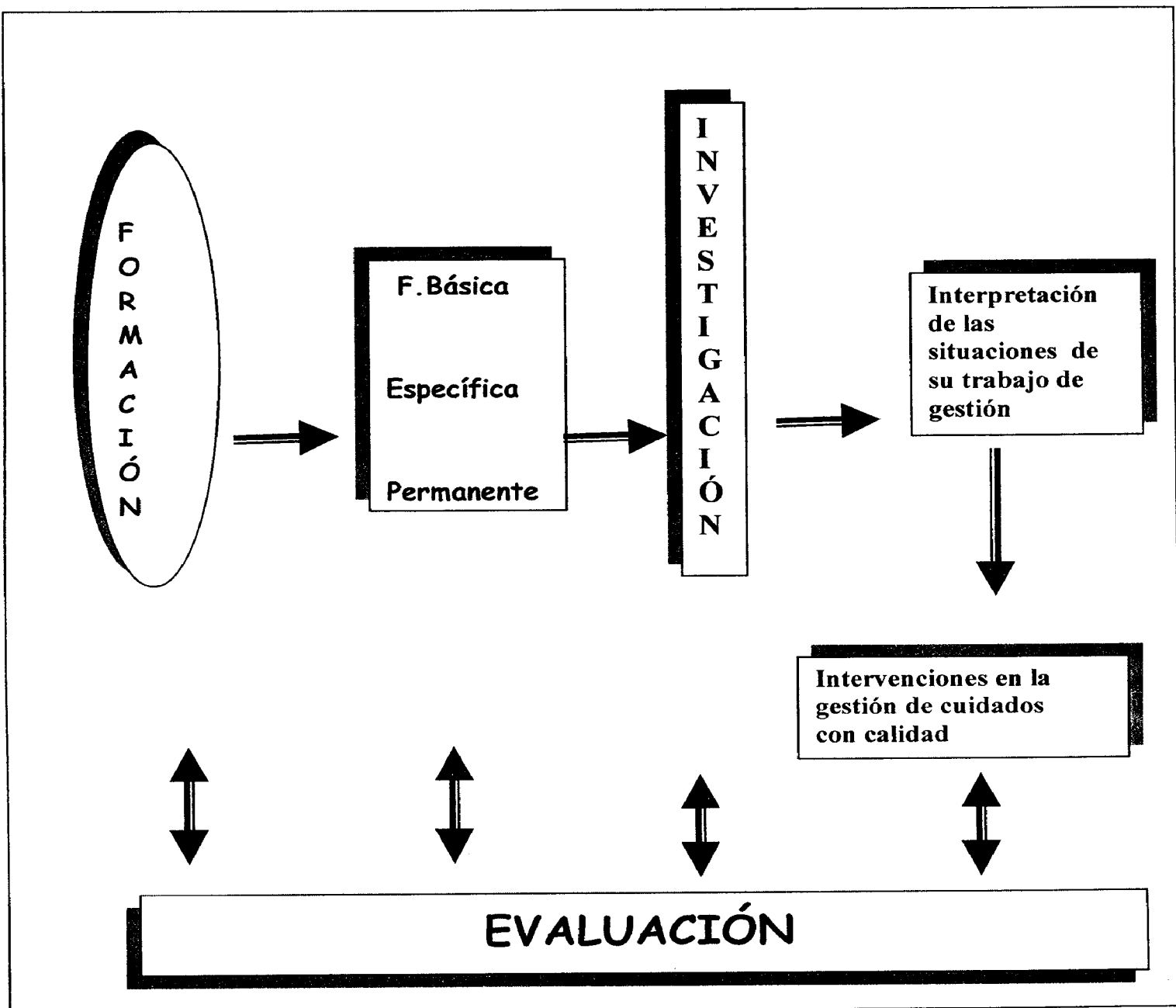
- B) Una formación de índole profesional, que no puede olvidar las necesidades sociales a las cuales intenta dar solución. La formación básica no capacita a los profesionales para el desarrollo de puestos de gestión; por ello, en esta parcela incluiríamos lo que en el cuadro se ha denominado **Formación Específica**. Hasta ahora, dicha formación se

adquiere a través de cursos de postgrado como experto. Concretamente para la gestión como hemos señalado en otra ocasión, sería la Licenciatura en Enfermería la que solventaría este vacío.

- C) Constituye una formación de formadores puesto que la formación de estos individuos como profesores va a tener una fuerte influencia social, según el modelo educativo que puedan difundir. Además de la Educación para la Salud como se ha explicado en el punto anterior, son los gestores junto con su equipo los encargados de detectar las necesidades, organizar, programar, dinamizar la formación de todos aquellos profesionales bajo su dirección.

- D) Por último, estaría la formación permanente

Figuranº 18: Fuentes: Elaboración propia Barquero, A. 2001



3.1. Necesidades de Formación de los Gestores.

Hasta aquí hemos justificado la necesidad que tienen las personas que desempeñan o van a desempeñar puestos de dirección de tener una formación específica para ello. ¿Pero, que necesidades tienen estas personas referidas a la formación que poseen? ¿Qué demandan, si es que realmente lo demandan?.

Para comenzar este apartado vamos a ir delimitando términos como necesidad y evaluación. Como comenta Balbás, M.J. (1994:64) en Villar L.M. (1994) *"El proceso de evaluación de necesidades ha sido y es muy utilizado en el ámbito educativo"*, Esta situación sin embargo no es frecuente en el campo sanitario referido a al formación/actualización sus profesionales y menos aun en aquello/as cuya actividad profesional es la gestión.

En el terreno de la sanidad, para cualquier tipo de intervención que se lleva a cabo tanto en la gestión de cuidados, como en la gestión de recursos el procedimiento seguido es el de la planificación y cuya secuencia a seguir según Pineault, R. y Daveluy C.(1996:31) detección e identificación de problemas y

necesidades, establecimiento de prioridades, fijación de objetivos, determinación de actividades y estrategias, previsión de recursos, evaluación. Por ello, el punto de partida para detectar cualquier situación deficitaria en el ámbito de la formación de las personas encargadas de coordinar los procesos de gestión debería ser la evaluación de necesidades; pues como Gairín (1995:30) *"El análisis de necesidades ha de evidenciar los déficit del sistema, de las personas o de los grupos, y los puntos de confluencia o divergencia, siendo la determinación política lo que ha de definir las necesidades que se satisfacen y las prioridades que al respecto se establecen"*

¿Qué se entiende por necesidad? En el contexto de análisis de necesidades significa una discrepancia o espacio existente entre una condición deseada o aceptable y una condición real, observada o percibida (Anderson y Ball, 1978; Kaufman y English, 1979; Witkin, 1977) citado por Sanz, R. (1996)

Para Gairín, J. (1995:82-85) *"Las conceptualizaciones sobre necesidad son tan variadas como los son las posiciones ideológicas o prácticas desde donde se emiten...si hubiera que clasificar las diferentes aportaciones, rápidamente se pueden encontrar dos grandes bloques: uno que podemos denominar "relacional y otro de carácter más polivalente"* y dentro de bloque relacional sitúa aquellos autores como: Tejedor, F.J. (1990:15-16), Baeatty (1981), Roth (1978), Alvira Martín (1991), Sarramona, Vázquez y Ucar (1991); estos autores, consideran el término necesidad como la relación que se establece entre dos situaciones.

Baeatty (1981:39-46) define a la necesidad como la discrepancia que existe entre el estado deseado de los acontecimientos y el que existe en la realidad. Distingue entre dos tipos de necesidades:

- a) Necesidad motivacional relativa a la persona que la siente
- b) Necesidad prescriptiva relativa a la que prescribe la autoridad. Estas a su vez pueden ser:
 - ❖ Límite inferior para su aceptación
 - ❖ Normal, promedio de situaciones al uso.

- ❖ Deseable, meta a conseguir, a corto, medio y largo plazo

La diferencia entre la situación actual y la deseada presenta situaciones deficitarias diferentes:

Situación ideal "vs" situación actual → déficit ideal

Situación deseada "vs" situación actual → déficit deseado

Situación esperada "vs" situación actual → déficit esperado

Situación normal "vs" situación actual → déficit normal

Situación estándar "vs" situación actual → déficit estándar

Roth (1978) citado por Gairín, J. (1995: pp 82-85) establece estas relaciones representadas en forma algebraica, como: $X - A = N$ Siendo:

X = Objetivo referencial

A = Situación actual

N = Grado de necesidad

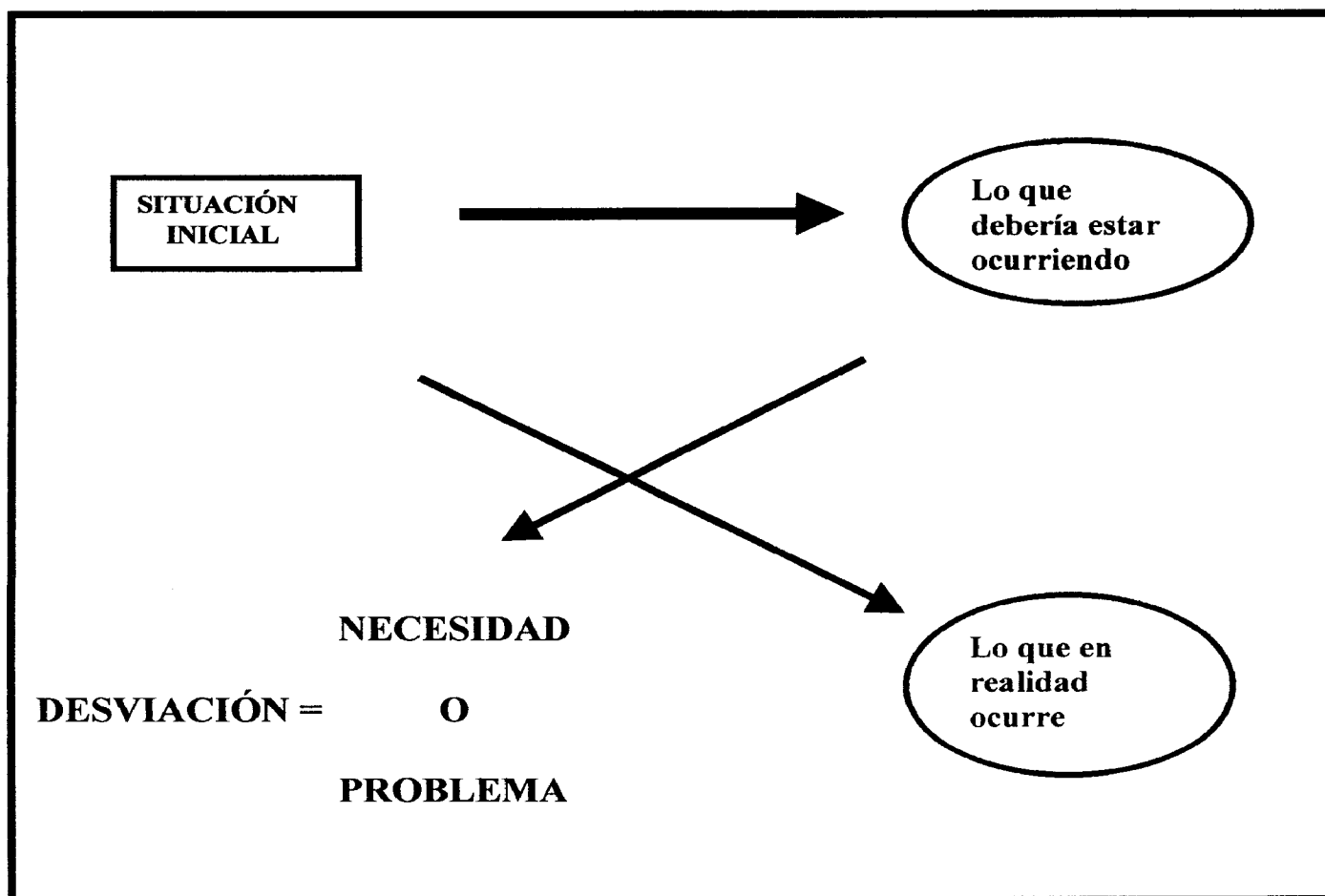
Alvira, F. (1991) considera la necesidad como "*la diferencia /defase entre lo que es y lo que debería ser*" y Sarramona,

Vázquez y Ucar (1991): *"Las necesidades ...se han vinculado ...con los deficits existentes entre la realidad y lo deseable y que son salvables mediante acciones de formación"*.

