

RECONOCIMIENTO SOCIAL PROFESIÓN ENFERMERÍA EN
INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD POPAYÁN 2012.



Enf. MGs. Esp. María del Pilar Restrepo de Paz
Est. Rosa Elena Cerón Hoyos
Est. Yolanda Díaz Ramos
Est. Maribel Rocio Morales Manzo
Est. Oscar Javier Muñoz Mosquera

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA – INVESTIGACIÓN
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO PROFESIONAL
POPAYÁN
2012

RECONOCIMIENTO SOCIAL PROFESIÓN ENFERMERÍA EN
INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD POPAYÁN 2012.

INVESTIGADORES:

Enf. MGs. Esp. María del Pilar Restrepo de Paz
Est. Rosa Elena Cerón Hoyos
Est. Yolanda Díaz Ramos
Est. Maribel Rocio Morales Manzo
Est. Oscar Javier Muñoz Mosquera

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA – INVESTIGACIÓN
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO PROFESIONAL
POPAYÁN
2012

CONTENIDO

Página

INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	20
2. MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS Y DE LA ENFERMERÍA.	21
2.1.1 Etapa doméstica.....	21
2.1.2 Etapa vocacional	29
2.1.3 Etapa técnica.....	45
2.2 LA ETAPA PROFESIONAL-ENFERMERÍA MODERNA	55
2.3 ESCUELAS DE ENFERMERÍA	62
2.3.1 La enfermería en el mundo	62
2.3.2 Enfermería en Latinoamérica	65
2.3.3 Enfermería en Colombia.....	67
2.3.4 Enfermería en Popayán.....	69
2.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	70
2.4.1 Enfermería como profesión.	70
2.4.2 Enfermería como disciplina	71
2.4.3 Enfermería como ciencia.....	73
2.5 MARCO NORMATIVO Y LEGAL.....	74
2.5.1 Ley 266 de 1996.....	74
2.5.2 Ley 911 de 2004.....	78
2.5.3 Competencias Tunning.....	79
2.6 DEFINICIÓN DE RECONOCIMIENTO SOCIAL DE ENFERMERÍA.	80
3. METODOLOGÍA	91
3.1. TIPO DE ESTUDIO	91

3.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	91
3.3. MUESTRA	91
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	91
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	92
3.6 INSTRUMENTOS	92
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	94
4. RESULTADOS.....	95
4.1 EL RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.	95
4.1.1 Sobre las cualidades personales y profesionales generales que acompañan al profesional de enfermería según directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud.....	95
4.1.2. Principios éticos que acompañan al profesional de enfermería en su desempeño.....	111
4.1.3. Acerca del desempeño y demanda profesional.....	115
4.1.4. Percepción que tienen los enfermeros acerca de su profesión y los posibles estereotipos que pueden estar afectando su reconocimiento. ...	128
5. DISCUSIÓN	130
5.1. LAS CUALIDADES PERSONALES Y PROFESIONALES, Y LOS PRINCIPIOS ÉTICOS QUE ACOMPAÑAN AL ENFERMERO, DESEMPEÑO Y DEMANDA PROFESIONAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS, EQUIPO DE SALUD Y ENFERMEROS.	130
5.2. LAS CUALIDADES PERSONALES Y PROFESIONALES QUE ACOMPAÑAN AL ENFERMERO, EL DESEMPEÑO PROFESIONAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS Y LOS MIEMBROS DE SUS FAMILIAS.	135
5.3. ACERCA DE LOS ESTEREOTIPOS QUE PUEDEN AFECTAR EL RECONOCIMIENTO SOCIAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS.	136
6. CONCLUSIONES	139
7. RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA.....	142

LISTA DE CUADROS

Página

Cuadro 1. Número de informantes por niveles de atención en salud. Reconocimiento social profesión enfermería en instituciones públicas de salud. Popayán 2012.....	93
--	----

LISTA DE GRÁFICAS

Página

Grafica 1 Distribución porcentual según la opinión de directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.....96

Grafica 2 Distribución porcentual según la opinión de directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.....96

Grafica 3 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.98

Grafica 4 Distribución porcentual según la opinión de los directivos sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en instituciones públicas de salud. Popayán 2012.....98

Grafica 5 Distribución porcentual según la opinión de los enfermeros sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 100

Grafica 6 Distribución porcentual según opinión de los enfermeros sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 100

