

Características de la Profesión Enfermera en el Contexto Español a Partir de la Experiencia de las Enfermeras Docentes

Characteristics of Nursing Profession in the Spanish Context from the Experience of Nursing

Olga Rodrigo Pedrosa

Campus Docent Sant Joan de Déu
/ Esplugues de Llobregat, España

orodrigo@santjoandedeu.edu.es

Jordi Caïs Fontanella

Departamento Sociología de las
profesiones / Universitat de
Barcelona, España

jcais@ub.es

Cristina Monforte Royo

Departamento de Enfermería /
Universitat Internacional de
Catalunya / Sant Cugat del Vallés,
España

cmonforte@uic.es

PEDROSA, Olga Rodrigo; FONTANELLA, Jordi Caïs; ROYO, Cristina Monforte. Características de la Profesión Enfermera en el Contexto Español a Partir de la Experiencia de las Enfermeras Docentes. *FRONTEIRAS: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, Anápolis-Goiás, v.3, n.3, jul.-dez. 2014, p.80-101.

Resumen

El objetivo general de esta investigación fué conocer, a partir del discurso de las enfermeras pioneras “Ayudantes Técnicos Sanitarios” en impartir la asignatura de “Enfermería Fundamental”, cuáles son las características de la profesión enfermera en el contexto español actual. El diseño fué cualitativo y como estrategia metodológica se utilizó la Inducción analítica. El muestreo fué teórico y se utilizó como técnica de recogida de datos la entrevista en profundidad. Para el análisis de datos se utilizó la estrategia analítica propia de la teoría fundamentada. Se establecieron estrategias específicas para asegurar los criterios de rigor. El proyecto fue aprobado por una comisión de ética asistencial y se ha pasado consentimiento informado a las participantes estableciendo, además, un protocolo de seguridad, para asegurar la confidencialidad de los datos. El discurso de las cuatro docentes pioneras entrevistadas hace intuir que la profesión sigue teniendo un rol profesional basado en la técnica y no en el cuidado. La falta de confianza en el valor del cuidado, la falta de iniciativa que implica no querer asumir responsabilidades y la poca capacidad para la práctica reflexiva se establecen como principales carencias del colectivo. En cuanto al rol profesional ejercido en la práctica, según la opinión de las docentes de la asignatura fundamentos en enfermería, se destaca la clara preferencia del colectivo por el rol técnico vinculado al tratamiento en detrimento del rol vinculado al cuidado.

Palabras-Clave: Experiencia; Docentes; Enfermería; Enfermería Fundamental; Rol Profesional.

Abstract

The overall objective of this research was to determine – from the discourse of the former Ayudantes Técnicos Sanitarios (Technical Nursing Assistants) who are pioneers in teaching the subject of "Nursing Fundamentals" – what the characteristics of the nursing profession are in the current Spanish context. The design was qualitative and analytical induction was used as methodological strategy. The sampling was theoretical and in-depth interview was used as a technique for data collection. For data analysis, the very analytic strategy of the grounded theory was used. Specific strategies were established to ensure the criteria of rigor. The project was approved by a committee of health care ethics and informed consent was given by all the participants, thus establishing a security protocol to ensure data confidentiality. The discourse of the four interviewed pioneer teachers implies that the profession continues to have a professional role based on technique and not on care. Lack of confidence in the value of care, lack of initiative that involves not wanting to assume responsibilities and little capacity for reflective practice are established as the principal shortcomings of the group. As for the professional role exercised in practice, in the opinion of the teachers of the subject of Nursing Fundamentals, the clear preference of the group for the technical role linked to treatment to the detriment of the role linked to care is emphasized.

Keywords: Experience; Nursing; Nursing Fundamentals; Professional Role; Teachers.

La Enfermería en España sufre una gran evolución a partir de la unificación, bajo una misma denominación, de todos los profesionales que ejercían el “cuidado enfermero”. En apenas 50 años pasan de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) a Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), para acabar denominándose actualmente, Graduados en Enfermería (GE). Esto es algo que, al margen de ser una adaptación del nombre a las necesidades de una sociedad cambiante, tiene una gran repercusión en lo relativo al desarrollo de la profesión de enfermería. Las enfermeras pasan de ser profesionales totalmente dependientes del colectivo médico, a tener un rol profesional específico dentro del equipo de salud: proporcionar “cuidados profesionales enfermeros”.

Los comienzos oficiales de la profesión enfermera en España datan del año 1857 donde en la Ley de Instrucción Pública se hace mención a los títulos de practicantes, enfermeras y matronas (García & Martínez 2001). Posteriormente en 1904 la Ley de Instrucción General de la Salud Pública regula legislativamente la profesión enfermera y establece la obligación de obtener un título oficial para poder trabajar en una profesión sanitaria (Dominguez-Alcon & Ramió 2010).

En mayo de 1915 se crea una ocupación sanitaria (la enfermería) distinta a la creada en 1857 (el practicante). A partir de ahí se institucionaliza la profesión enfermera bajo tres denominaciones (practicante, matrona y enfermera) (Dominguez-Alcon 1986) y se autoriza a ejercer la profesión de enfermera a todas aquellas personas (religiosas o no) que superasen una prueba de suficiencia con arreglo a un programa publicado en la Gaceta de Madrid de aquel mismo año (Herrera , Lasante & Siles 1996; Ortega & Sánchez 1996).

La promulgación de esta normativa de 1915, que viene a dar cobertura legal a la profesión enfermera, no es bien acogida por los practicantes. Estos reaccionaron inicialmente solicitando que se suprimieran estos estudios o haciendo denuncias concretas de intrusismo profesional. Se producen roces profesionales, generados fundamentalmente por considerar los practicantes que las enfermeras incurrían en intrusismo o por sentirse perjudicados al crearse plazas para enfermeras en detrimento de las posibilidades laborales de los practicantes (Herrera y otros 1996).

En ese momento inicial de institucionalización la orientación profesional es de servicio a otra profesión, la medicina (Dominguez-Alcon 1986). La función de enfermería se plantea en términos de subordinación y dependencia del médico (Dominguez, Rodriguez & de Miguel 1983). El sentido de los cuidados como ayuda a la persona, que se mantuvo a lo largo de toda la historia de la enfermería en España hasta su institucionalización, modifica en parte su orientación, permanece el servicio al enfermo, pero aparece como fin primordial explicitado el ayudar al médico a cumplir puntualmente lo que éste ordene y aplicar unos tratamientos, según las diferentes patologías (Domínguez-Alcón 1986). En España fue el movimiento religioso y la presión médica quienes en los inicios de la enfermería como profesión tuvieron mayor influencia. Incluso en el primer tercio del siglo XX, cuando se crearon otras escuelas pioneras, fueron fundamentalmente promovidas por médicos (Domínguez-Alcón 1986).