En este mismo sentido se pronuncia Zabalza (1986) citado por Balbás, M.J. (1994:64) en Villar L.M. (1994), *"La necesidad se produce por la diferencia entre la forma en que las cosas deberían ser, podrían ser o nos gustaría que fueran y la forma en que esas cosas son de hecho. La diferencia entre lo real y lo ideal."*

Los autores que utilizan una definición más polivalente siguiendo a Gairin J. (1995: 83-85) asocian el término necesidad a conceptos tan variables como problema, expectativas, carencia, déficit, interés u otros. Así Pérez, M.P. (1991:21) identifica el término necesidad con problema, y lo representa de la siguiente manera.

Figura: nº19. Fuentes: Concepto de necesidad de Pérez Campanero (1991) citado por Gairín (1995: 84)



Como se preguntan Pineault, R. y Daveluy C. (1996: 45-47) *"¿Los términos problemas y necesidad son sinónimos o distintos?... La necesidad expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el estado natural o real. En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado... Subrayamos que la existencia de necesidad puede concebirse incluso en una situación en la que no hay problema."*

Montero (1987: 7-31) Expone, que en algunos casos, el término necesidad se considera como sinónimo de carencia o problema. Al hacer esta equiparación, la necesidad se vive como un deterioro de autoimagen. Por ello, sería conveniente ampliar su sentido. Con esto se eliminaría de alguna forma su sentido peyorativo. En esta línea, un estudio realizado sobre los profesores por esta misma autora (1998:404), a la luz de distintas disciplinas (pedagogos, psicólogos, didactas), proporciona una visión que contribuye a responder a interrogantes como: *¿quiénes son?, ¿cómo piensan?, ¿qué formación tienen y cuál deberían tener?, ¿cómo afecta a su trabajo?, es decir, detecta una serie de necesidades que:*

"Contribuyen a la fundamentación de las decisiones en la formación y el desarrollo profesional de profesores y profesoras"

McKillip (1989:10) siguiendo la línea diferenciadora entre problema y necesidad hace cuatro consideraciones:

1. El reconocimiento de una necesidad está relacionado con los valores aceptados por las personas o grupos que tienen dicha necesidad.
2. Un grupo puede sentir una necesidad en unas circunstancias determinadas.
3. Un problema es un resultado inadecuado
4. El reconocimiento de una necesidad incluye un juicio de que existe una solución para el problema.

Como podemos ir comprobando son muchos los autores y en campos diferentes (educación, salud, psicología, antropología...) los que han analizado y teorizado sobre el término necesidad y problema. Otras perspectivas a propósito de dicho concepto nos la ofrece Stufflebeam (1984:6-7)) desde cuatro ángulos diferentes:

- A) **Perspectiva basada en la discrepancia:** necesidad es a diferencia que existe entre los resultados deseados y los observados.
- B) **Perspectiva democrática:** necesidad es el cambio deseado por la mayoría del grupo de referencia.
- C) **Perspectiva analítica:** necesidad es la dirección en que puede producirse una mejora en base a la información disponible.
- D) **Perspectiva diagnóstica:** necesidad es aquello cuya ausencia y deficiencia es perjudicial.

En líneas generales podríamos decir que una necesidad es la carencia de algo necesario para conseguir un estado óptimo o deseado de desarrollo en un determinado campo de acción. Pero, para realizar un estudio sobre necesidades, en según que ámbito, vayamos a realizarlo, se ha de conocer además de lo que se entiende por necesidad, de quién y qué necesidades van a ser identificadas.

3.2. Tipos de Necesidades de Formación

Pineault, R. y Daveluy C. (1996: p 46) clasifican a las necesidades citando la taxonomía de Bradsha (1977) de cuatro tipos:

- A) Necesidad Normativa: la define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una norma deseable u óptima.
- B) Necesidad Sentida: referida a la percepción que tiene la persona sobre su problema.

- C) Necesidad Expresada: la necesidad sentida se hace explícita. Equivale a la demanda formulada por dicha persona

- D) Necesidad Comparativa: entiende la necesidad que una persona o grupo debería tener, puesto que presenta las mismas características que otras personas o grupos a los que se les ha identificado una necesidad.

Respecto a esta clasificación Gairín (1995:89-90)), hace algunas clarificaciones del tipo.

- A) La clasificación combina varios referentes: el personal, social, lo percibido, lo explícito; pero también podrían haberse utilizado otros criterios del tipo:
 - Necesidad personal "versus" necesidad social
 - Necesidad del sistema "versus" necesidad de la persona
 - Necesidad impuesta "versus" necesidad real

- B) La clasificación contempla tipo de necesidades diferenciadas pero no excluyentes. Una perspectiva

integradora contemplaría los diferentes tipos, considerando que sus relaciones pueden cambiar con el tiempo y dependiendo de sus circunstancias.

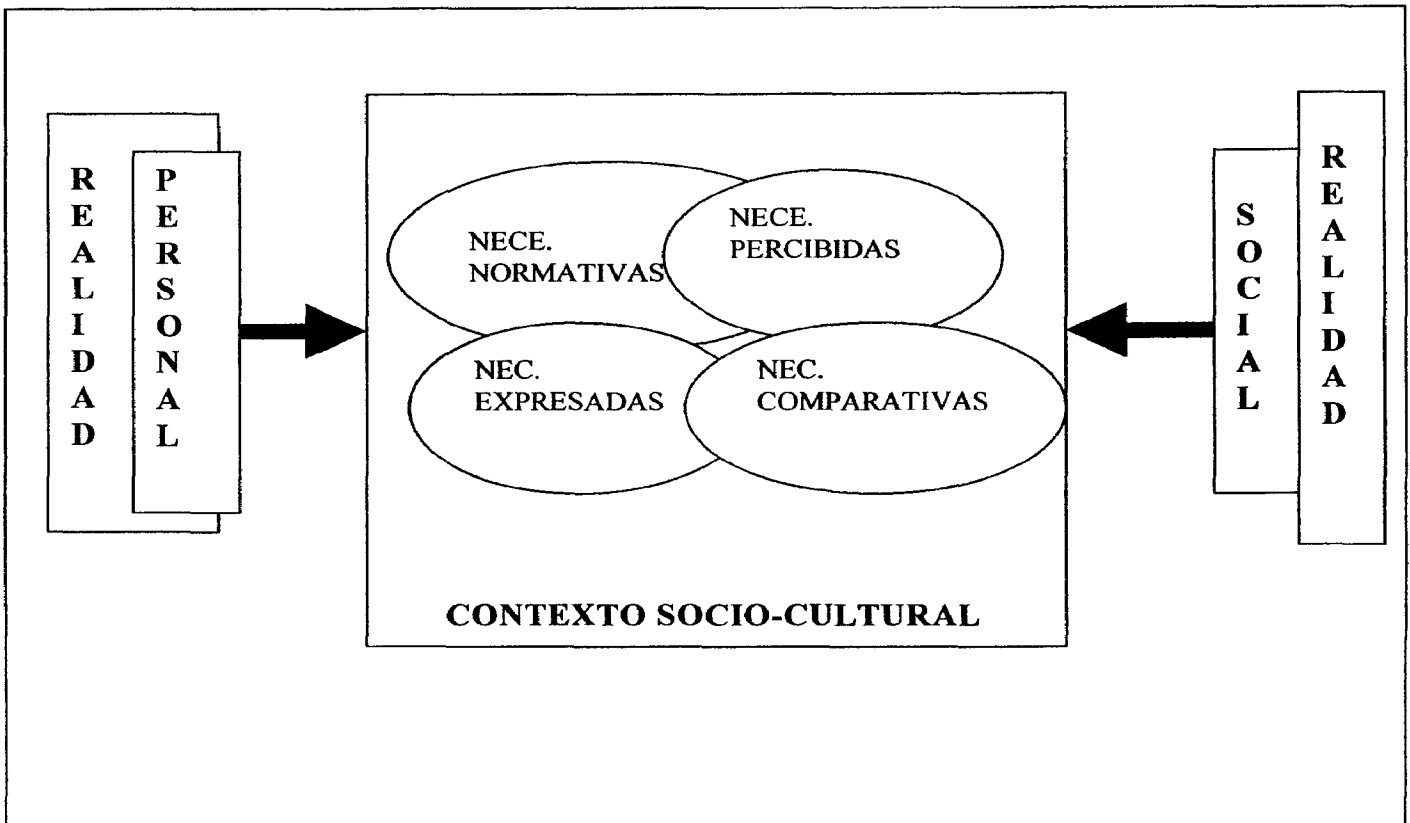


Figura nº20. Fuentes: Gairín y otros (1995:90)

- C) Las necesidades no sólo existen, también pueden crearse o potenciarse artificialmente.
- D) Dependiendo de donde provenga el análisis de necesidades así será su contenido.

- E) Desde algunas perspectivas, se llega a identificar necesidad con otros factores de evaluación.

- F) La consideración de las necesidades percibidas o latentes, tiene especial interés en la formación, en la medida en que identifican déficits reales de las personas.

El análisis de necesidades es necesario realizarlo siempre que estemos embarcados en un proceso de planificación. Begin (1979:19) dice que: "*Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y cómo evaluar*"; Además añaden Pineault, R. y Daveluy C. (1996:13) que el planificador debe identificar a los diferentes actores y reconocer sus intereses. Por ello, el paso previo a toda intervención ha de ser la detección, análisis y evaluación de las necesidades, o lo que puede denominarse como diagnóstico de la situación. Como dice Alvira, F. (1991:31): "*La evaluación o diagnóstico de necesidades es el primer paso racional en el desarrollo de un programa que la intervención quiere solucionar*".

Pero este proceso de detección ha de tener ciertas garantías de fiabilidad y rigor para Domínguez, G. (1998.31): *"Dicho proceso debe ser sistemático y científico, que permita saber en todo momento cuáles son las necesidades actuales, y, sobre todo, cuáles son las necesidades en un futuro, que permitan a su vez definir y caracterizar los grupos destinatarios y los diferentes tipos de necesidades como un proceso en permanente reelaboración para poder configurar los itinerarios formativos adaptados a las características de cada uno de ellos"*. Para ello, propone un modelo para la detección de necesidades que se expone a continuación Figura 19.