Grafica 7 Distribución porcentual según opinión de los miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 102

Grafica 8 Distribución porcentual según opinión de los miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 102

Grafica 9 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre el reconocimiento del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 103

Grafica 10 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre las principales características que tiene el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 104

Grafica 11 Distribución porcentual acerca de la forma como fueron recibidos los cuidados por los usuarios y sus familias. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 104

Grafica 12 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre la comunicación respetuosa y amable del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 105

Grafica 13 Distribución porcentual según usuarios y sus familias sobre lo que resaltan de manera preferencial acerca del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 105

Grafica 14 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que les disgusta del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 106

Grafica 15 Distribución porcentual según directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las formas y características de la comunicación del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 107

Grafica 16. Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre formas y características de comunicación del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 108

Grafica 17. Distribución porcentual según opinión de los enfermeros sobre lo que el profesional de enfermería tiene en cuenta para comunicarse. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 109

Grafica 18 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre formas y características de comunicación del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 110

Grafica 19. Distribución porcentual según la opinión de cada una de las fuentes: directivos, enfermeros y miembros del equipo de salud sobre las habilidades necesarias de los enfermeros para la práctica profesional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 111

Grafica 20 Distribución según la opinión de directivos, profesional de enfermera y miembros del equipo de salud sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 111

Grafica 21 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 113

Grafica 22 Distribución porcentual según criterio de los enfermeros sobre los principios éticos con que actúa el profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 113

Grafica 23 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 114

Grafica 24 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el conocimiento de las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 115

Grafica 25 Distribución porcentual según los directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño profesional del Enfermero. (Parte 1) Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 116

Grafica 26 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño profesional del Enfermero. (Parte 2) Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 116

Grafica 27 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 117

Grafica 28 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional 1 de Enfermería. Reconocimiento social profesión enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 118

Grafica 29 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional 2 de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 118

Grafica 30 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 119

Grafica 31 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre el desempeño del profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 120

Grafica 32 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 121

Grafica 33 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 122

Grafica 34. Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 123

Grafica 35. Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que prefieren de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 124

Grafica 36 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que menos les gusta de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 124

Grafica 37 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que cambiarían de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012..... 125

Grafica 38 Distribución porcentual según los directivos sobre la demanda laboral institucional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 126

Grafica 39 Distribución porcentual según los directivos sobre la demanda laboral institucional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 127

Grafica 40 Distribución porcentual según criterio de los enfermeros sobre la percepción acerca de su profesión y los estereotipos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012. 129

LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexo A Cronograma y presupuesto	146
Anexo B Operacionalización de Variables	150
Anexo C Cuestionario 1 dirigido a los directivos	167
Anexo D Instructivo del cuestionario dirigido a directivos	173
Anexo E Cuestionario 2 dirigido al profesional de enfermería	178
Anexo F Instructivo del cuestionario dirigido al profesional de enfermería	182
Anexo G Cuestionario 3 dirigido al equipo de salud	185
Anexo H Instructivo del cuestionario dirigido al equipo de salud	189
Anexo I Entrevista dirigida a los usuarios y miembros de sus familias	193

INTRODUCCIÓN

Las personas encargadas de proporcionar cuidados de Enfermería han variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde éstos se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos): macipa, mossa, clavera, donado, donada, hospitaler, hospitalera, enfermero, enfermera. Según Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Hasta el año 1500 , la escasa atención de Enfermería propició una variedad de grupos: Nodrizas. Parteras o Comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

Entre los años 1500 y 1860, la Enfermería tuvo su peor momento, ya que esta constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. El cristianismo, desde los monasterios brindó cuidados de Enfermería a través de las Órdenes Religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos, y los Caballeros de San Lázaro.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, creado en 1836 por el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), supuso para la enfermería el inicio de una formación reglada, reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Según Robinson, en el libro *Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing)*, publicado por Florence Nightingale en 1859 —tras sus experiencias en la guerra de Crimea—, supuso «un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna». En 1860 se inauguró la *Nightingale Training School for Nurses* ("Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras"), la cual