Hasta 1940, los estudios previos requeridos para cursar Enfermería en una escuela eran los de la escolaridad primaria, tanto para los practicantes como para las enfermeras. El temario teórico-práctico era virtualmente el mismo: setenta temas para enfermeras y setenta y ocho para los practicantes (García & Martínez 2001).

El RD del 27 de junio de 1952 refunden los planes de estudio para practicantes, enfermeras y matronas en uno sólo: habían nacido los ATS (Herrera , Lasante & Siles 1996). Este hecho significó para la Enfermería española la unificación en una sola titulación de las tres carreras existentes hasta entonces (practicantes, matronas y enfermeras), la elevación del nivel profesional, la vinculación de los estudios a las Facultades de Medicina y la ampliación de la formación con las especialidades (García & Martínez 2001).

A partir de 1952, la exigencia previa de estudios cursados se fijó en cuatro años de bachillerato (Bachillerato Elemental) y la duración de los estudios de ATS en tres. Se estableció un plan de estudios de obligado cumplimiento, con enseñanzas teóricas y prácticas, que debía ser seguido por todas las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (García & Martínez 2001).

No obstante, cuando en diciembre de 1953 se unifican los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) lo hacen con una orientación de servicio a la medicina, que ponía especial énfasis la relación de las tareas derivadas de las funciones médicas centrándose en la enfermedad y la técnica (Hernández 1999)

A partir de la unificación de titulaciones, y coincidiendo con la espectacular creación de hospitales, la incorporación de ATS masculinos a estas instituciones fue considerable. No obstante, las áreas de actuación en razón del sexo estaban bien delimitadas, fruto del sistema de valores imperante en la clase dominante. De esta forma, las mujeres eran destinadas a servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos; en cambio, los hombres, ocupaban puestos de trabajo correspondientes a servicios como laboratorios de análisis clínicos, radiología, etc. (García & Martínez 2001).

Por fin, en julio de 1977, por presión del propio colectivo enfermero se aprueba mediante el RD 2128/77 la integración de los estudios de ATS en las Escuelas Universitarias de Enfermería. La orientación de los estudios de enfermería a partir de ese momento cambió drásticamente (Fernández, Garrido, Santo & Serrano 2000). La Comisión de Estudios encargada de elaborar las directrices del nuevo plan de estudios, en sintonía con las nuevas corrientes de pensamiento del período (Fernández, Garrido, Santo & Serrano 2000), confirieron al nuevo DUE un rol profesional específico, asignándole, por primera vez en la historia de la profesión enfermera en España, identidad propia dentro del equipo de salud (García & Martínez 2001).

El 28 de noviembre de 1997 se publican en el Boletín Oficial del Estado, como Orden Ministerial de 22 de octubre de 1977, “*las directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las Escuelas Universitarias en Enfermería*”. Entre estas nuevas directrices se incluye la materia curricular de “*Enfermería fundamental*”. Es una asignatura totalmente nueva en cualquiera de los planes de estudio que hubiesen existido hasta ese momento y que incluía los conceptos de enfermería y materias que permitían al alumno adquirir los conocimientos específicos sobre el nuevo rol profesional enfermero. A partir de contenidos como: historia de la profesión, deontología profesional, teorías de enfermería, cuidados básicos y de metodología científica para aplicar los cuidados, se explicaba por primera vez el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (Fernández, Garrido, Santo & Serrano 2000). Otra de las novedades de la titulación fue la incorporación de las

enfermeras como docentes para impartir todas aquellas asignaturas específicas de la profesión enfermera de manera que, inicialmente fueron las ATS quienes asumieron este rol. En el caso específico de la materia curricular de “Enfermería fundamental”, que debía transmitir el corpus de conocimiento específico del nuevo perfil profesional, las nuevas docentes no tenían formación previa puesto que esa materia no existía cuando se formaron en las Facultades de Medicina.

El objetivo general de este estudio es conocer, a partir del discurso de estas ATS pioneras en impartir la asignatura de “*Fundamentos de Enfermería*”, cuáles son las características más destacadas de la profesión enfermera en el contexto español actual. Estudiar cómo se han integrado los contenidos teóricos de la asignatura “*Enfermería Fundamental*” a la realidad de la práctica asistencial, para transmitir el nuevo rol profesional a las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros, es necesario para averiguar cómo se está modelando la identidad profesional del colectivo en el ámbito universitario, y si ésta se ajusta a las expectativas teóricas de la nueva titulación: tener una identidad propia dentro del equipo de salud que implica autonomía profesional.

Metodología

El diseño fue cualitativo y, como estrategia metodológica para dar respuesta al objetivo planteado se ha utilizado la inducción analítica puesto que se trata de un método de investigación que permite llevar un ajuste perfecto entre los datos y las explicaciones de los fenómenos sociales mediante la selección intencional de casos negativos (Borobia 2004; Smelter & Balters 2001).

La técnica de muestreo utilizada fue el muestreo teórico donde el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para refinar o expandir conceptos y teorías. En el caso concreto de esta investigación, a partir de la revisión previa de la literatura, atendiendo al criterio de máxima variabilidad y a la selección intencional de casos negativos se han identificado los diferentes participantes y escenarios. Concretamente se han seleccionado docentes de la asignatura “enfermería fundamental” que estuvieran ejerciendo desde 1977 (primera promoción DUE) hasta la actualidad con la finalidad de que pudiesen proporcionar información sobre todo el proceso seguido por el colectivo. Dentro de este grupo docentes de la Comunidad Autónoma Catalana (lugar donde se originó todo el movimiento de cambio) y docentes de otras Comunidades Autónomas; docentes de la asignatura que ejercían tanto en la universidad pública, con mayor tendencia a la profesionalización, como en la privada (con mayor tendencia a la asalarización). Todas las docentes tenían una titulación previa de ATS (con un rol profesional dependiente del colectivo médico) o una titulación previa de Matrona (con un rol que implica menos dependencia y más autonomía). La recogida de datos finalizó una vez alcanzada la saturación que implicaba la

no identificación de nueva información susceptible de constituir nuevas categorías o ayudar a definir las ya existentes.