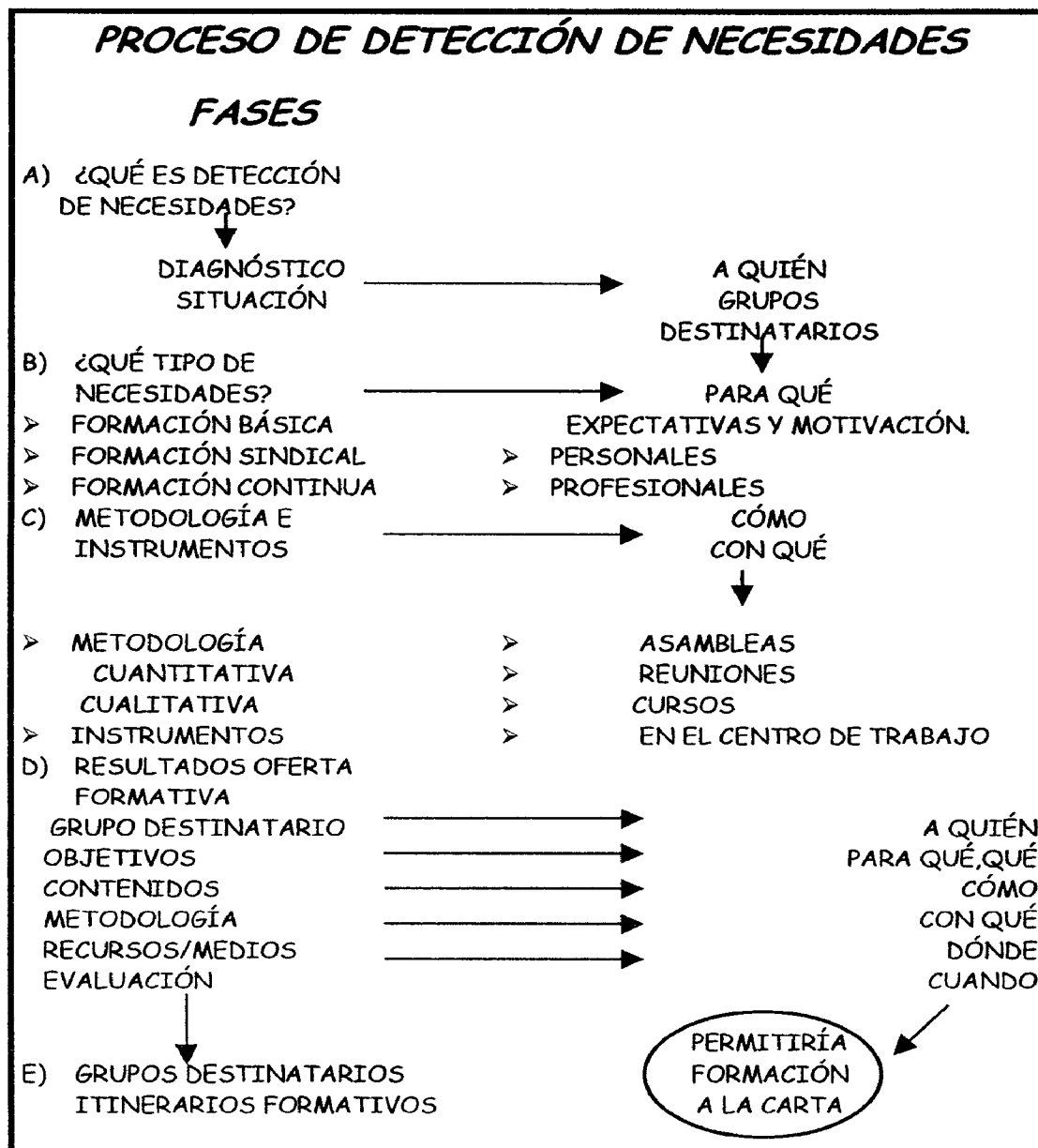


Figura nº 21. Domínguez, 1997, 1998. Proceso de Detección de Necesidades

4. LA EVALUACIÓN.

Una vez hechas las consideraciones sobre el término necesidad y sus diferentes acepciones, pasamos a contemplar el concepto evaluación. Aunque la evaluación es una práctica habitual en el campo gerencial del mundo de la sanidad, en el mundo empresarial, en el campo la educación, esta práctica es poco habitual a pesar de que como dice Benedito (1993:9) *"Evaluación y desarrollo profesional deben ir unidos. Se ha de potenciar la evaluación y la autoevaluación formativas. Son base para el conocimiento profesional y para hacer factibles la innovación y el cambio...Su objetivo prioritario consiste en compartir la autoevaluación entre colegas, escuchar los comentarios de los demás y recibir sugerencias y críticas sobre el trabajo realizado individualmente o mejor en equipo"*

La evaluación es una empresa compleja y como dice Stufflebean, L. y Shinkfield (1989:20): *"Si sirve al progreso y se utiliza para identificar los puntos fuertes y débiles, y para tender hacia una mejora, puede ser una fuerza positiva."*

Las razones que esgrimen Salvador (1997:439), y Tejedor (1997:414), a la hora de promover la evaluación, pueden ser utilizadas en cualquiera de los ámbitos anteriormente citados aunque el se refiere al contexto educativo y serían entre otras:

- 1.- La competitividad económica.
- 2.- La exigencia de la calidad, por parte de los ciudadanos, en todos los procesos productivos y de servicios.
- 3.- La creciente exigencia de calidad por parte de los empleadores.
- 4.- El momento de relativa estabilidad financiera como la demanda del usuario, en el que parece oportuno preocuparse por la mejora de la calidad.

5.- Adecuada rendición de cuentas.

Pero, para que el proceso evaluativo se lleve a cabo, no sólo han de querer los propios profesionales, que en muchas ocasiones conocedores de sus puntos débiles demandan determinada formación, sino que debe existir un compromiso por parte de la Administración que favorezca y se implique en dicho proceso.

4.1 Concepciones sobre la Evaluación

Hoy día como dice House E.R. (1994:22) *"La evaluación no sólo es ya un asunto interpersonal, sino colectivo. Debe tenerse en cuenta una comunidad más amplia de intereses pertinentes. Este es el problema fundamental del evaluador moderno y es lo que se echa sobre sus espaldas la carga más pesada de todas. Su evaluación no sólo debe ser veraz y creíble, también debe ser justa"*

Pero, a qué nos referimos cuando hablamos de evaluación, como de todos es bien conocido no existe un único concepto de evaluación, aunque la evaluación sea considerada como el mejor instrumento que tenemos para la mejora. El concepto evaluación ha sido concebido y llevado a la práctica de maneras muy diferente a lo largo de su corta historia, para ello, sólo hay que revisar la literatura sobre ésta, Estas diferencias han estado sujetas a razones tales como: al desarrollo histórico sufrido por el concepto, al posicionamiento ideológico de sus estudiosos, así como a su puesta en práctica. Aunque en los últimos años como plantea Nevo (1997: 21-22) *"se ha producido un considerable consenso entre los evaluadores que consideran a la evaluación como la valoración del mérito o de valía (Scriven, 1997; Stufflebeam, 1974; Eisner, 1979; House, 1980), o como una actividad que comprende tanto la descripción como el juicio crítico (Stake, 1967; Guba y Lincoln, 1981)"*

Por la misma diversidad de conceptos nos vamos a referir a aquellas definiciones de evaluación que desde perspectivas diferentes que han aportado elementos significativos a la misma. En líneas generales definición ampliamente aceptada sobre la evaluación, como plantea Nevo, D. (1997:21) y sugerida por evaluadores punteros como Cronbach (1973), Stufflebeam (1969), y Alkin (1969) consiste en: "*Proporcionar información para la toma de decisiones*".

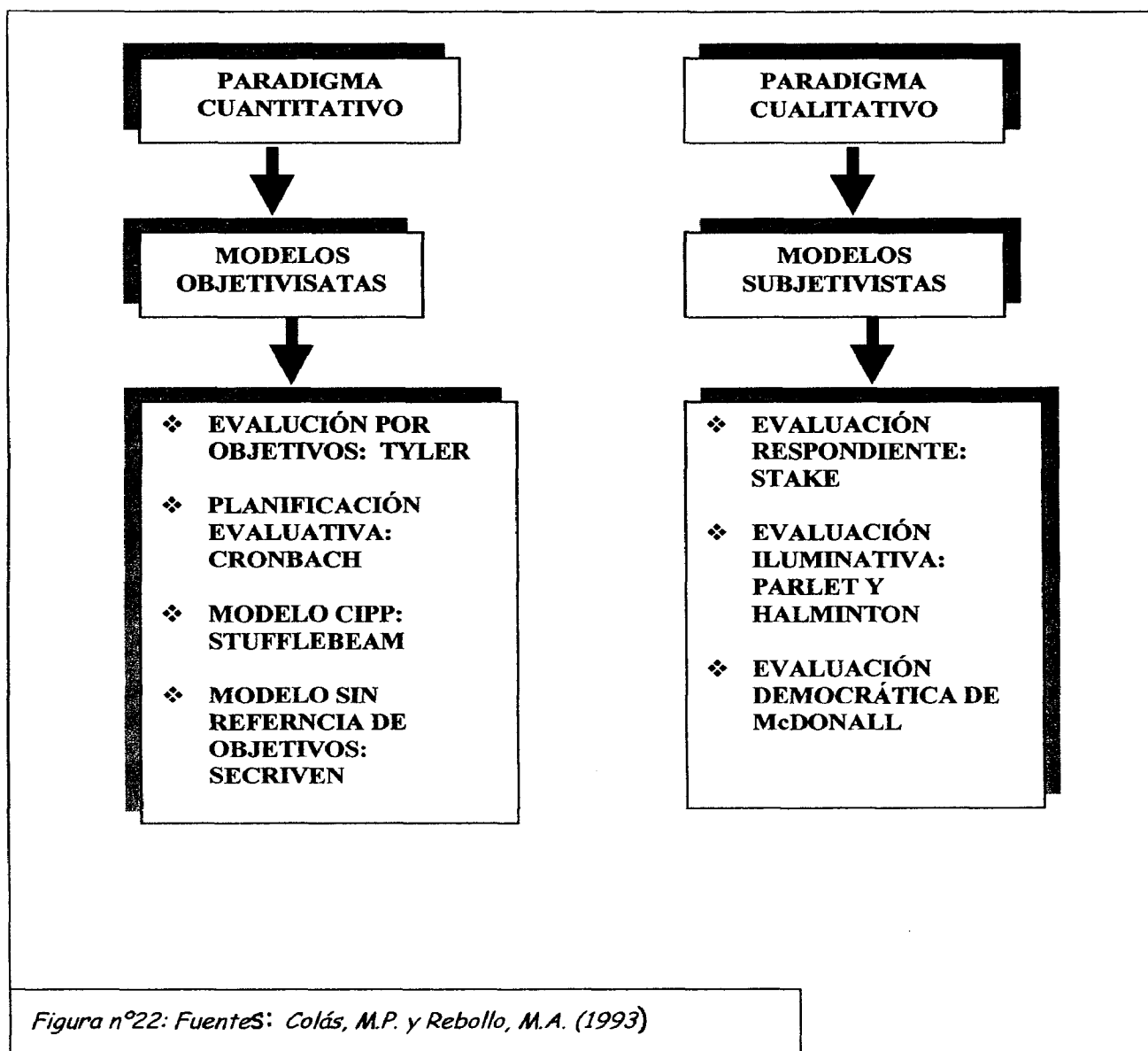
4.2. Los Enfoques Principales sobre Evaluación.

Según House, E.R. (1994:23): "*Se definen docenas de enfoques de la evaluación. No obstante, la mayoría de ellos puede agruparse en unos pocos tipos básicos... En sí, los modelos constituyen elaboraciones idealizadas de los enfoques de evaluación. Son muchas las contingencias distintas que configuran una evaluación real; por tanto, ésta puede adoptar muchas formas aunque comience, desde el punto de vista conceptual, como un tipo concreto.*"

La clasificación que vamos a hacer se basa en los siguientes criterios:

- A) Según en el paradigma en el que se encuadra y el modelo.
- B) Conceptualizaciones referidas a logros u objetivos que se han de conseguir.
- C) Conceptualizaciones que conciben a la evaluación como mérito o valor.
- D) La evaluación concebida como un proceso de recogida de datos imprescindibles en cualquier intervención para la toma de decisiones.

En el cuadro siguiente se expone una clasificación atendiendo al paradigma en el que se sitúan y el modelo que adoptan siguiendo a Colás, M.P. y Rebollo, M.A. (1993)



De la Torre, S. (1994:105) en Villar, L.M. (1994) hace la siguiente clasificación referida a los modelos:

Modelos de orientación positivista o tecnológica:	Evaluación por objetivos: Tyler Análisis de sistemas, análisis de discrepancias. Investigación instructiva: Davis (1981) Modelo de aprendizaje causal: Wang y Walberg (1983) Adquisición de criterios: Boris (1987)
Modelos de orientación interpretativa	Estudio de casos Crítica artística: Eisner Evaluación sin referencias a metas: Scriven. Experiencia vicaria: Davis (1981) Acreditación (House) Evaluación respondiente: Stake

**Modelos de orientación
Interpretativa**

**Evaluación iluminativa: Parlett
y Halmilton**

**Modelos de
Enfoque crítico**

**Evaluación democrática
McDonald
Jurídico o de adversario Owens,
Levine**

**Enfoque sociocultural
o interactivo**

**Evaluación de impacto: Alkin y
Daillak
Toma de decisiones: Alkin,
Stufflebeam
Evaluación transaccional: Stake,
Guba**

Popham (1980) citado por Pérez, R.; García, J.M. y Martínez, C. (1995:47): considera que los modelos de evaluación admiten diversas clasificaciones y propone cuatro modelos

- ❖ De consecución de metas (Tyler, Hammond, Metfessel).
- ❖ De enjuiciamiento sobre criterios intrínsecos: acreditación
- ❖ De enjuiciamiento sobre criterios extrínsecos: Stake, Scriven.
- ❖ De facilitación de decisiones: Stufflebeam, Guba, Alkin.