constituyó una institución educativa independiente financiada por la *Fundación Nightingale*. Florence Nightingale brindaba cuidados de acuerdo al entorno de los pacientes utilizaba los cuidados para asegurar los puntos de salubridad esenciales en las viviendas como lo son: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. La enfermera llamada “la dama de la lámpara” por su forma particular de brindar cuidado en la guerra de Crimea a militares heridos en combate, ella se desplazaba en las noches para realizar esta labor, además creó un diagrama estadístico llamado Plotter consistía en determinar las causas de muerte de militares durante la guerra, en donde se mostraba por colores; en la parte central se ubicaba el color negro que significaba muertes por otras causas, seguida del color rojo muertes por heridas y el azul significaba muertes por infecciones, siendo esta última de mayor prevalencia. Florence Nightingale creó servicios clínicos hospitalarios y de enfermería domiciliaria, se hacía énfasis en que las enfermeras que debían cumplir exactamente las órdenes de los médicos, se observa como desde los inicios la profesión no tenía la facultad de tomar decisiones independientes, convirtiéndose de esta forma en la sombra del médico.

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos se admitía, que la legislación sobre la aprobación estatal para la Enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional y a medida que la demanda de enfermeras crecía se establecen escuelas de enfermería de alta calidad.

En España, el 4 de diciembre de 1953 se unifican en ATS (Asistente Técnico Sanitario) los estudios de auxiliares sanitarios siguiendo el modelo de especialidades médicas con el objeto de proporcionar mayor formación pos básica a las profesiones de *matronas, practicantes y enfermeras*, de modo que las matronas pasan a ser una especialidad de ATS (BOE del 12 de febrero de 1957, Decreto de enero de 1957. En 1977 (Decreto 2128), se transforman en España las enseñanzas conducentes al título de ATS por las de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería).

Este hecho histórico supuso el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria de la Enfermería como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario con todo lo que ello implica: reconocimiento científico y académico de la antigua actividad del cuidado de enfermería, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos (licenciatura y doctorado).

Referente a la herencia histórica de la Enfermería; los diferentes aportes por género, resaltan el papel de los hombres enfermeros que tuvieron una actuación importante en la historia cuando se creó la primera escuela de enfermería en el mundo, se ubicó en la India 250 A. C. siendo determinada por

creencias religiosas puesto que los hombres eran los únicos considerados dignos.

En el pasado muchos hombres fueron obligados a instruirse en enfermería para prestar cuidados a los heridos de las guerras, hasta que en 1854 Florence Nightingale se introdujo en este medio para mejorar las condiciones hospitalarias, nutrición e instruir a un grupo de enfermeras contribuyendo así a la disminución de la mortalidad en ese medio.

En los primeros tiempos en nuestro país las labores de enfermería eran obras hechas por buena voluntad de las personas, sin ningún tipo de preparación, solo con una formación religiosa. En 1867 se establece “un curso especial teórico – práctico para comadronas y Parteras” en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, dictado por un profesor de la Universidad Nacional de Colombia y el Jefe de la Clínica del Servicio. En 1903 el doctor Rafael Calvo venía preparando en Cartagena personal de enfermería en forma empírica. Más tarde, por iniciativa del doctor Teofrasto Tatis, como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y por medio de la misma, se les reconoció este entrenamiento y se les otorgó el “diploma de enfermeras”. La Escuela de Enfermeras de la Universidad de Cartagena fue fundada oficialmente en 1924. En 1919 la Cruz Roja Colombiana invitó a la enfermera belga Madame Ledoux a Colombia, enviada por la Liga de Sociedades de la Cruz Roja para fundar una Escuela de Enfermeras con todos los requisitos de la técnica.

Si bien es cierto que estas primeras enfermeras desempeñaron en su momento un papel profesional y social muy importante, es indiscutible que hasta 1920 no existió en Colombia una Escuela de Enfermería como tal, sino cursos esporádicos organizados por médicos en los mismos hospitales o cursos en otras instituciones que formaron algunas enfermeras, a la par que formaban mujeres en otros oficios considerados como femeninos por esa época. La atención de la salud, sobre todo a las personas acomodadas se daba en su propia casa. En 1925 se establece la enseñanza de comadronas y enfermeras en la Facultad Nacional de Medicina; esta escuela debía preparar al personal laico que pudiera prestar satisfactoriamente el servicio de enfermería en la capital del país, especialmente en el Hospital San Juan de Dios. La atención de enfermería venía siendo dispensada por comunidades religiosas, inicialmente hacia 1768 por los Hermanos de San Juan de Dios, y a partir de 1873 por las Hermanas de la Presentación solicitadas por el *Síndico* del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