Como técnica de recogida de datos se han realizado entrevistas en profundidad ya que según Seidman (2006) éstas tienen como objetivo la comprensión de la experiencia vivida por otras personas y el sentido que le dan a ésta. Para el diseño de la entrevista se ha utilizado el diseño de tres temas a explorar propuesto por Dolbeare & Schuman en 1982 (Seidman 2006) que permite al entrevistador y al participante sondear la experiencia para poderla situar en su contexto. En atención a esto inicialmente se solicitó a las participantes que narraran su “historia como ATS que llegaron a ser docentes de la asignatura enfermería fundamental hasta el momento actual”, una vez agotado el tema se les propuso hablar de su “experiencia actual” y, por último, se les instó a explicar el “significado que la experiencia vivida había tenido para ellas”. Para optimizar la entrevista, se cuidaron los aspectos de “acceso a los participantes”, el “contexto de la entrevista”, que en este caso fue el seleccionado por las participantes y finalmente el “rol del entrevistador” que buscó intencionalmente el establecimiento de relaciones igualitarias. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas mediante el programa específico F4 utilizando los símbolos de transcripción de Jefferson para no perder información relevante derivada de la comunicación no verbal. Todas ellas tuvieron una duración media de 1 hora 15 minutos y, en dos casos, hubo que llevar a cabo una segunda entrevista, para profundizar o aclarar algunos aspectos de la narración.

Para el análisis de datos se ha utilizado el desarrollo analítico propio de la teoría fundamentada en datos de Glaser y Strauss (1967) basado en el método comparativo constante y el muestreo teórico (Strauss & Corbin 2002). Inicialmente se llevó a cabo una codificación abierta que implicó primero una codificación sustantiva, donde se vincularon los fragmentos a las etiquetas de código y, una vez agrupados estos códigos sustantivos iniciales en familias, se llevó a cabo una segunda codificación focalizada en temas para evitar la pérdida de información relevante. En una segunda fase, a partir de las familias de códigos, se elaboraron las categorías provisionales estableciendo sus dimensiones y propiedades (codificación axial). La elaboración del paradigma de codificación, de forma transversal a todo el proceso de análisis, facilitó el ulterior establecimiento de relaciones entre categorías (codificación selectiva) elaborando de esta manera, la narrativa teórica. De forma transversal se fueron generando toda una serie de memos analíticos, metodológicos, instrumentales, teóricos y bibliográficos con el objetivo de dar soporte a todo el proceso de análisis de los datos (Charmaz 2006).

En cuanto a los criterios de rigor (Valles 2009), para asegurar la credibilidad, se han ilustrado los resultados con verbatim y ha habido auditoría externa e interna de las decisiones

tomadas. En cuanto a la transferibilidad se ha detallado el contexto del muestreo y se han considerado los resultados meras hipótesis de trabajo y, por lo tanto, no susceptibles de ser generalizadas. Para sistematizar y dar apoyo al proceso analítico se utilizaron estándares de trabajo y el programa informático ATLAS.ti 7.1. como soporte operativo durante todo el proceso de la investigación. Por último la realización de auditorías internas y externas también ha permitido asegurar la confirmabilidad de los resultados.

En cuanto a los requisitos éticos (González 2002) el proyecto ha sido valorado y aceptado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universitat Internacional de Catalunya. Se ha pasado consentimiento informado a los participantes y se ha establecido un protocolo de seguridad para asegurar la confidencialidad de los datos en base a lo que indica la *Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal*.

Resultados Y Discusión

A partir del análisis de las cuatro entrevistas, se han identificado cuatro categorías principales “procedencia del corpus teórico de conocimiento”, “integración del nuevo rol profesional al ámbito asistencial”, “competencias enfermeras en el contexto español” y “autonomía profesional del colectivo” que sirven de referencia para articular el discurso de las participantes.

Procedencia del corpus teórico de conocimiento

Al integrarse la enfermería en la universidad en el año 1977 mediante el RD 2128/1977, con un nuevo rol profesional, que daba al colectivo entidad propia dentro del equipo de salud (García & Martínez 2001), el nuevo conocimiento que implicaban las nuevas competencias se tuvo que importar de fuera, concretamente de contextos donde la enfermería tenía más años de evolución como titulación universitaria, y por lo tanto, un mayor desarrollo teórico de ese aspecto del rol profesional:

- *Participante JR: “Salieron fuera (.), empezaron a traer el conocimiento de fuera” (DF 2:309)*
- *Participante PB: “no teníamos bibliografía en castellano ni demasiada predisposición para buscar cosas” (DF 13:77).*

A este respecto el nuevo plan de estudios del DUE, a diferencia del de ATS, que tenía enfocadas las enseñanzas teóricas y prácticas desde un punto de vista técnico, tenía la obligación de enfocar los nuevos conocimientos desde la perspectiva científica (García & Martínez 2001).

Entre el material teórico existente en ese momento se seleccionó fundamentalmente aquel que ya estaba traducido previamente al español:

- *Participante: “y a través de la editorial interamericana teníamos acceso (.) a todo lo que estaba saliendo en Estados Unidos sobre el desarrollo de la profesión” (DF 13:74).*

Parece ser que éste fue el motivo principal por el que se seleccionó como corpus teórico de conocimientos para elaborar la asignatura de Enfermería Fundamental, el modelo de la enfermera americana Virginia Henderson:

- *Participante: “Porque había más libros traducidos, había más artículos de ella (.) marcó el paso de que por esto los primeros procesos de atención de enfermería se hicieran des de este modelo teórico” (DF 2: 313).*

Por lo tanto, entre todos los modelos existentes no se seleccionó el más adaptado o próximo a la realidad sociocultural propia del contexto español, si no aquel que estaba más disponible en ese momento.

Algunas de estas enfermeras pioneras, como es el caso de Carolina Meléndez, que tenían los medios económicos para poder hacerlo, comenzaron también a salir fuera y a intentar traducir literatura anglosajona (DF 2:307). Priorizaron en primer lugar la actualización en los nuevos conocimientos, por parte de las ATS que estaban ejerciendo como docentes en las Facultades de medicina, de manera que, al inicio de los estudios de DUE ya tenían el corpus de conocimiento necesario para empezar a dar las clases:

- *Participante: “cuando iniciamos los estudios de la diplomatura, ya tenemos bastante información de, sobretodo, la que más, yo creo que por eso es nuestro hilo conductor, la Virginia Henderson” (DF 2: 311).*

El Consejo General de Enfermería también trajo profesionales, del contexto latinoamericano con ese mismo objetivo:

- *Participante: “una tal Angelita de la Rosa vino contratada por el Consejo General de Enfermería, de alguna manera para ir por todas las universidades, para ir transmitiendo la nueva visión, porque en Latinoamérica estaba mucho más desarrollado el tema” (DF 13:70).*