Referido a logros que se han de conseguir. Mide el éxito o eficacia de los procesos de intervención en función de los objetivos conseguidos.

- ❖ El modelo tayleriano está orientado hacia la toma de decisiones Tyler (1950: 69): *"Proceso que determina hasta que punto se han conseguido los objetivos"*

- ❖ Mager (1975: 20): *"Acto de comparar una medida con un estándar y emitir un juicio basado en la comparación"*

La evaluación que determina el mérito o valor de lo evaluado da un paso más y va más allá de la consecución de objetivos, considerando otras variables en los procesos de intervención. y no limitándose sólo a medir, sino que además emite un juicio sobre lo evaluado.

- ❖ Scriven en su modelo sin referencia a objetivos atiende no sólo a las metas y considera el impacto de lo evaluado. "Proceso por el que se determina el mérito o valor de alguna cosa" (1967).
- ❖ Rodríguez, J.L. (1980:19) cita a Wothen y Sanders (1973): *"La evaluación determina el valor de una cosa. Incluye la obtención de información para juzgar el valor..."* En esta definición se refiere el autor a lo evaluado, que, puede ser cualquier intervención (programas, objetivos, procedimientos).

- ❖ Para Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E.I (1992: 3-5): *"Evaluar es un proceso orientado a emitir un juicio de valor, supone un juicio acerca de algo"*

- ❖ El Joint Committee on Standards for Educational Evaluation citado por Stufflebean, L. y Shinkfield (1989:19b) 1ª reimpresión adopta la siguiente definición: *"La evaluación es enjuiciamiento sistemático de la valía o mérito de un objeto"*

La evaluación concebida como un proceso de recogida de datos imprescindibles en cualquier intervención para la toma de decisiones.

- ❖ Así Stufflebean, L. (1987:183) considera a la evaluación como: *"Un proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas... con el fin de servir de guía para la toma de decisiones."*

- ❖ Cronbach (1982) citado por Colás, P. y Rebollo, M.A. (1993:38) considera a la evaluación como un proceso que ayuda a obtener datos, que posteriormente podrán ser utilizado para tomar decisiones acerca de los programas educativos: *"Proceso de recopilación y utilización de la información para tomar decisiones"*.
- ❖ Popkewitz (1988) citado por Díaz, M.D. (1995:17) considera *"Que con el proceso evaluador la sociedad aprende sobre si misma, y contribuye al debate bien informado para participar en los planes de acción social"*
- ❖ Pérez, R.; García, J.L, y Martínez, C. nos ofrecen una definición muy completa sobre la evaluación de programas de Pérez R. (1992) en el estudio realizado sobre evaluación de programas y centros educativos (1995:47): *"Proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información rigurosa - valiosa,, válida y fiable -, orientado a valorar la calidad de un programa, como base para la posterior toma de*

personal implicado y, se modo indirecto, del cuerpo social en el que se encuentra inmerso"

- ❖ Según Gairín (1995:60): *"Además de incluir múltiples objetos de evaluación se incorporan nuevas funciones y momentos evaluativos... Hay también una preocupación por la utilidad de la evaluación en la línea de perfeccionamiento o mejora de la práctica, con independencia de quien tome la decisión. También es destacable el papel de los agentes evaluadores y la relación entre los distintos profesionales: evaluación interna-externa, auto-hetero-evaluación"*.

House (1994:24) propone en el siguiente cuadro nº 20 una taxonomía de los principales enfoques de la evaluación.

MODELO	DESTINATARIOS	METODOLOGÍA	PRODUCTO
Análisis De sistemas	Economistas, Directivos	PPBS, programación lineal, variación planificada, análisis coste/producto	Eficiencia
Objetivos conductuales	Directivos Psicólogos	Objetivos conductuales, test de resultados finales	Productividad responsabilidad
Decisión	Ejecutivos en especial administradores	Encuestas, cuestionarios, entrevistas, variación anual	Eficacia, control de calidad
Sin objetivos definidos	Clientes	Control de sesgos, análisis lógico, modus operandi	Elección del cliente, utilidad social
Crítica de arte	Entendidos, clientes	Revisión crítica	Normas mejores, mayor consciencia
Revisión profesional	Profesionales y público	Revisión a cargo del tribunal de estudio	Aceptación profesional
Cuasi-jurídico	Jurado	Procedimientos cuasi-jurídicos	Resolución
Estudio de casos	Clientes, profesionales	Estudios de casos, entrevistas, observaciones	Comprensión de la diversidad

Figura nº 23 Fuentes: House (1994:24).

Pero, el mismo House, E. R. (1994:23) refiriéndose a la variedad de modelos existentes plantea: *"Que muchos teóricos eminentes de la evaluación (Cronbach, Campbell y Glass, por ejemplo) no se comprometen con ningún enfoque concreto. Y otros, por ej. Guba, han publicado trabajos que defienden dos enfoques diferentes.*

Yo he llevado a cabo evaluaciones utilizando todos los enfoques principales"

4.3. Dimensiones de la Evaluación.

De las anteriores definiciones podemos concluir que la evaluación es un proceso sistemático de recogida de información que implica un juicio de valor y que nos orienta hacia la toma de decisiones. Pero, la evaluación según Santos Guerra. M.A. (1993:33) "*Es una parte integrante de los proyectos, no algo añadido al final de los mismos...La evaluación producirá diálogo, comprensión y mejora de los programas que se pongan la servicio de los usuarios"*

Aplicar la evaluación supone tener en cuenta una serie de características como:

- A) **Qué se evalúa**, es decir el objeto de la evaluación: puede ser diferente y en función de lo que se va a evaluar recurriremos a unas fuentes de información específicas, los protagonistas y las estrategias variarán en función de lo evaluado. Siguiendo a Loucks-Horsley (1987) citado por

Mingorance, P. (1995:229) en Villar, L.M. (1995): *"La evaluación de los programas de formación debe analizar todas las fases del proceso y podría ser el siguiente:*

- Revisión de la preparación, de las condiciones institucionales que faciliten el desarrollo profesional.
 - Evaluación del diagnóstico de necesidades.
 - Planificación, identificación de necesidades y expectativas profesionales.
 - Desarrollo de las actividades de formación.
- B) Para qué o la finalidad que se persigue la evaluación: (Diagnóstica o inicial, formativa o procesual, sumativa o de resultados) y en que momento se realiza es decir, evaluación inicial, continua o final.
- C) El modelo utilizado expuestos en puntos anteriores

- D) **Qué métodos** vamos a utilizar para la recogida de datos, coherentes con el modelo elegido y que reúnan las condiciones pertinentes como son validez, fiabilidad, pertinencia.
- E) **Quién evalúa** según Nevo (1997:33) *"La bibliografía sugiere dos importantes distinciones que deberían tenerse en cuenta cuando se identifican los tipos de evaluadores. La primera es entre el evaluador interno y el evaluador externo (Scriven 19967, 1991; Stufflebeam y otros 1971; Love, 1991; Mathison, 1991). El evaluador interno generalmente es contratado por los responsables del proyecto y les informa directamente. El evaluador externo no está contratado directamente por los responsables del proyecto y disfruta de un grado mayor de independencia.*

Generalmente esta pregunta debe responderse en relación a otra que es para quién sirve la evaluación o quién la demanda. Esto nos permitirá saber qué tipo de evaluación se está llevando a cabo: externa, interna, autoevaluación, heteroevaluación.

- F) **Quién demanda la evaluación** o lo que es lo mismo para quién es el informe, que deben ser los distintos colectivos que se hayan implicados en la misma. Como dice Santos, M.A. (1995:35) refiriéndose a Stenhouse (1984) cuando taxativamente afirmaba que evaluar es comprender: *"No hay que olvidar que lo más importante es no es el hecho de realizar la evaluación, ni siquiera el modo de hacerla sino al servicio de quien se pone"*
- G) **En qué contexto** se va a llevar a cabo, con las singularidades que esto entraña tanto de los evaluados como de las Organizaciones Sanitarias. Kemmis (1986) citado por Santos, M.A. (1995) nos dice que *" Los participantes...actúan de forma razonable según sus circunstancias y oportunidades. La tarea de una evaluación*

es iluminar... identificar factores históricos y contextuales que lo influyen y facilitar el examen crítico dentro y fuera de la comunidad sobre la cual actúa". En resumen, la evaluación nos ayuda a comprender el funcionamiento de los programas en su contexto.

4.4. Algunas Consideraciones sobre las Características de la Evaluación.

Hasta aquí hemos ido analizando algunas variables que hemos de tener en cuenta en los procesos evaluativos, pero, si bien, eso es cierto, no lo es menos un aspecto a contemplar en toda evaluación y es el contexto dónde se va a llevar a cabo. Por ello, al hablar de evaluación de necesidades formativas en los/as gestores/as de enfermería, hemos de contemplar el ambiente donde se lleva a cabo el desarrollo profesional de los/as mismos/as, que características tiene su centro de trabajo, que cultura profesional existe, cómo son las relaciones humanas entre la

dirección y el resto del personal, qué ofertas formativas se les ofertan.

La evaluación como se ha comentado anteriormente debería ser una acción habitual tanto en el terreno profesional como dice Santos Guerra (1998) citado por Moreno, E. (1998:18) al referirse a la evaluación: *"No es el momento final del proceso en el que se comprueba cuales han sido los resultados del trabajo. Es un permanente estado reflexivo apoyado en evidencias de diversos tipos"*.

Si la evaluación entendida así, es muy necesaria en nuestra sociedad, cuanto más en los procesos formativos de profesionales que se dedican a la gestión de los cuidados de las personas. Esto es necesario aclararlo porque como dice Santos Guerra (1995:34). *"La confusión semántica que se esconde bajo el concepto aparentemente unívoco de evaluación es muy grande. Se habla de evaluación refiriéndose a procesos de carácter comparativo aplicado a mediciones de resultados, se llama evaluación a fenómenos de rendimiento de cuentas impuestos por la autoridad, se denomina evaluación al análisis diagnóstico"*

realizado mediante instrumentos que permiten cuantificar los datos..."

La evaluación que se plantea llevar a cabo desde esta perspectiva reúne las siguientes características:

- ❖ **Informativa:** es decir, que describa y explique de forma cualitativa todo lo relacionado con las necesidades de formación que plantean los profesionales de enfermería dedicados a la gestión, expectativas, dificultades de los mismos y extraídos de los diferentes métodos utilizados en la recogida de datos.