El plan de Estudios era de dos años y las asignaturas eran cinco: anatomía y fisiología, medicina, cirugía, partos, pediatría y puericultura. Como es evidente, la educación de enfermería en esta época estaba orientada a las

especialidades médicas, además, los profesores eran médicos. En Colombia en 1937 el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia dictó un acuerdo por el cual se reorganizó la escuela de comadronas y enfermeras venía funcionando en el hospital San Juan de Dios. Su nombre se cambió después por Escuela Nacional de Enfermeras; su sitio de prácticas era el hospital San José y las prácticas las supervisaban las religiosas que no siempre eran enfermeras. El objetivo principal de la Universidad era que la escuela dependiera directamente del organismo universitario y que sus egresadas tuvieran conocimientos teóricos y prácticos para la correcta atención de los enfermos.

Un aspecto destacado de la reorganización fue la asignación de la dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras a cargo de una enfermera provista de títulos, una norteamericana y cabe exaltar que se trató de la primera mujer en ocupar cargos administrativos en la Universidad. Este nombramiento logró grandes cambios en la carrera y un reconocimiento de las enfermeras como profesionales, la Universidad se preocupó por la escuela, aceptó y comprendió la necesidad de conocer más sobre la carrera, dentro de la sociedad y la misma Universidad. De esta Escuela salieron enfermeras de magnífica preparación, se expidieron 67 diplomas producto de un plan de estudios con administración hospitalaria, estadística y elementos de las ciencias sociales, con el enfoque higienista de la época, con duración de tres años y un título otorgado de enfermeras generales, enfermeras hospitalarias, o enfermeras visitadoras sociales.

En el siglo XX enfermería continúa su evolución hacia un enfoque disciplinar con dos dimensiones de gran importancia: ciencia y aplicación. Las disciplinas profesionales tales como Leyes, Medicina, y Enfermería, van directamente hacia objetivos prácticos y así generan teorías tanto prescriptivas como descriptivas. Es de importancia recalcar la diferenciación entre profesión y disciplina; La profesión aborda el desempeño de la práctica y la disciplina se preocupa del desarrollo del conocimiento enriqueciendo la profesión desde su esencia y profundizando el sustento teórico de la práctica. Si los conocimientos que genera la Disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente lo que limitará la evolución de la profesión.

Antecedentes Históricos en Popayán. El Programa de Enfermería se crea el 3 de agosto de 1970 mediante Acuerdo N° 10 de febrero 26 de 1970 del Consejo Superior de la Universidad del Cauca. El programa inicia con un plan de estudios de tres (3) años y sus egresados se graduaron como ENFERMEROS GENERALES. El recurso docente estaba constituido por cuatro enfermeras, una de ellas la Directora del programa organizado como ESCUELA DE ENFERMERÍA de la División Ciencias de la Salud. En 1980 se reforma el plan de estudios y se adopta un plan de Currículo por Ciclos otorgando el título de

TECNÓLOGOS EN ENFERMERÍA, en 1985 cambia la estructura orgánica a la de DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA adscrito a la Facultad Ciencias de la Salud; la planta de docentes se incrementó a 17 profesores algunos de ellos con Maestría en Salud Pública, Educación, Especialización en Salud Mental, Cardiorrespiratorio y Perinatología. Posteriormente, como consecuencia de la Ley 80 de 1980 se adopta la modalidad de Currículo integrado de formación universitaria con componente de Investigación, además de Asistencia, Administración y Educación. Los egresados se empiezan a graduar como ENFERMEROS.

Hacia 1990 se inicia un importante proceso de cooperación interinstitucional y mediante convenio entre las Universidades de Cauca, Valle y la Fundación W.K.Kellog y con el propósito de desarrollar de manera importante la formación de posgrado y la capacitación de docentes al nivel de maestría se realizan posgrados a este nivel con la participación de un buen número de docentes del programa. A partir del primer período académico de 1997 el programa pasa de ocho (8) semestres a ser de diez (10) semestres y cuenta con un personal docente capacitado a nivel de maestrías y especialización en un 95%. El enfoque pedagógico en la formación del nuevo profesional se fundamenta en la formación social, humanística, administrativa, científico - clínica y preventiva en atención a la moderna organización del sistema de salud del país regulada por la ley 100 de 1993 que exige que el profesional de enfermería lidere y dinamice los procesos de desarrollo local, regional y nacional en materia de salud. Es importante el gran avance que tuvo enfermería como profesión, además la contribución de las organizaciones de salud de Colombia que son una pieza clave para la enfermería. Por ejemplo: "Las Organizaciones Nacionales de Enfermería: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC , la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE y el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE, en cumplimiento de su compromiso social vienen coordinando sus acciones, buscando fortalecer el desarrollo y el avance de la Profesión, propiciar cuidados de salud y de enfermería de calidad y condiciones dignas y justas de trabajo para las enfermeras colombianas. Estas acciones están soportadas en el marco legal del ejercicio de la Profesión en el país, contenido en la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería y en la Ley 911 de 2004, de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión y el régimen disciplinario correspondiente".