Este mayor desarrollo del corpus de conocimiento teórico de las enfermeras latinoamericanas parece que estaba relacionado con la existencia de la licenciatura que otorgaba a los estudios una visión mucho más teórica y reflexiva de la profesión:

- *Participante: “allí era mucho más teórica la profesión, había otro pensamiento mucho más reflexivo sobre la profesión” (DF 13: 71).*

Antes de la salida al mercado laboral de la primera promoción de DUE, se inicia un proceso de nivelación del colectivo en activo constituido por ATS, que implicaba fundamentalmente una actualización en esos conocimientos teóricos para poder desarrollar el nuevo rol profesional:

- *Participante: “Había todas las asignaturas que no habíamos hecho. Por lo tanto teníamos que entender que era eso del proceso de atención de enfermería que incluían también como novedad la posibilidad de incorporar a las enfermeras como gestoras (.) unos comienzos (.) de gestión (.) también conocimientos teóricos de gestión” (DF 2: 287)*

Este proceso de nivelación fue encargado a la Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED). Consistió en el estudio a distancia, reforzado por la posibilidad de llevar a cabo toda una serie de tutorías grupales, de una serie de textos que incluían todos aquellos contenidos curriculares que no habían estado presentes en la titulación previa de ATS. El proceso culminaba con la realización de un examen que, en caso de ser superado, implicaba la nivelación de la titulación de ATS a la titulación de DUE:

- *Participante: “era a distancia (.) te daban unos cuadernillos que hacías, que tu ibas haciendo unos ejercicios” (DF 2:253)*

- *Participante: “fue masivo, NOS HACÍAN EXÁMENES MASIVOS. Yo me parece que había ido a un polideportivo a hacer este examen (.) y, entonces allí, éramos tropocientos que nos examinamos” (DF 2:228)*

Según las participantes, tanto el formato de preparación a distancia, como la masividad con la que se llevaron a cabo los exámenes, implicó que este proceso se hizo muy mal y, como consecuencia de esto, no se integraron adecuadamente esos nuevos contenidos curriculares destinados a mejorar la práctica asistencial del colectivo:

- *Participante: “SE HIZO MUY MAL, en el curso de nivelación también se hizo muy mal” (DF 13: 97).*

Se priorizó la nivelación de las ATS docentes que estaban en las entonces Facultades de Medicina para que pudiesen empezar a impartir las clases en la nueva titulación dentro de las Escuelas Universitarias en Enfermería, de manera que se formaron igual que el resto del colectivo con todas las carencias que ello implicaba:

- *Participante: “La UNED lo que hizo fue formar primero las personas que estaban en las escuelas (.) como las preferentes para dar las clases” (DF 2: 284)*

Integración del nuevo rol profesional al ámbito asistencial

En cuanto a introducción del nuevo rol profesional que implicaba la aplicación de los nuevos contenidos curriculares relacionados con introducir los cuidados profesionales en los hospitales, más allá del rol exclusivamente técnico que se estaba ejerciendo hasta el momento, éste fue inicialmente un proceso de base, donde la gente realmente quería hacer que no dio resultado hasta que se implicaron las gestoras:

- *Participante: “primero fue un proceso de base: o sea la gente quiso empezar a hacer “ (DF 2:334)*

- *Participante: “No obstante “esto no dio resultados (.) se iban haciendo pequeños intentos en unidades sueltas de diferentes hospitales (.) pero esto no daba resultado” (DF 2: 334)*

- *Participante: “y no dio resultado hasta que se formaron los mandos intermedios y las supervisoras de enfermería de los diferentes hospitales” (DF 2: 336).*

Pese a la formación de las enfermeras gestoras (mandos intermedios), los cuidados profesionales enfermeros, plasmados en la integración en las rutinas de trabajo cotidiano del proceso de atención de enfermería como método científico para llevarlos a cabo, en la actualidad todavía no se ha integrado en ningún sitio:

- *Participante: “el proceso de atención de enfermería como método, no se ha introducido en ningún sitio (.) a nivel de pensamiento, a nivel de reflexión sobre la práctica, a nivel de tomar conciencia de la importancia de trabajar con un método” (DF 13:105)*

En este sentido sólo se han proporcionado al colectivo herramientas para poner llevar a cabo el método de forma mecánica a partir de la utilización de programas informáticos. En este caso se hace referencia a la realización de planes de cuidados estandarizados, como culminación del proceso de atención de enfermería, a partir de software específicos o herramientas estandarizadas habitualmente procedentes del contexto anglosajón; sería el caso de la utilización de los diagnósticos de enfermería estandarizados por la NANDA (Nort American Nursing Diagnosis Association), la utilización de los NIC (Nursing Interventions Classification), que incluye una clasificación estandarizada y codificada de las intervenciones realizadas por el enfermero y, de los NOC (Nursing Outcomes Classification) elaborada por la universidad de Iowa y que se trata de un sistema para ordenar y clasificar los resultados sensibles a las intervenciones enfermeras.

- *Participante: “lo que se ha dado son herramientas que dibujan la parte más mecanicista del método, los pasos del método, tener un programa informático donde tu pones cruces para señalar los diagnósticos” (DF 13: 105).*

En cuanto a la formación de los nuevos profesionales de enfermería en las escuelas universitarias, las docentes perciben la necesidad de tener experiencia práctica para impartir aquellas asignaturas más técnicas, como es el caso de las médico-quirúrgicas, pero por el contrario, no cuando se tienen que transmitir los conocimientos propios del nuevo rol (proporcionar cuidados enfermeros) incluidos en la asignatura enfermería fundamental:

- *Participante: “yo también me sentí más cómoda por qué en los últimos años que había dado cosas de Medico quirúrgica ya no estaba en la práctica diaria (.) pero no me encontraba segura (.), entonces aquí me sentí segura de que era sólo teórica, solo estudiar, sólo en el fondo lo que era la disciplina enfermera” (DF 2: 352).*

Esto podría denotar dificultad, en estas ATS docentes pioneras, para integrar los contenidos teóricos procedentes de otros contextos a la práctica asistencial propia de los hospitales del contexto español, iniciándose, des de los inicios de la titulación de DUE una dicotomía entre los contenidos curriculares específicos de la profesión enfermera y su aplicación práctica:

- *Participante: “en enfermería fundamental dábamos las teorías, dábamos concepto salud, dábamos el proceso de atención de enfermería, pero todo eso me sonaba a chino” (DF 13: 94).*

- *Participante: “siempre existió una gran dicotomía entre la práctica y la teoría y sigue existiendo” (DF 13:69).*

Esto parece que pudo estar relacionado, en su origen, tanto con la falta de experiencia en la aplicación de las teorías y de los modelos, como con la falta de experiencia en la aplicación del método, que había sido adquirido exclusivamente a través del estudio de los textos (DF 13:98).