- ❖ **Formativa:** que sirva para transformar personal y profesionalmente a todas las personas implicadas en el estudio, es decir, a los gestores enfermeros en su desempeño profesional. Como dice Villar, L.M. y Marcelo, C. (1995:63) citando a Bolam (1988): *"La evaluación de la formación ...se puede concebir como una innovación... inspirada en la teoría del cambio"*

- ❖ Contextualizada: que tenga en cuenta todos aquellos aspectos que de alguna manera le confieren peculiaridad. Nuestro Sistema Sanitario, posee características a nivel de Comunidades Autónomas que las hacen muy diferentes. En nuestro caso, en el Servicio Andaluz de Salud como anteriormente se ha argumentado la cultura organizacional tiene su propia indiosincracia, con connotaciones distintas dependiendo en nivel de atención en el que nos situemos: Atención Primaria y/o Atención Especializada. Moreno, E. (1998:270) dice citando a Santos, M.A.: (1995:35): *"Que la evaluación debe tener en cuenta no sólo a los sujetos sino las condiciones en que trabajan, los medios que tiene, el contexto en que se realiza la actividad..."*

- ❖ Práctica: es decir, que su finalidad sea la de mejorar aquellos programas de formación (si los hubiera), vigentes, a través de su conocimiento, funcionamiento, resultados, o bien, que de ella salgan propuestas clarificadoras de formación que faciliten la puesta en marcha de planes formativos, coherentes y en base a las necesidades

detectadas. Dichas propuestas se harán llegar tanto a la Administración Sanitaria como a los propios gestores porque como dice Villar, L.M. y Marcelo, C. refiriéndose a la formación de los profesores (1995: 61) en Pérez, R y otro: *"Los profesores deben disponer de oportunidades para su autoperfeccionamiento profesional y de alternativas administrativas para su utilización... entre otras facilidades comprendidas en un plan de formación permanente"*

- ❖ Democrática, participativa y respetuosa con la intimidad de los participantes: Que esté al servicio de aquellas personas que participan en el estudio, dándoles participación en la misma a través de: escuchar sus sugerencias, con la comunicación de resultados. El estudio se ha comenzado (como posteriormente se argumentará) con reuniones de expertos (gestores, docentes, expertos en gestión, ex gestores), Delphi, cuestionario, y el compromiso adquirido con las personas que están participando.

4.5. Necesidad de Evaluar las Necesidades de Formación.

Hasta aquí se ha ido argumentando los diferentes conceptos que vamos a ir barajando en la investigación, ahora nos vamos a plantear el por qué es necesario evaluar las necesidades.

Las deficiencias que presentan los gestores y como hasta aquí se ha ido argumentando, proceden de diversos ámbitos como son: el personal, el profesional (relacionadas con sus funciones, con el propio equipo y/o las de los trabajadores a su cargo), las administrativas propias de la Institución en la que trabaja, las derivadas del contexto donde se desenvuelve su profesión ya sea hospitalaria o en Atención Primaria, a esto último se le suma la diferencia que existe entre la población a su cargo. Por ello, si nuestra intención es intervenir con el objetivo de ir subsanado dichas deficiencias, el paso previo para llevar a cabo una planificación que de respuestas a los problemas planteados es la evaluación de dichas necesidades; como en cualquier proceso de

planificación la secuencia a seguir sería la que exponemos a continuación.

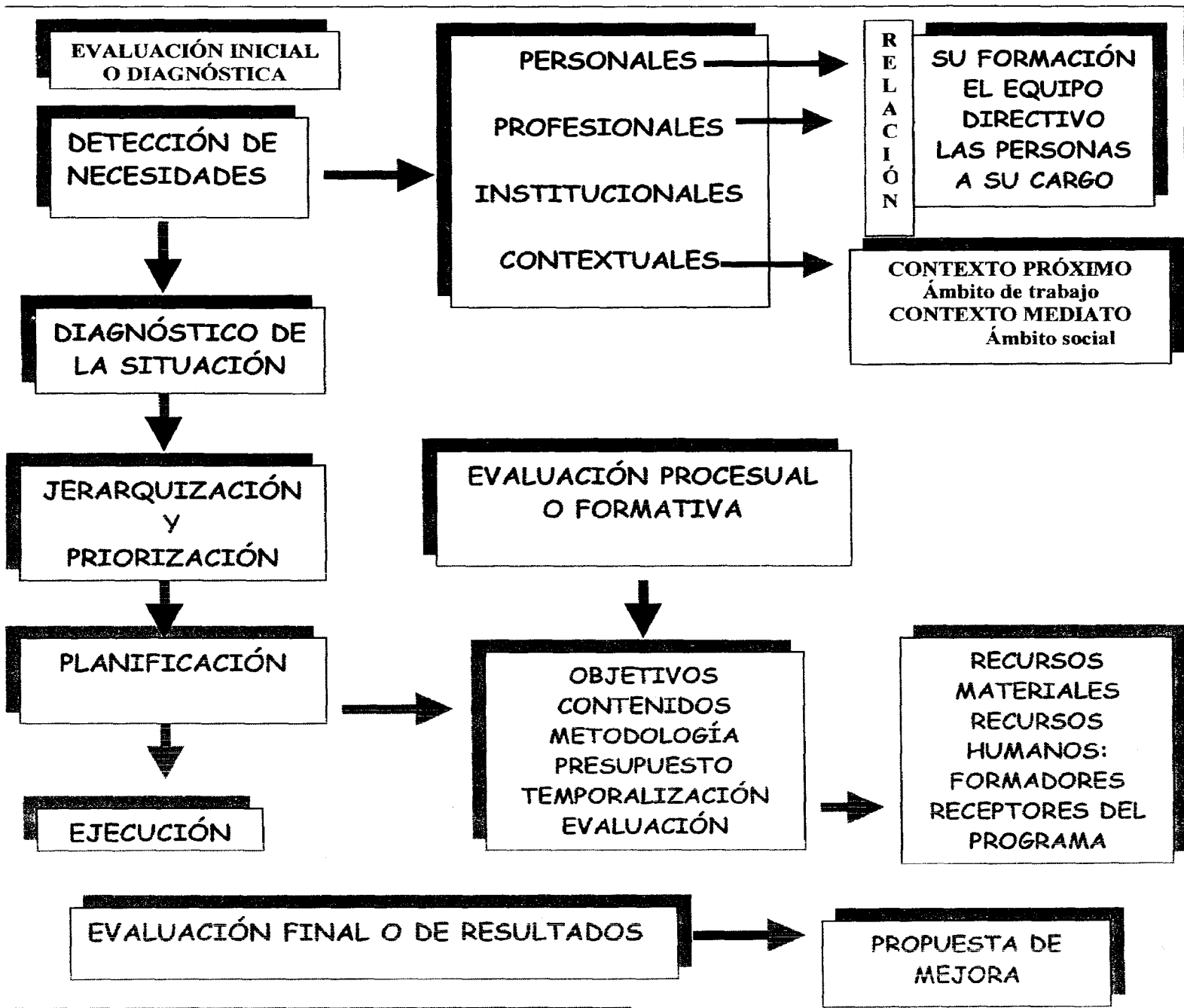


Figura n°24 Fuentes: Elaboración propia. Barquero, A. 2001

El análisis y la evaluación de necesidades por tanto, sería el primer paso a realizar en cualquier proceso de planificación por varios motivos:

1. Nos sitúa en el punto de partida, ayudándonos a clarificar dónde estamos y con qué problemas contamos.
2. Conocida la realidad, nos hace ver el camino que hay que recorrer para llegar hasta donde queremos.
3. El punto anterior nos puede ayudar a descubrir los puntos fuertes, débiles y las amenazas relativas a la situación diagnosticada. Además, puede hacernos reflexionar sobre las posibilidades reales o fortalezas con las que contamos ayudándonos a formular objetivos reales, alcanzables y evaluables.
4. La información que nos proporciona dicho análisis, nos ayuda a buscar soluciones reales, acordes a los problemas.

5. La información recabada, sólo es orientativa, pero es imprescindible para planificar cualquier proceso de cambio, además facilita la toma de decisiones tanto a los evaluadores como a los responsables institucionales encargados de su aprobación y financiación.

6. Hecho el diagnóstico, esta información puede proporcionárseles por parte de los evaluadores, tanto a evaluados como a responsables de las Instituciones sanitarias que de alguna manera serán los encargados de financiar la intervención. Esto puede ayudarnos en varios sentidos, por una parte los evaluados una vez conocido el diagnóstico, pueden implicarse activamente en el proceso y por otra, las Instituciones verán justificado la inversión de recursos a realizar proporcionando de esta manera su apoyo que estará basado en una información fidedigna y no en otros motivos que hacen que muchas veces fracasen los programas.

4.6. Modelos para detectar necesidades.

El proceso de detección de necesidades para su posterior análisis y diagnóstico de las mismas, requiere de la elección de un modelo. Estos modelos llevan implícitos una serie de técnicas y procedimientos que harán posible la puesta en marcha de los programas o intervenciones necesarios.

Siguiendo a Gairín (1995:100-105) vamos a exponer una serie de modelos:

A) **MODELO DE APROXIMACIÓN A LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES** presentado por Cohen(1981)

1.-	Propósito de	Justificación política
	la evaluación	Mobilización comunitaria
		Producción de conocimiento
		Ayuda a la toma de decisiones
		Parte de un proceso de planificación.

2.- ¿Qué necesidades se van a evaluar?

- 3.- Para qué se va a utilizar la evaluación y de la extensión de su influencia.
- 4.- Cuánto ha costado antes de comenzar un nuevo estudio
- 5.- Qué resultados hemos obtenido
- 6.- Cómo podemos obtener nuevos datos
- 7.- Qué recursos hemos utilizados tanto internos como externos a la evaluación

B) EL EDUCATIONAL DECISION MODEL de Witking (1978).

Concebido como un proceso para establecer prioridades y tomar decisiones referente a los recursos

1. ¿Quién demanda la evaluación?
2. ¿Por qué se quiere evaluar la evaluación?
3. Alcance de la evaluación
4. Información necesitada para conseguir nuestros objetivos.
7. Métodos para la recogida de información
8. Utilización de los datos.
9. Recursos que disponemos
10. Qué esperamos resolver con la evaluación

C) MODELO DE ELEMENTOS ORGANIZACIONALES

Identificado con las propuestas de Kauffman (1983) dentro del proceso de planificación este autor desarrollo la detección de necesidades de la siguiente manera:

1. Planificar
2. Qué está generando el problema (síntomas)
3. Delimitación de la planificación
4. Identificar y seleccionar los medios y procedimientos más adecuados para la evaluación de necesidades implicando a los interesados en la planificación y consensuando las actuaciones.
5. Cómo se puede medir tanto las condiciones existentes como aquellas que se requieren para hacer viable el proyecto
6. Priorización de actuaciones en aquellas que se discrepa
7. Asegurar que el proceso de evaluación de necesidades sea un procedimiento constante (Pérez Campanero 1991).

- E) **MODELO COLEGIAL COMUNITARIO.** Formalizado por Tucker (1974) exige una planificación técnica para ayudar en la toma de decisiones respecto a:
1. Rango de las necesidades y su priorización
 2. Desarrollo de planes para detectar necesidades priorizadas.
 3. Reparto de presupuestos en función de dicha priorización de necesidades
 4. Relación beneficio y costo de cubrir necesidades
 5. Desarrollar métodos dinámicos de evaluación sobre la eficacia.

Existen otros modelos como el ecológico, el cíclico y los recopilados por Pérez Campanero (1991) sobre análisis de necesidades desde la perspectiva de los servicios sociales. Sanz Oro, R. (1996.84) propone diferentes modelos para mejorar los programas de orientación educativa como el modelo CIPP - Contexto, entrada, proceso, producto desarrollado por Stufflebean y otros (1971) el de Collison (1982) para detectar necesidades en estudiantes de enseñanzas medias o el de Hays

(1977) para conducir un análisis de necesidades en un contexto escolar.

5. CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA CALIDAD.

El concepto de calidad surge aproximadamente en los años 30 como procedimiento para detectar y corregir desviaciones en la producción, más tarde será tema de gran interés, entre otros para el sector educativo y sanitario, aunque, como expone Álvarez, M.(1998:10) *"En el mundo empresarial el concepto de calidad es menos polisémico y responde a indicadores más fácilmente cuantificables que en el mundo educativo"*.

"Las investigaciones sobre la calidad son relativamente recientes. Apenas en los años 30 cuando comienza a preocupar al ciudadano y al empresario que los productos que se venden y compran sean de calidad. Lo mismo sucede respecto a la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones públicas tanto desde el punto de la salud como de la enseñanza." Álvarez, M. (1998:10). Hoy día, la búsqueda de la calidad, es más, de la excelencia, es uno de los caballos de batalla de gestores, profesionales y usuarios de

nuestro Sistema de Salud y de nuestro sistema Educativo y como ya hemos comentado anteriormente, a la hora de medir la calidad, la evaluación y la formación son dos conceptos totalmente relacionados. *"La formación de los trabajadores es una premisa importante de calidad entendida como "cero defectos"... El manual de calidad publicado por Juran, servirá como base para formar a los responsables de calidad en cada empresa."* Álvarez, M. (1998:11).