Referente a la ley 266 de 1996 el profesional de enfermería deberá cumplir diferentes competencias dentro de políticas nacionales en los programas de salud con diferentes roles en la aplicabilidad de las mismas, ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

La calidad de la atención por parte del profesional en el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que recomienden la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales. La formación básica del profesional de Enfermería, implica el control y evaluación de los servicios en las instituciones de salud aplicando estándares de calidad, dirigir los servicios de salud y de Enfermería. Con las siguientes competencias: Brindar atención de forma integral y coordinar su labor con el equipo multidisciplinar, proporcionar atención de calidad sin ninguna distinción sociocultural o económica.

Las acciones del profesional de Enfermería deber regirse por el Código de Ética de Enfermería adoptado en Colombia. La ley 911 de 2004 trata sobre la responsabilidad deontológica para la actividad del profesional de Enfermería teniendo en cuenta el régimen disciplinario hace referencia a los siguientes aspectos: Condiciones para el ejercicio de la Enfermería y los principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería, como lo son el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Las responsabilidades del profesional de Enfermería con los sujetos de cuidado, sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud, con las instituciones y la sociedad además de su responsabilidad en la investigación y la docencia.

Abordando el tema del rol y las funciones de Enfermería, es importante destacar las características laborales, con sus múltiples enfoques en las diversas áreas y cada profesional proyecta algo diferente de acuerdo a su ámbito laboral ya sea en la asistencial, docencia servicio, área comunitaria, gestión, investigación y administrativa. El profesional de Enfermería, en los actuales servicios de salud, se ha ido distanciando de las actividades correspondientes cargándose de tareas que pudieran realizar otro profesional, es que indudablemente diluyen el perfil de su rol y lo dispersa en un sinnúmero de tareas que lo apartan del objetivo mismo de la enfermería. Acerca de las diferentes opiniones frente al trabajo desempeñado por el profesional de salud, vale aclarar que el personal médico se encarga de dar un diagnóstico clínico y formular el tratamiento tanto farmacológico, como delegar algunas actividades para la recuperación del paciente del mismo modo, el profesional de Enfermería es quien se encarga del cuidado del paciente de manera integral y con el trabajo en equipo se logra un buen pronóstico y evolución del paciente. Entonces ¿Por qué la sociedad de hoy se le otorga más crédito al trabajo del profesional médico? ¿Acaso el enfermero no tiene las mismas cualidades tanto cognoscitivas y del ser y qué hacer? El reconocimiento a través del tiempo ha sido sujeto a prejuicios y distintas idiosincrasias presentes en los

diferentes grupos sociales y en el universo de la profesión, esto ha llevado a las diferentes opiniones frente al verdadero rol que desempeña enfermería y por ende su reconocimiento social no es claro.

Todo lo anterior trae como pregunta para este trabajo de investigación:

¿Cuál es el reconocimiento social que tiene la profesión de Enfermería en las instituciones de salud con las cuales la Universidad del Cauca tiene suscrito convenio docencia-servicio, en los niveles I, II, III de atención en Popayán año 2012?

Este cuestionamiento se formuló con la finalidad de conocer el tipo de reconocimiento social de la profesión de enfermería que sirve de apoyo al desarrollo profesional y disciplinar además como insumo en los procesos de renovación curricular y renovación de la acreditación del programa de enfermería, ya que el último proceso de acreditación se dio a través de la Resolución No. 3422 de 29 de diciembre de 2003 del Ministerio de Educación Nacional, por un período de tres (3) años. Luego a través de la Resolución No. 3572 de 16 de junio de 2008 del Ministerio de Educación Nacional le renovó la Acreditación por un período de cuatro (4) años. Actualmente el Programa de Enfermería se encuentra en proceso de Renovación Curricular y Renovación de la Acreditación.