Debido a esto se transmitió a las enfermeras (ATS o ATS con curso de nivelación) que estaban ejerciendo en hospitales, una forma de llevar a cabo cuidados profesionales, a través de la aplicación del PAE, que fue contraproducente ya que estaba muy alejado de la realidad propia del contexto español y de sus necesidades inmediatas, caracterizadas por altas demandas técnicas. Esto generó un rechazo en el colectivo hacia ese aspecto de su rol profesional, que todavía sigue durante y es el otro factor contribuyente a la dicotomía que todavía sigue existiendo en el contexto español entre la teoría y la práctica:

- *Participante: “porque estaba tan alejado de la realidad que fue un rechazo que sigue durando, un rechazo que aún se ve en muchos sitios” (DF 13:99)*

- *Participante: “sigue habiendo esta resistencia, y sigue produciéndose esta dicotomía entre la teoría y la práctica” (DF 13:101).*

En relación al concepto de rol profesional se destacan dos vertientes fundamentales, el rol propio y el rol de colaboración con el médico. No obstante, se aclara que esa colaboración con el médico implica también colaboración con la persona a la que se cuida:

- *Participante: “rol de colaboración es colaborar con el enfermo (.) quizás no tanto con el médico” (DF 2: 365).*

En cuanto al rol propio es definido como cuidarse de las necesidades básicas de la persona a través de la ayuda:

- *Participante: “cuidarse de las necesidades básicas de la persona” (DF 2:389)*

- *Participante: “ayudar a la persona” (DF 2: 398)*

Especificando que, para poder ayudar a la persona hay que tener conocimiento teórico de cómo hacerlo:

- *Participante: “ver que ha supuesto esa enfermedad para su vida diaria” (DF 2:394), “en que la puedo ayudar” (DF 2: 398)*

- *Participante: “y por tanto como están afectadas en este caso las necesidades” (DF 2: 530).*

Retomando el nuevo enfoque del perfil del DUE, donde se establece la obligación de enfocar los conocimientos desde la perspectiva científica (García & Martínez 2001), se introduce la necesidad de iniciar la investigación, por parte del colectivo, para el desarrollo de ese corpus teórico de conocimiento necesario para prestar cuidados de enfermería basados en la ciencia y no tanto en la práctica y la intuición (Fernández y otros 2000). No obstante, el colectivo no parece estar interesado en ello, y esto es identificado como una carencia importante para su desarrollo:

- *Participante: “falta mucha investigación (.) esto también nos lo hemos de creer mucho” (DF 2:412).*

Una novedad del nuevo rol profesional de la enfermería, es la organización del trabajo por pacientes y no por tareas. Trabajar por pacientes es definido como organizar el trabajo en base a lo que necesita la persona a través de la realización del plan de cuidados individualizado y, en un

segundo nivel de organización, agrupar tareas técnicas similares, vinculadas a los diferentes planes de cuidados, para llevarlas a cabo de una forma coordinada:

- *Participante: “sí que es cierto que para organizarme mi tarea diaria sí que tengo que decir (.) pues de todos estos planes de cuidado (.) como a estos ahora les tengo que tomar las constantes, pues ahora me dedicaré a tomar constantes (.). Pero esto en una segunda organización de lo que haces en el trabajo pero, la primera más importante y básica, es hacer este plan de cuidados individualizado” (DF 2: 199).*

En este sentido la literatura evidencia la presencia en los hospitales españoles de una baja dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización de Cataluña, que está por debajo de lo que sería deseable para dar una atención de calidad que asegure el bienestar y el confort de los enfermos y unas condiciones laborales aceptables (Ferrus 2006). Un informe publicado por el Consejo General de la Profesión enfermera (2007) explica que el contexto español tiene un 35 % menos de enfermeras que el resto de Europa (Fundación Sindical de Estudios 2008). De alguna manera a partir de aquí se podría intuir la dificultad que tiene el colectivo, concretamente en el ámbito hospitalario, de no priorizar la técnica (por tareas) sobre el cuidado (por pacientes) siendo este otro elemento relacionado con la actual dicotomía existente entre la teoría y la práctica enfermera. En este sentido podría ser interesante investigar como la crisis económica en el contexto español está afectando al ejercicio del rol profesional enfermería, es decir, como los recortes en materia de sanidad, que implican recortes tanto en tecnología como en recursos humanos, pueden haber influido en la forma de organización del trabajo y de la priorización de roles por parte del colectivo.

Actualmente, las enfermeras españolas parecen seguir más interesadas por el rol técnico de la profesión, vinculado a la colaboración con la profesión médica, que por el vinculado al cuidado y a la ayuda como rol específico y propio del colectivo:

- *Participante: “Hay un indicador (.) en que se forman las enfermeras (.) demuestra que lo que tiene más éxito es la parte técnica (.)” (DF 2: 385).*

- *Participante: “implementas el rol de colaboración (.) estás dejando de lado tu rol propio (.) haces de enfermera para esto” (DF 2: 159).*

Existiendo incluso la posibilidad de que ese rol específico sea delegado a otro tipo de profesionales, en el caso del contexto español, con un perfil auxiliar y menor formación académica como es el caso de los actuales Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que forman parte de la Formación Profesional de Grado Medio del sistema educativo Español:

- *Participante: “llegará un momento que, es posible, no lo haremos directamente por que habrá otros profesionales que lo harán, que son las auxiliares de enfermería” (DF 2:539).*

Las enfermeras españolas son responsables de la asistencia de más de 735.000 personas al año. En este entorno se requiere de las enfermeras competencias técnicas de alto nivel y máxima rapidez (Fundación Sindical de Estudios 2008). La baja dotación de enfermeras, que caracteriza la enfermería española en éste tipo de contexto, donde predominan las necesidades técnicas, de alguna manera, podría justificar el interés del colectivo por el rol técnico en detrimento del rol vinculado al cuidado, especialmente cuando se trata del ámbito de la formación continuada y postgraduada.

En relación a esto Merhy (2002) refiere que se espera que las instituciones de salud sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones , además se agrega el hecho de la hegemonía del modelo de acción clínica del médico que empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud (Poblete & Valenzuela 2007).