Pero la participación de los trabajadores en los procesos de calidad comienza a desarrollar principalmente en Japón entre los años 50 y 70; fueron Deming (1989:12: "La calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto") y Juran (1990:6: "Idoneidad o aptitud para el uso") dos expertos americanos los que conjuntamente con Ishikawa (1985:43: "La satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio") los que crean el Instituto para la Calidad a través del cual investigaron y pusieron en marcha métodos de trabajo que más tarde serían los principios de calidad. Algunos de estos principios son tales como: "La calidad debe entenderse como un proceso de

mejora continua, los trabajadores deben implicare en los procesos de producción organizando círculos de calidad"

Como sugieren Saturno, P.J.; Quintana, O. y Varo, J. (Año 1997:22) citando a Varo, J. (1993) el concepto de calidad puede aplicarse a muy diversos aspectos de una determinada actividad industrial o de servicios, desde niveles filosóficos globales, a calidad de procesos, del sistema, del personal, de los objetivos de la empresa etc. La calidad puede tener diversas acepciones relacionadas estrechamente entre sí, de manera que esto conduzca a la consecución de la excelencia mediante una gestión de Calidad en todos los niveles organizativos en el mundo empresarial.

Este enfoque es conocido como Calidad total que como define Donabedian, A. (1984) citados por estos autores *"Es el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para promover productos y*

servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste".

Las acepciones a las que se han hecho referencias están relacionadas con:

- ❖ Una filosofía empresarial que orienta a la empresa hacia el cliente externo y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno, y el fomento de su motivación, formación y participación.
- ❖ Una función directiva - la gestión de la calidad- que desarrolla a través de cuatro procesos de planificación, organización, controla y mejora
- ❖ Un conjunto de características del producto o servicio que satisfacen las necesidades del consumidor.

Si consideramos todas estas definiciones, podemos apreciar la existencia de un esquema básico en todas ellas que pueden ayudarnos a analizar y describir la calidad de cualquier producto o servicio. Por ello, lo primero a tener en cuenta es el servicio o producto que se ofrece ya que no es igual ofertar salud, educación u otro tipo de productos como pueden ser automóviles, comida, electrodomésticos etc. En función de éstos así tendremos que definir la calidad.

DIAGRAMA DE LA TQM (total quality management)

Evolución conceptual de la calidad.

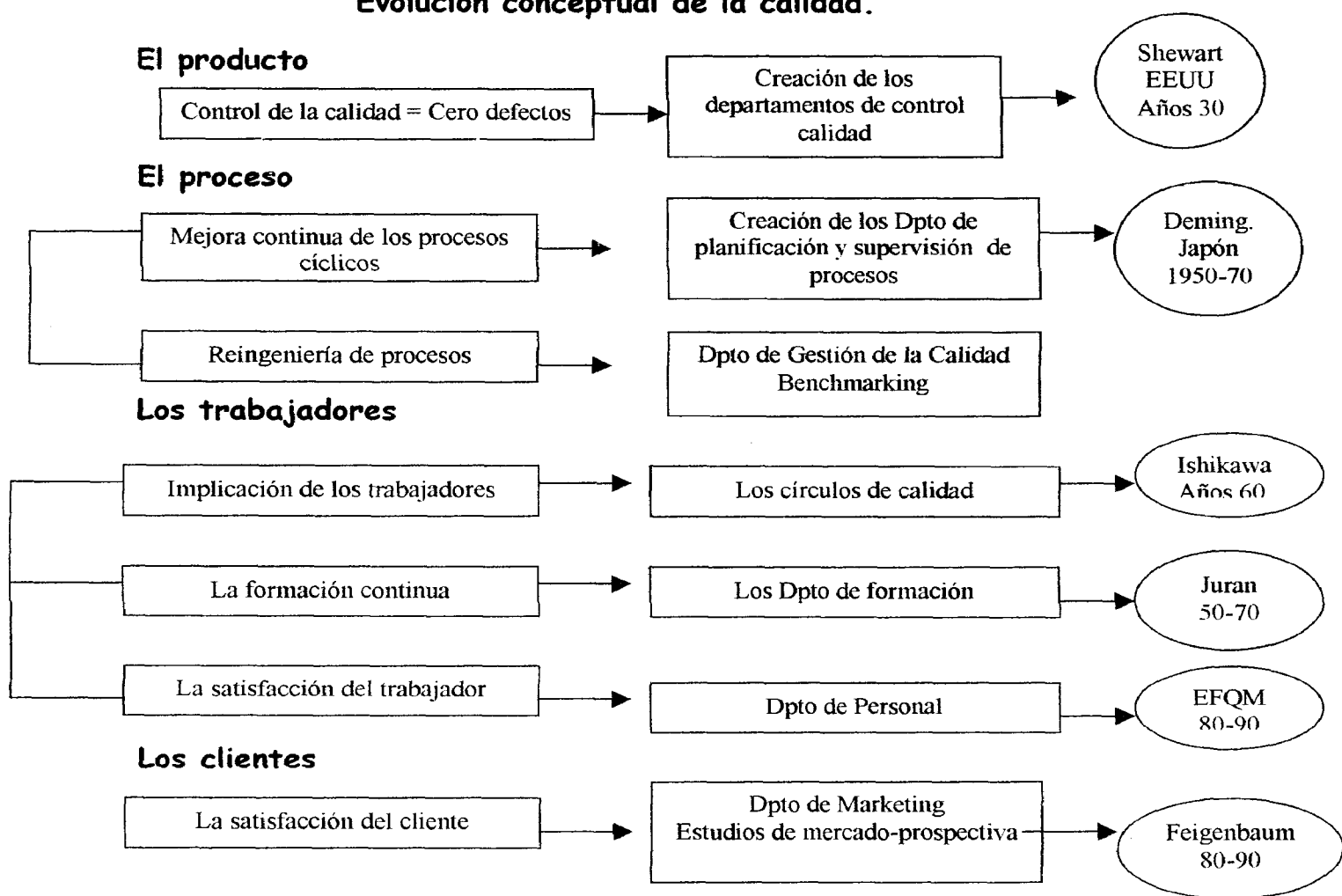


Figura nº25 Fuente: Álvarez, M. (1998:13)

5.1. Sistemas para Gestionar la Calidad.

Una vez analizado el concepto de calidad y con el fin de cumplir la política y los objetivos de calidad que cada una de las instituciones o empresas persiguen, el siguiente paso, sería crear una estructura de calidad o los denominados sistemas de calidad que son los que permiten la gestión de la misma. Al igual que con la conceptualización del término existen multitud de sistemas que se diferencian entre sí por muy diferentes motivos como: porque ponen su énfasis en ciertos factores, o son más metódicos y más organizados, por tener objetivos más ambiciosos con un carácter más globalizador, pero, como dicen Badía, A. y Bellido, S. (1999:41) el problema de estos sistemas radica en el reconocimiento de la validez de los mismos en el mercado el cual tiene sus propios sistemas reconocidos como Sistema de Calidad ISO 9000, Modelo de evaluación de la calidad Malcon Baldrige, Modelo Europeo de autoevaluación de la Calidad, Quality Function Deployment entre otros.

Si es importante reseñar como dicen los autores Badía, A. y Bellido, S. (1999:43): que los aspectos que están presentes en todos los sistemas de calidad porque son imprescindibles para que estos tengan un buen funcionamiento a largo plazo son: Control del proceso, convencimiento de la dirección, mejora continua y formación

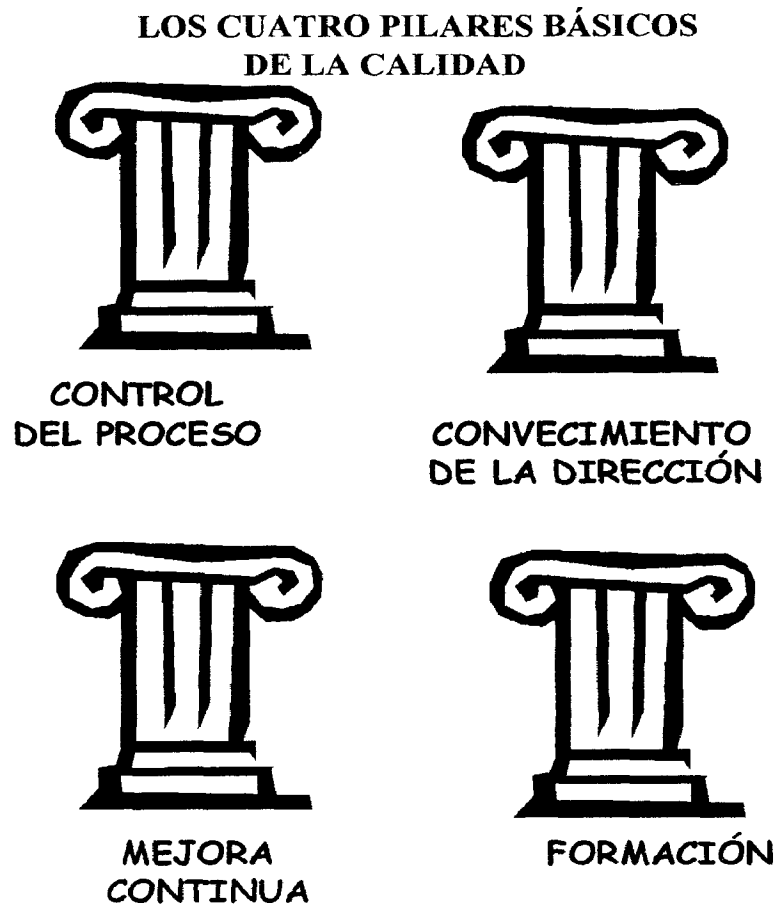


Figura nº: 26. Fuentes: Badía, A. y Bellido, s. (1999:44)

5.2. El Concepto de Calidad en el Campo Educativo

En el mundo de la educación al igual que en otros campos, si quisiéramos dar una concepción concreta, nos vamos a encontrar un amplio abanico de definiciones y propuestas: *"Calidad se asocia a valor, a excelencia, (...) un sello de garantía y reconocimiento a la realidad a la que se aplica (...) Calidad es, también, un anhelo, un deseo de perfección, (...) La educación comparte esta orientación e incluye entre sus objetivos prioritarios la consecución de la calidad"* Marchesi Y Martín (1998:30-31); *"calidad como simples resultados (...) la calidad como predicción de resultados podría basarse en la disponibilidad de recursos (materiales y personales) para alcanzar los objetivos previstos, y... una tercera corriente se centra en el análisis de los procesos instructivos y educativos (forma de enseñanza, trabajo escolar, dinámica y formas de la organización, participación, evaluación, clima de centro, etc.) (...) la calidad de la educación depende esencialmente de la práctica docente y del funcionamiento de los centros"* (Soler, 1998:255); *"Calidad como Excepción, Calidad como Perfección, Calidad como Actitud para Alcanzar un Objetivo, Calidad como Costo/Beneficio, Calidad como*

Mecanismo de transformación" (Vieira, J.T., 1997: 453-454); *"La calidad como reputación o fama de las instituciones, como disponibilidad de recursos o inputs, la calidad a través de los resultados, la calidad por el contenido o la oferta de estudios y la calidad como valor añadido"* (Rodríguez Espinar, 1991).

Zabalza, M.A. (1996:33,34) dice que en los trabajos relativos a la calidad pueden identificarse una serie de "ejes semánticos" que permiten organizar el contenido del concepto de calidad y a su vez, éstos pueden aplicarse al análisis de diferentes realidades de la vida social. De estas visiones se pueden destacar:

- A) **La calidad vinculada a los valores:** Componente éste básico de la calidad para muchos autores: "que contengan elementos valiosos". Desde esta perspectiva se le atribuye calidad a aquello que representa a alguno de los valores vigentes.