Competencias enfermeras en el contexto español

El rol profesional se manifiesta en forma de competencias profesionales propias del colectivo legitimizadas por el poder político en cada contexto sociocultural que concretan que puede y que no puede hacer el colectivo:

- *Participante: “aquello que podemos y aquello que no podemos hacer” (DF 2: 527)*
- *Participante: “tiene que ver con cuestiones legales” (DF 2: 356).*

La enfermería presenta actualmente en el contexto español competencias que le son propias y exclusivas y que, según la participante, son tan importantes como el tratamiento médico:

- *Participante: “en definitiva es esto (.) en que la puedo yo ayudar (.) y esto es tratamiento, esta ayuda (.) tenemos que pensar que es tan importante el tratamiento con antibiótico que le ayudamos a poner como el tratamiento de cuidados que le hacemos” (DF 2:540)*

No obstante, hay competencias, vinculadas al rol de colaboración con otros profesionales, que se solapan y esto genera confusión en los propios estudiantes de enfermería cuando llevan a cabo sus prácticas profesionales y, conflicto en la práctica asistencial, entre los profesionales que pertenecen a diferentes disciplinas:

- *Participante: “ hay cosas que a veces no se sabe (.) los alumnos preguntan” (DF 2: 362).*

- *Participante: “se solapan, y aquí es donde está el conflicto no solo en nuestro colectivo, en todos los colectivos: por ejemplo entre ingenieros y arquitectos” (DF 2: 144)*

Por este motivo los colegios profesionales de enfermería velan para evitar el intrusismo tanto de personas que no tienen la titulación como de los Técnicos de Grado Superior de Rama Sanitaria (también integrados en la Formación Profesional) que conviven en el mercado laboral con el colectivo:

- *Participante: “que haya una persona que esté suplantando a una enfermera o sea, que no tenga el título (.) Ha habido bastantes casos (.) de conflicto entre técnicos y enfermeras” (DF 2: 379).*

Golttied L. (1997) expone la fuerte competencia que se ha establecido entre los profesionales de la salud, los cuales rivalizan por un puesto en el contexto de la reorganización de los servicios de salud (Zapico, 2005).

Sin embargo, el gusto por la técnica que parece tener el colectivo hace que este se pueda plantear delegar sus competencias específicas, vinculadas al cuidado de las necesidades básicas, a otros profesionales sin que ello parezca ser percibido como una amenaza o intrusismo:

- *Participante: “el gusto por la técnica (.) no hemos de perder nunca nuestro rol propio (.) cuidarse de las necesidades básicas de esta persona (.) lo hacemos directamente o no. Quizás llegará un momento que habrá otros profesionales que lo harán, que son los auxiliares de enfermería” (DF 2: 541)*

Para Poblete y Valenzuela (2007) las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que cumplen la función de socializar a los individuos, con pautas y normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema con la finalidad de que cumplan sus roles establecidos a través de un control social. En el caso de la enfermería en el contexto español, el cambio de rol, a partir de un corpus de conocimiento teórico procedente de un contexto sociocultural muy diferente, combinado con la presión institucional, para continuar priorizando el rol técnico, puede haber mantenido a la enfermería con unas competencias más propias del ATS que del modelo de enfermería importado del exterior, caracterizado por una mayor autonomía profesional vinculada a un mayor desarrollo de su rol propio.

Autonomía profesional del colectivo

En relación a la autonomía profesional del colectivo, la enfermería todavía no ha desarrollado todo su potencial (DF 2: 404) y todavía ha de querer asumir su rol profesional en el contexto actual (DF 2: 278). Según las docentes el problema radica en la falta de creencia que tiene el colectivo en su potencial y esto es identificado como una debilidad importante:

- *Participante: “no nos lo creemos del todo y esto es una debilidad” (DF 2: 405)*

Esta falta de creencia en el propio potencial se traduce en la falta de iniciativa para asumir la responsabilidad de la toma de decisiones y hacerse valer, especialmente, ante la profesión médica:

- *Participante: “hemos de asumir la responsabilidad que tenemos (.) pero no puede ser que no nos hagamos valer” (DF 2: 277).*

- *Participante: Vienen con la idea de que tienen que depender del médico, por supuesto, de que no puede tomar decisiones por qué eso es cosa del médico, no puede dar una opinión sobre un asunto ético por qué eso es cosa del médico y eso es un lastre que tenemos, que nos a costar mucho quitarnos” (DF 13:150)*

Como consecuencia de ello la enfermería a nivel social no tiene suficiente estatus de profesional autónomo:

- *Participante: “la enfermería a nivel social todavía no tiene el estatus suficiente como profesional autónomo (DF 13:150)*

No obstante, las enfermeras que trabajan en servicios que implican la aplicación de un rol más técnico como sería el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos tienden a asumir más responsabilidad y a tener más iniciativa que las enfermeras que trabajan en servicios donde se ejerce un rol más vinculado al cuidado profesional enfermero, como sería el caso de los centros sociosanitarios:

- *Participante: “yo en aquel momento (.) seguramente porque los lugares que había estado había hecho ese aprendizaje, me había sumergido en todo lo que era la medicoquirúrgica (.) intensivos, urgencias, pensaba ¿Cómo les pueden hacer estas preguntas? ¿Cómo no son más decididas? y asumen la responsabilidad ellas” (DF 2: 246).*

En relación a esto en un estudio realizado a un grupo de enfermeras clínicas canadienses, se vio que éstas también identificaban una mayor autonomía profesional en ámbitos, como es el caso del propio de cuidados intensivos, donde la enfermera trabaja de forma más estrecha con el

médico *“trabajan típicamente con un grupo pequeño de médicos, y tienen un sentido de camaradería por hecho de que se conocen. Esto marcó una diferencia en la confianza mutua en el conocimiento y juicio, lo que consideran que contribuye en el fortalecimiento de la autonomía”* (Tapp, Standsfield & Steward 2005).

El colectivo enfermero no tiene una trayectoria histórica de toma de decisiones y es algo que va a costar cambiar. Ello es debido a una trayectoria muy tecnificada de la profesión relacionada con el hecho de que muchos de los docentes que ejercen en las actuales Escuelas de Enfermería parten de la titulación de ATS:

- *Participante: “teníamos una visión muy tecnificada de la profesión. Y esto cuesta sacar, nuestros maestros fueron practicantes, los antiguos ATS” (DF 13:150).*

Las enfermeras gestoras, en el contexto español, concretadas en las direcciones de enfermería de los diferentes centros de atención primaria como de atención especializada, son identificadas como las responsables de promocionar laboralmente la puesta en marcha de cuidados profesionales de enfermería favoreciendo, de esta manera, su desarrollo:

- *Participante: “cuando la gestión se preocupe seriamente de promocionar el rol autónomo de la profesión enfermera, la enfermera tendrá que desarrollar esa parte” (DF 13:151).*

No obstante, el cambio de rol de la profesión enfermera, hacia una mayor autonomía profesional ha de venir también a través de una formación que la sitúe en una relación de igualdad con los otros profesionales de la salud que comparten su contexto laboral:

- *Participante: “el cambio de este rol va a venir por la formación y por qué seamos capaces de hablar de tú a tú, no al médico, al resto de profesionales que tenemos con nosotros” (DF 13: 140).*

Tanto los ATS (1950) como los Diplomados Universitarios en Enfermería (1977) partían inicialmente de una formación inferior al resto de profesiones de las Ciencias de la Salud. A este respecto, el inicio de los estudios de Grado en enfermería, que implicó una nivelación académica con el resto de profesiones, puede ser un paso importante a favor del empoderamiento profesional del colectivo, a través del establecimiento de relaciones más igualitarias que den voz y herramientas para la defensa del valor de los cuidados profesionales enfermeros.

Para Aydelotte (1983) el conocimiento es esencial para el autogobierno, considerado núcleo de la autonomía profesional, y es el que abre la puerta al poder y a la autoridad. Otros autores también han relacionado competencia y bases de conocimiento con el logro de la autonomía

(Ballou 1998) A este respecto, los enfermeros clínicos canadienses reconocieron que la autonomía se desarrolla con el tiempo y está relacionada con la confianza y la capacidad de juicio clínico competente (Tapp, Standsfield & Steward 2005) algo que precisa de conocimiento basado en la evidencia científica y no en la intuición o tradición.

La falta de práctica reflexiva, como un elemento necesario para la mejora y el desarrollo del rol propio, es una de las principales carencias del colectivo relacionadas con la falta de autonomía profesional y, por ello, ha de ser especialmente trabajada en el ámbito universitario con los estudiantes de enfermería:

- *Participante: “yo creo que hoy en día es lo que falta más para desarrollar este rol autónomo (.) las enfermeras en las unidades tendrían, no solamente que trabajar y hacer, si no reflexionar sobre lo que hacen, por qué eso es lo que da la mejora (.) permite tomar conciencia de que rol tienes (.) y acercarte aún más a la persona que cuidas” (DF 2:547).*

- *Participante: “tendemos a hacer esta práctica reflexiva, o sea, lo que hacemos aquí con los alumnos de decir (.) no solamente hace falta que vayas a las prácticas, si no que hace falta que reflexiones sobre lo que haces (.) esto es algo que tendríamos que ser capaces de hacer en nuestro trabajo” (DF 2: 547).*

En relación a esto podría ser interesante indagar, qué herramientas de enseñanza-aprendizaje se utilizan en las escuelas o facultades de enfermería españolas, para trabajar la capacidad de reflexión crítica con los estudiantes. Según Ballou (1998) el atributo de la reflexión crítica, como otros de los requisitos para alcanzar la autonomía profesional, está estrechamente conectado a la toma de decisiones autónoma. La obediencia a leyes y los principios es una parte del sistema de autonomía personal, no obstante ésta debe surgir de la reflexión racional sobre los mismos. De esta manera la autonomía implica la idea de autoría de un mundo propio -sin estar sujeto a la voluntad de otros- a través de la reflexión y la toma de decisiones en un sistema de creencias y principios propios aprobados (Ballou 1998).

La responsabilidad, que implica la toma de decisiones basada en la práctica reflexiva, es percibida como algo individual que es requisito para alcanzar la autonomía profesional:

- *Participante: “es como individual (.) en todos los sitios puedes ejercer tu responsabilidad y por lo tanto, tu autonomía (.) y, en la que no tienes toda la responsabilidad pues asumir la tuya” (DF 2: 368).*

A este respecto la enfermería no ha de perder de vista que su responsabilidad es ante la persona que se cuida y que ello implica su defensa ante la mala práctica del resto de profesionales, pertenezcan o no a su propio colectivo:

- *Participante: “no ha de perder nunca de vista que la responsabilidad es en relación a la persona que se cuida” (DF 2: 370).*
- *Participante: “ante la práctica de colegas o otros profesionales que vemos que pueden perjudicar (.) pues tenemos la responsabilidad también de decirlo” (DF 2: 543).*

A este respecto para Holden (1991) práctica autónoma implica la responsabilidad, tanto personal como profesional. El profesional responsable es aquel que ejerce la legítima libertad de decidir una acción o intervención sobre otra combinada con la responsabilidad de toma de decisiones correctas en cada circunstancia clínica (Holden 1991).

Otro factor relacionado con la falta de autonomía profesional del colectivo es el hecho de tratarse de una profesión eminentemente femenina en un contexto sociocultural con una tradición de alejar a las mujeres de los centros de toma de decisiones:

- *Participante: “tradicionalmente a la mujer se LE HA APARTADO de los centros de decisión” (DF 10:221)*
- *Participante: “en la medida que la mujer ha ido adquiriendo autonomía, como persona, también ha transmitido esto en cierta manera a la profesión enfermera. En la medida que la mujer adquiera seguridad como persona jurídica, social, con todos sus derechos, también una enfermera se enfrenta de manera diferente o se relaciona diferente con un médico (.) por que la autoridad cambia, no hace falta que legalmente te marquen que eres autónoma, lo has de experimentar, has de tener el convencimiento que tú estás a la altura de esta persona” (DF 13:153).*

A este respecto podría ser interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la profesión enfermera y la profesión médica en relación al proceso de feminización que ha sufrido esta última en los últimos años.

Para Abbot (1983) el tema central del desarrollo de las profesiones está ligado a las relaciones interprofesionales y al contenido de la actividad profesional (Rodríguez y Guillem, 1992). La conexión establecida con profesiones de mayor rango ya reconocidas hace más probable la profesionalización de una ocupación y ésta, debe desarrollarse en colaboración y no en subordinación (Hernández, Gallego, Alcaraz y González, 1997).