- B) **La calidad vinculada a la efectividad:** La calidad se le atribuye a aquella institución o proceso que obtiene buenos resultados desde esta perspectiva.

- C) La calidad vinculada a la satisfacción de los participantes en el proceso y de los usuarios del mismo:** A esta dimensión hasta ahora poco contemplada, cada vez se le está otorgando mayor importancia ya que juega cada vez un papel más preponderante como base y condición para obtener la efectividad. Forman parte de esta visión lo que entendemos como "calidad de vida" e incluso en ámbitos puramente empresariales "satisfacción de los empleados".

Este autor, considera que cuando pretendemos aplicar el concepto de calidad a la educación, estas tres acepciones de la calidad se complementan, así podemos decir que estamos ante un programa educativo, ante un profesorado o ante un material educativo de calidad cuando podemos reconocer en ellos los tres componentes citados:

- A) Una identificación con los valores formativos clave:** Es decir que estén comprometidos con los valores educativos

que la educación pretende ofrecer para el desarrollo integral de las personas y de la sociedad.

- B) Unos resultados de alto nivel.**

- C) Un clima de trabajo satisfactorio para cuantos participan en la situación en el proceso evaluado: Sólo la satisfacción de los agentes y usuarios garantizan que las acciones que se desarrollan y los resultados que se logran sean de máximo interés.**

Respecto al último punto, no hay que olvidar como expone Badía, B. y Bellido, S. (1999:29), que una de las claves del éxito de la calidad total en Japón han sido el tener muy en cuenta las remuneraciones extramateriales del personal como:

- ❖ La satisfacción del trabajo bien hecho y alcanzar metas.

- ❖ El reconocimiento ajeno de su trabajo

- ❖ El crecimiento personal.

Todo lo anteriormente expuesto, nos lleva a la conclusión de que debemos acentuar la necesidad, de elegir entre los modelos existentes de calidad teniendo en cuenta las características y dimensiones citadas; los más implementados en la actualidad son derivaciones de los empresariales: calidad total; destacamos la aportación de Deming (1989:19; cit. en Sánchez Valle: 283-284), que aplica los principios de la calidad total a las empresas de servicios sociales, y trata de ofrecer líneas de actuación futuras, para la mejora de la calidad de la institución.

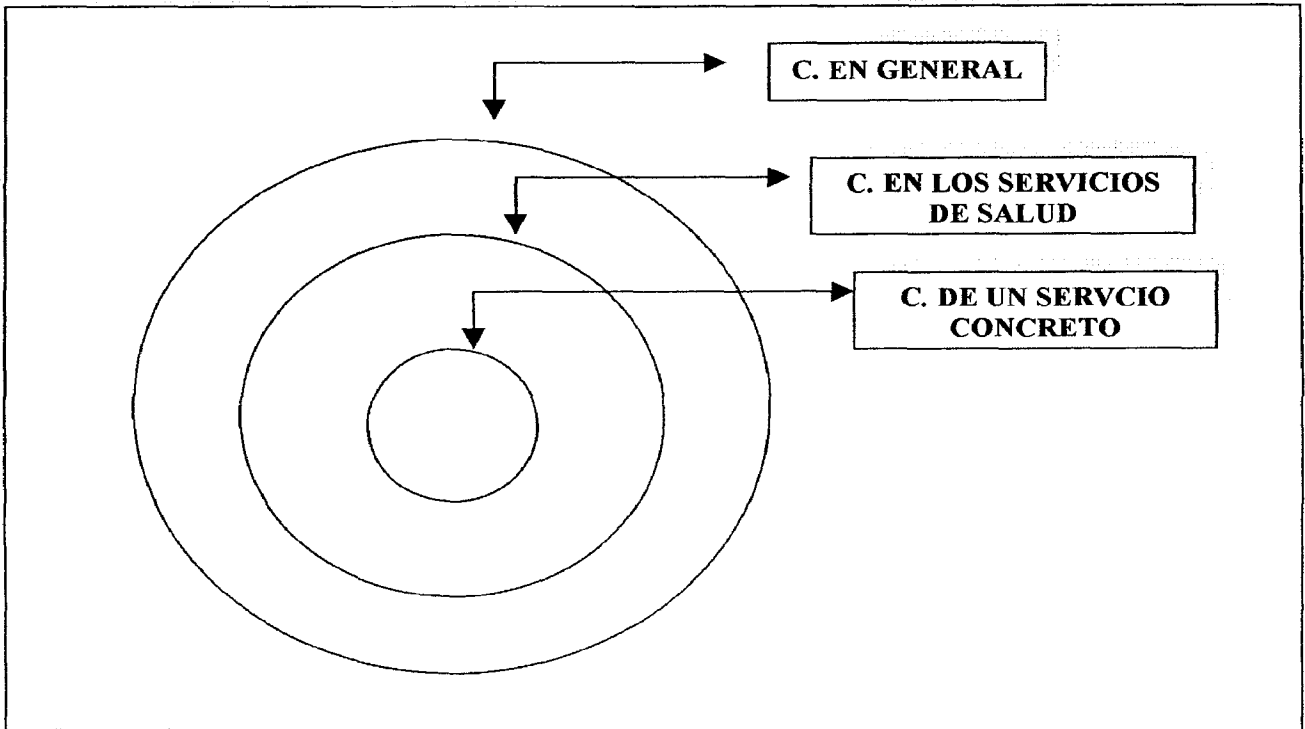
5.3. El Concepto de Calidad en la Atención a la Salud.

Según Saturno, P.J.:(1999: 35-39) "Definir lo que se entiende por calidad de la atención no es una disquisición teórica irrelevante para la práctica; si lo que pretendemos es explicitar el marco de referencia para su evaluación y mejora... Como punto de partida, la mejor definición de calidad de la atención que podemos ofrecer sería una hoja en blanco... que sirve para subrayar que se trata de un concepto en evolución, que ha de ir perfilándose y enriqueciéndose, y que, casi con seguridad, va a ir evolucionando"

Los autores Saturno, P.J.; Quintana, O. y Varo, J. (Año 1997:20,21) a la hora de concretar lo que se entiende por la calidad de los servicios de salud es conveniente distinguir tres niveles que han de ser coherentes entre sí y que irían del más general al más específico. Entendiendo la calidad general aplicable a cualquier servicio, producto o actividad de empresa; un segundo nivel más específico y aplicable a un determinado producto o servicio ej. la calidad de la atención sanitaria a servicios de salud en general y por último la calidad aplicable a un servicio o

producto concreto, como por ejemplo a cada uno de los muchos y diferentes servicios que se ofertan en las instituciones sanitarias tanto en A.P. como en A.E.

Figura nº27. Fuente: Saturno, P.J. en Saturno, P.J; Quintana, O. y Varo, J.(Año1997: 21)



En 1988 la OMS a través de Regional Office Europ. Copenhague se pronunciaba sobre la calidad de la Asistencia sanitaria diciendo que ésta conlleva el: *"Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuado"*

para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción para el paciente"

Según Suñol, R. y Foz, G. citados por Varo, J. (1993:61) las variables o dimensiones implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

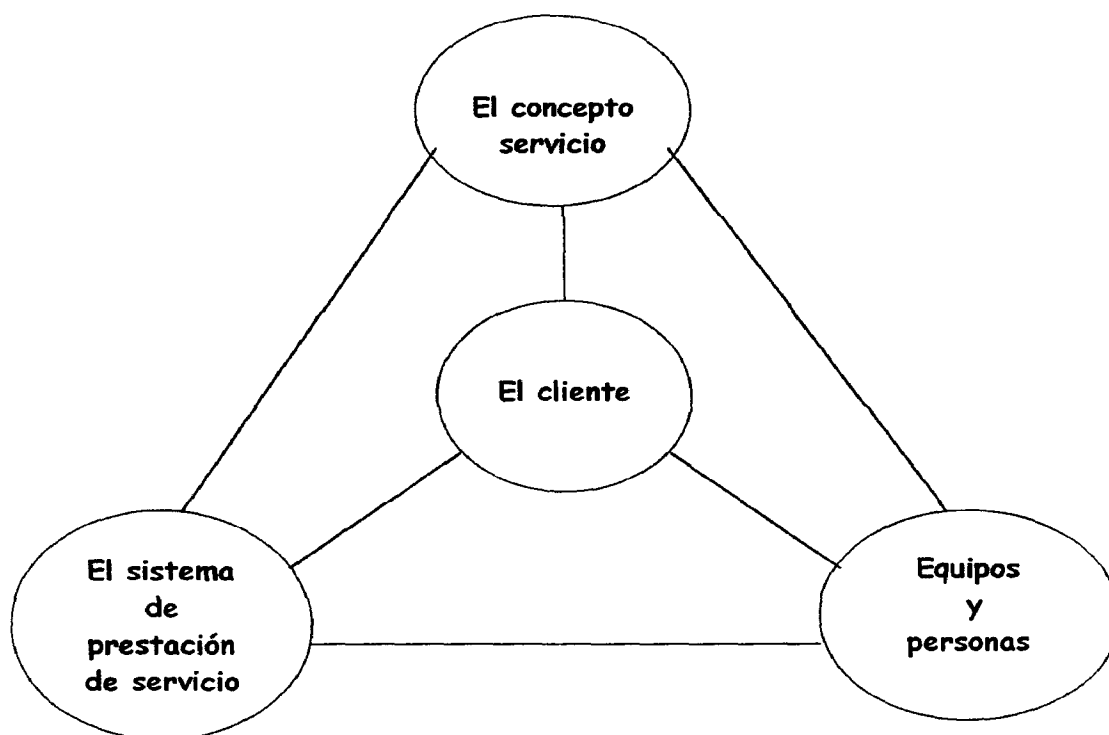
1. **Criterio técnico.** Aplicación de la ciencia y tecnología de las ciencias de la salud maximizando los beneficios y minimizando riesgos.
2. **Criterio interpersonal.** Encontrar el equilibrio en la interacción empresa- cliente.
3. **Criterios económicos.** Utilización y distribución racional de los recursos disponibles para conseguir los objetivos propuestos.

La doctora Palmer (1989:10) se refiere a la Calidad Total referida a los servicios sanitarios como a *"La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario"*.

Pero, para Varo, J. (1993:66) citando a Dubois, B. (1989) y a Clearly (1988) además de estos factores es importante conocer la opinión del cliente sobre los servicios sanitarios recibidos para poder mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del centro: *"La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad. La gestión de la calidad debe tender a garantizar la condición de servicio global, de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas"*

Analizadas estas definiciones nos encontramos ante el denominado *"triángulo del servicio"* como dice Heskett, J.L. (1988) citado por Varo, J. (1993:182), el cual lo forman una serie de actores como son: la empresa de servicio, sus empleados y los clientes y las relaciones que se establecen entre ellos. La gestión

de éste triángulo implica el desarrollo de políticas de calidad, de marketing, de servicio al cliente y de recursos humanos.



Figuranº28: Fuentes: Varo, J(1988:167) El triángulo del servicio: los aspectos clave del sistema de calidad. Adaptado de ISO y Albrecht

Como señalan del Llano, J. y otros (1999:259) Los que cobran relevancia en el proceso de la atención sanitaria son los clientes que son a la larga los que van definir cómo debe ser la calidad de

los servicios recibidos, estos servicio, como no podía ser de otra forma van ha ser valorados en función de las necesidades y expectativas de los usuarios. En la atención sanitaria estos autores hacen cuatro grandes grupos de clientes:

1. Los médicos, enfermeras y otros profesionales de la asistencia, que son los que evalúan básicamente el contenido de la asistencia o resultado clínico y se preocupan del cumplimiento de los estándares óptimos de la atención (diagnósticos, mortalidad, complicaciones, efectividad, terapia etc.)
2. Los pacientes y sus familiares que evalúan básicamente cómo es prestada la atención (atención, cortesía, tecnología, tiempo de espera, percepción de la competencia profesional etc.)
3. La Administración y las aseguradoras con expectativas sobre el coste de sus servicios y la satisfacción de sus clientes.