Conclusión

Podemos concluir, a partir del discurso de las enfermeras docentes de la asignatura fundamentos de enfermería, que la profesión enfermera en el contexto español presenta un perfil fundamentalmente técnico y con poco interés por el rol propio que tiene como objetivo el cuidado y la ayuda del paciente. Esto puede estar relacionado, por un lado, con la dificultad de articular los conocimientos teóricos importados de contextos socioculturales diferentes, relativos a este rol de ayuda en la práctica asistencial y, por otro lado, con la baja dotación de enfermeras en los hospitales, las altas demandas de competencias técnicas y la necesidad de rapidez para llevarlas a cabo. Esto se traduce en un interés del colectivo por formarse en áreas fundamentalmente vinculadas a la técnica y, en un poco interés, por llevar a cabo investigación orientada al desarrollo del rol propio.

En cuanto a su competitividad dentro del mercado laboral, el colectivo tiene competencias específicas, unas propias y otras de colaboración con otros profesionales. Entre esas competencias, al igual que sucede con otras profesiones, hay algunas que son ambiguas y difíciles de ubicar. El intrusismo se parece identificar en el interés por otros profesionales por desarrollar el rol técnico vinculado a la profesión. Sin embargo, no parece estar identificado en cuanto a la realización de los cuidados propios del rol específico por parte de los auxiliares de enfermería. Esto puede reforzar la idea de que la enfermería en España sigue teniendo un rol fundamentalmente técnico y, que de alguna manera, no ha integrado, su rol vinculado al cuidado como algo propio y relevante.

En cuanto al concepto autonomía profesional, se identifica la necesidad de que el colectivo tome conciencia de su responsabilidad y que ésta es, sobre todo, de cara al paciente. Implica su defensa ante la mala praxis, tanto del colectivo enfermero como el de otros. A este respecto los Colegios de Enfermería parecen tener un rol relevante. No obstante, de su discurso se desprende que la conciencia de responsabilidad se adquiere, especialmente, cuando se trabaja en el ámbito técnico, y no tanto en el ámbito vinculado al cuidado. Identifica como principal carencia del colectivo, la falta de práctica reflexiva y la falta de creencia en el propio potencial. Otra vez todo esto puede estar relacionado, con la falta de integración de un corpus de conocimiento teórico a una realidad que no es posible que no le sea afín.

Para Abbod (1983) las profesiones actúan en un sistema de conocimiento profesional y tienen capacidad de abstracción para definir viejos problemas de nuevas formas, y esta capacidad es la que les permite sobrevivir en el mercado. Las profesiones crean jurisdicciones que son parcelas de mercado o servicios que realiza una profesión. Las diferentes profesiones viven en un sistema interdependiente de manera que, los movimientos de unas afectan a las otras. Para que una

profesión tenga una jurisdicción fuerte necesita que su estructura de conocimiento sea abstracta, ya que es una forma de defender y legitimizar el espacio vacante en el mercado (Rodríguez 2008).

En el caso de la enfermería en el contexto español, no parece estar presente esta capacidad de abstracción y, su supervivencia como profesión, parece estar más vinculada a las necesidades de profesionales con altas competencias técnicas, compatibles con el antiguo perfil de ATS, que a dar respuesta a las necesidades de la sociedad des de un rol de cuidado y ayuda.

Según Foucault (1991) des del nacimiento de la clínica a finales del siglo XVIII las instituciones hospitalarias, se constituyeron en centros de formación y saber médico, donde la patología pasa a ser su objeto de estudio perdiendo los enfermos su individualidad e integridad. Desde entonces esta visión biologicista ha impregnado el rol de las disciplinas que interaccionan en las instituciones hospitalarias, Merhy (2002) refiere que esta hegemonía del modelo de acción clínica del médico termina por empobrecer y hasta anula las acciones cuidadoras del resto de equipo de salud (Poblete y Valenzuela, 2007) y esto es algo que, parece caracterizar al colectivo enfermero en el contexto español.

Referencias

- Ballou K 1998. A concept Analysis of Autonomy. *Journal of Professional Nursing*, vol 14 (2), pp. 102-110.
- Borobia R. La hipótesis en estudios cualitativos. El caso de la inducción analítica en una investigación sobre adolescencia. *Rev. Pilquen* n.6 Viedma. 2004 ene/dic [cited 10 jun 2014]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-31232004000100005&script=sci_arttext
- Charmaz K 2006. *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative Analysis*. California: SAGE.
- Collière MF 1993. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana-MacGraw-Hill,
- Dominguez-Alcón C 1986. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez-Alcón C y Ramió A 2010. *L'exercici lliure de la professió infermera a Catalunya: resum executiu. Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona*. Barcelona: Col·legi d'Infermeria de Barcelona.
- Dominguez-Alcón C, Rodríguez J.A y de Miguel J.M 1983. *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide
- Fernández C, Garrido M, Santo M y Serrano MD 2000. *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson.
- Ferrus L (dir) 2006. *Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització*. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Enfermería de Catalunya.

- Fundación Sindical de Estudios 2008. *Estudio sobre la Enfermería Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud*. Madrid: autor.
- García C y Martínez ML 2001. *Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- González M 2002. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, vol 29, pp 85-103.
- Hernández F, Gallego R, Alcaraz S y González JM 1997. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de Cuidados*, 1(2).
- Hernández J 1999. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: MacGrawHill.
- Herrera F, Lasante F y Siles J 1996. *La edad contemporánea. El proceso de tecnificación y institucionalización profesional*. En Francisca Hernández Martín (coord.), *Historia de la Enfermería en España: des de la antigüedad hasta nuestros días* (pp.2017-280). Madrid: Editorial síntesis.
- Holden R 1991. Responsibility and autonomous nursing. *Journal of Advanced Nursing*, vol 16, pp 398-403.
- Ortega C y Sanchez N 1996. El siglo XX: hacia la consolidación de la profesión enfermera. En Francisca Hernández Martín (coord.), *Historia de la Enfermería en España: des de la antigüedad hasta nuestro días*, (pp. 287-323). Madrid: Editorial Síntesis.
- Poblete M y Valenzuela S 2007. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* vol 20 (4), pp 499-503.
- Rodríguez N 2008. *Manual de Sociología de las Profesiones*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Seidman I 2013. *Interviewing as Qualitative Research*. New York: Teachers Colleague (4º ed).
- Smelter N.J & Baltes P.B 2001. Analytic Induction. In *International Encyclopedia of the Behavioral Sciences*. Florida: Elsevier.
- Strauss A y Corbin J 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universitaria de Antioquia.
- Tapp D, Standsfield K y Steward J 2005. La autonomía en la práctica enfermera. *Revista Aquichan*, vol 5 (1), pp 114-127.
- Valles M 2009. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Zapico, F. 2005. *Avances en la práctica de la profesión enfermera: visiones de una misma realidad*. Tesis de maestría no publicada, *Universidad de Barcelona*.