4. Los clientes internos que utilizan los productos intermedios de la organización.

Pero el compromiso con la calidad comienza en los niveles más alto de la dirección, y es ésta la que debe asegurarse de que se entienda, ejecute y mantenga la política de calidad

En Enfermería ha ido creciendo la preocupación por el análisis, evaluación y mejora de la calidad, no sólo por ella misma, sino por la influencia derivada de los factores económicos, sociales y por la necesidad de fundamentar y desarrollar las aportaciones específicas de Enfermería a los cuidados de salud, justificando el lugar que le corresponde en el equipo multidisciplinar. De un estudio realizado por Barquero y otros (1999:19-21) sobre las publicaciones que enfermería realizaba sobre la calidad, se desprendía entre otros, que la producción enfermera referida a calidad es muy variopinta y poco prolífera. El tema se trata de manera muy genérica, sin que se llegue a concretar en la realidad. Por ello, uno de los principales problemas con los que vamos a enfrentarnos, va a ser la delimitación del concepto de calidad en cualquiera de los dos ámbitos que venimos tratando.

En la línea de la implantación de modelos para gestionar la calidad total, existen algunas experiencias en Europa y más recientes en España; en concreto el modelo utilizado ha sido el Europeo de la EFQM (European Foundation for Quality Management) que básicamente consiste según House, J (1986) Ignacio, E. (1997) citados por Ignacio, E. (2001: 235) en: *"El conjunto de principios y métodos en una estrategia global, para conseguir la dinamización de la organización y la satisfacción del cliente"*.

Entre algunos de estos estudios citar los realizados por Mira, J.J. y otros (1998:92) sobre las ventajas y limitaciones de la aplicación del modelo EFQM al sector sanitario; el de Arcelay, F. y otros (2000:164) aplicando un proceso de autoevaluación aplicando el modelo EFQM a los centros sanitarios del Servicio de Salud Vasco (Osakidetza); el llevado a cabo por Jiménez, J. y otros en el complejo hospitalario "Arquitecto Marcide" de Ferrol a través de este modelo y por último el realizado por Ignacio, E. y otros (2001:234) aplicando el EFQM para evaluar la calidad total de los cuidados específicos de Enfermería.

En el Reino Unido enfermería, en el terreno de la calidad se está trabajando en el siguiente sentido:

- A) En el año 1999 el Gobierno Británico lanzó un ambicioso programa de medidas para mejorar la calidad del Servicio Nacional de Salud. Dentro de este programa, bautizado como *"Making a Difference"* se reconocía la importancia que para el SNS tienen los enfermeros, matronas y "las visitadoras de salud". Este programa recoge los cambios que es necesario realizar en el SNS para adaptarlo a la nueva situación y a las nuevas demandas de la sociedad británica

- B) El contexto del cuidado está cambiando porque las necesidades sociales y de salud de las personas están cambiando; así el envejecimiento de la población trae como consecuencia para la población enfermedades degenerativas o incapacidades, el incremento de la movilidad geográfica o el hecho de que en el 20% de las familias sólo exista la figura del padre o de la madre, hace que las demandas de salud de la sociedad hayan variado.

La tecnología está cambiando. Hoy día los profesionales sanitarios pueden acceder a gran cantidad de información incluyendo los últimos adelantos, a través de las bibliotecas electrónicas. El servicio NHS (Servicio Nacional de Salud) Directo que ofrece una asistencia a enfermeras de 24 horas ya ha demostrado como la tecnología puede mejorar el acceso a la información que está incidiendo en la mejora de los cuidados.

- C) Las expectativas están cambiando. En su vida cotidiana, las personas no están dispuestas a tolerar esperas en los Servicios, hoy día existen tiendas abiertas 24 horas y servicios de línea directa que hacen que la satisfacción instantánea de la necesidad sea una norma. Las personas quieren servicios sanitarios accesibles, rápidos y con un nivel de calidad uniforme

- D) El contexto de cuidados está cambiando pero el personal sanitario se ve constreñido por estructuras que limitan el

desarrollo, innovación y adecuación de los servicios al nuevo entorno.

- E) **Reclutamiento.** Durante los últimos años el SNS ha sufrido una importante escasez de enfermeros y matronas. La edad media de estos profesionales se ha incrementado y es necesario un programa de rejuvenecimiento.

- F) **Educación y entrenamiento.** La actual situación demuestra que la formación dada en las escuelas de enfermería no cubre, sobre todo en los aspectos prácticos lo que se espera de los profesionales sanitarios.

- G) **Remuneración.** El sistema de grados clínicos ha sido un fracaso para mantener al personal sanitario experto en tareas de dar cuidados.

- H) **Vidas laborales** alrededor del 70% de la población adulta vive en hogares donde los dos cónyuges trabajan. El 89% de las enfermeras, matronas y visitantes son mujeres y solamente el 66% de este colectivo trabaja a tiempo

completo. Es necesario un sistema de carrera y formación que recoja estas peculiaridades y que permita la consistencia de vida profesional con vida familiar.

Los desafíos y las oportunidades de un entorno cambiante junto con las debilidades del actual Sistema justifican la necesidad del establecimiento de un plan de acción; esta nueva estrategia se focaliza en:

1. Reclutar más enfermeras.
2. Reforzar la formación y el entrenamiento
3. Desarrollar una nueva estructura de carrera más flexible.
4. Mejorar las vidas laborales.
5. Mejorar la calidad de los cuidados.
6. Reforzar el liderazgo
7. Modernizar la autorregulación profesional.
8. Apoyar nuevos papeles y nuevos modos de trabajar

Hasta aquí, hemos hecho un recorrido por la calidad y por aquellos elementos fundamentales que la conforman en los dos ámbitos que nos ocupan y podemos decir, que para conseguir unos resultados y servicios de calidad es imprescindible la gestión de la misma si

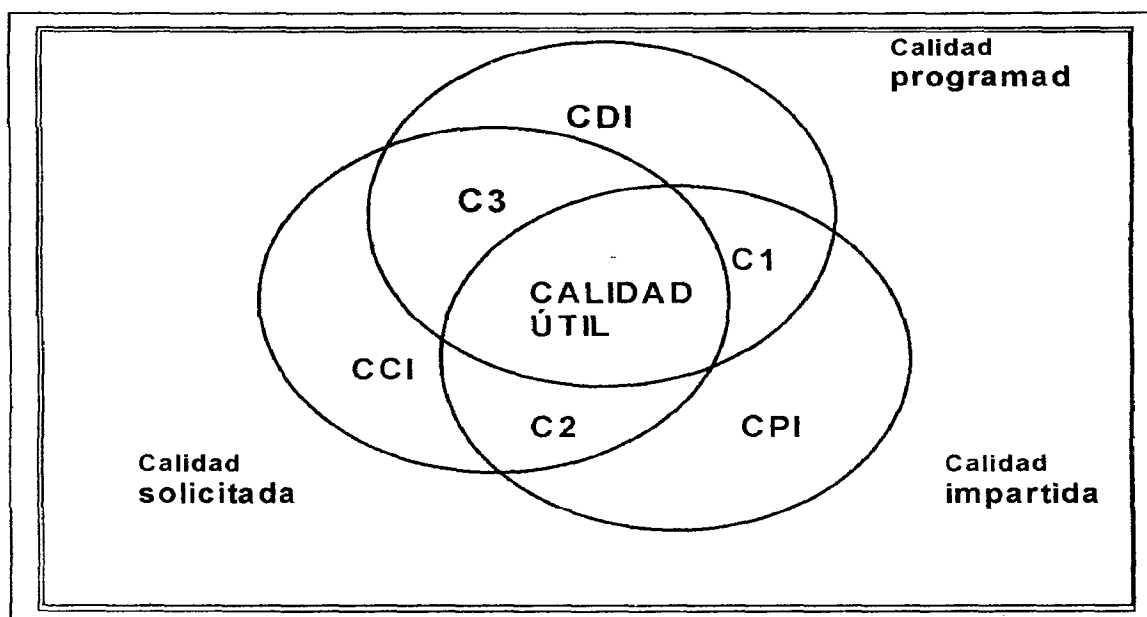
queremos conseguir los objetivos propuestos, pero no cabe duda que para llegar a este punto se ha de facilitar los medios necesarios. Pero, como hemos dicho anteriormente uno de los pilares básicos sobre el que se aguantan los sistemas de calidad es la formación. En palabras de Ishikawa citado por Badía, A. y Bellido, S (1999:46) *"La calidad empieza y termina con la formación. Para promocionar la calidad con la participación de todos, la formación ha de darse a todos los empleados, desde el presidente hasta los trabajadores de cadena de montaje. La calidad es un pensamiento revolucionario en gestión, por eso, todos los procesos de pensamiento de todos los empleados deben cambiarse, Para realizarlo, la formación ha de repetirse una y otra vez"*

Pero, cuando nos referimos a la calidad de la formación y sus necesidades el tema se complica más porque como dice Chassapis, D. (1997:97): *"La calidad es evidentemente un concepto complejo y polifacético, y su aplicación a la formación no constituye una tarea sencilla. La calidad de la formación se decide siempre dentro de un contexto, y, por tanto, recibe definiciones concretas diferentes en cada uno de los contextos específicos de*

la formación de cada país. Aunque el proceso global de la formación, que va desde el análisis de las necesidades de formación a la planificación y aplicación de actividades de formación y evaluación de las mismas, se examina habitualmente desde el punto de vista de la calidad, los criterios (económicos, sociales y técnicos) empleados para definir la calidad de la formación y los objetivos y métodos de la garantía de la calidad difieren grandemente entre los diversos países, e incluso entre la formación profesional o inicial y la continua dentro de un mismo país."

Un último apunte respecto a la concepción de calidad, que podría formar parte de nuestra propuesta y que está muy en la línea con el modelo expuesto por SOLER (1998)

Figura nº: 29



- **CDI:** calidad programada, no solicitada por los receptores de la educación y que no va lograse en su totalidad.
- **CPI:** calidad obtenida pero no fue solicitada ni programada.
- **CCI:** calidad requerida que no fue programada ni se ha conseguido; conlleva pérdida de satisfacción
- **C1:** coincidencia entre calidad programada y conseguida (calidad programada y conseguida)

- **C2:** calidad solicitada que se ha visto satisfecha en la realidad. Esta intersección se aparta totalmente de la calidad prevista.
- **C3:** calidad programada que fue solicitada pero que no se vio cumplida. Implica cierto fracaso por parte de los centros.
- **CU:** el encuentro de los tres círculos lo representa la *calidad útil* que fue requerida, se programó y, finalmente, se consiguió.

Dada la complejidad de la elección, tendremos que construir nuestra propia definición, contextualizando y teniendo en cuenta los procesos que han de implementarse y la finalidad de los mismos, que globalmente, será la mejora de la calidad. En esta línea Cano (1998:60) afirma: "...posiblemente sólo consigamos una aproximación al concepto de calidad en tanto que recojamos las características que lo adornan, pero quizá sea el camino de su estudio donde estemos construyendo nuestra noción de calidad". Pero de lo que no hay duda es que la mejora de la calidad de los cuidados y la búsqueda de la excelencia sólo es posible si se dota a los profesionales de una formación adecuada.



Universidad
de Huelva

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes
en el día de la fecha, para Juzgar la Tesis Doctoral de
D./D^a. MNA BARQUERO GONZÁLEZ
Titulada EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES
DE FORMACIÓN RELACIONADAS CON LA GESTIÓN...
acordó otorgarle la calificación de SOBRESALIENTE
CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

A. Lora
El Vocal 1.

Huelva, 13 de FEBRERO de 2002

El Vocal 2

El Vocal 3

[Signature]

[Signature]

[Signature]

El Presidente

El Secretario

El Doctorando

[Signature]

[Signature]

UNIVERSIDAD DE HUELVA
BIBLIOTECA



0000210294