El reconocimiento social de enfermería hace referencia al conjunto de rasgos que caracterizan a una profesión ante la sociedad, en donde influyen la opinión, apreciación, desempeño y demanda del trabajo, es preciso tener en cuenta que el reconocimiento social ha ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas de su historia, con relación a las siguientes variables: Cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de enfermería, desempeño profesional, demanda laboral institucional y estereotipos.

Es importante el reconocimiento social, porque está íntimamente relacionado con el aporte de enfermería a la sociedad en relación al desarrollo de la identidad profesional y la construcción disciplinar que tiene su base en la enseñanza superior desde el seno de la Universidad. La enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia.

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el Reconocimiento social de la profesión de Enfermería en instituciones públicas de salud niveles I, II y III que tienen convenio de docencia-servicio con la Universidad del Cauca.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Reconocer la opinión de los directivos de las instituciones de salud sobre las cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería, su desempeño profesional y la demanda laboral institucional.
- Identificar la percepción que tiene los enfermeros acerca de su profesión y los posibles estereotipos que estén afectando o no su reconocimiento.
- Describir las apreciaciones de los diferentes miembros del equipo de salud acerca de las cualidades personales y profesionales y el desempeño profesional del Profesional de Enfermería.
- Conocer la opinión de los usuarios y sus familias sobre las cualidades personales del Profesional de Enfermería, el desempeño profesional y los servicios que le ha prestado.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS Y DE LA ENFERMERÍA.

Desde una mirada retrospectiva, la evolución de los Cuidados de Enfermería a través de la historia tuvo un desarrollo en la concepción de cuidado, práctica de cuidado y prestador de cuidado, para ello en este capítulo del marco referencial se abordará el periodo histórico de las Cuatro etapas: Doméstica, Vocacional, Técnica y Profesional.

2.1.1 Etapa doméstica. Para empezar, desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano, el cuidado en el hogar estaba a cargo de la mujer, la atención prioritaria prestada por la mujer cuidadora tenía como objetivo el mantenimiento de la vida. La mujer encontraba todo tipo de elementos en su entorno natural, como el agua para la higiene, pieles para el abrigo y las plantas para la alimentación, entre otros.

El concepto de ayuda en las sociedades primitivas, se empezó a concebir desde el período paleolítico cuando los hombres eran cazadores, se les atribuyó el dominio del fuego, nacieron las ideas mágico-religiosas y la premisa de conservación de la especie. El hombre primitivo basaba su idea de cuidado desde el concepto de un bienestar colectivo, la salud desde la prosperidad del grupo o comunidad; la idea o concepto de ayuda desde un principio de participación. Estas especies como el "homo erectus" ya tenían mayor control sobre el medio ambiente, el dominio del fuego como elemento básico en la práctica de cuidado. En el período Neolítico, los hombres se dedicaron a las actividades de agricultura y artesanía, se volvieron sedentarios, basándose en una economía de producción, en este período se dio el proceso de humanización, el "homo sapiens" como figura del este proceso, utilizaron los medios útiles a su alcance y la intuición como base del conocimiento aplicativo, la práctica de los cuidados incorporaron los elementos psicológicos y culturales, en la concepción y desarrollo de las enfermedades se debía tener en cuenta las condiciones naturales y climatológicas; principio de causalidad.

Los cuidados de supervivencia y las prácticas de las mujeres cuidadoras definidas como mujer-madre tenían como base la intuición, dicho de otra manera; el origen de cuidado desde las actividades de alimentación como eje para la conservación del grupo, la actividad de cuidar tenía como principio las

peculiaridades biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad, es decir, en las comunidades basaban su idiosincrasia bajo la premisa de las responsabilidades femeninas: mantenimiento del fuego, preparación de alimentos, prácticas para procurar bienestar y alivio. La mujer estaba al cuidado de gestantes, de los partos y de la prole, se basaba en la observación para un adecuado proceso de aprendizaje, este saber empírico generaba un comportamiento con conocimiento empírico. El saber empírico desde la praxis de las tareas asignadas le agregó un valor social de los cuidados para la supervivencia.

La determinación del valor social de los cuidados de supervivencia tenía como puntos esenciales: economía de subsistencia, diferencias y peculiaridades biológicas, asignación de tareas, mujer (fecundidad), el mantenimiento del fuego, cuidado de: gestantes, partos, prole y recolección de vegetales: selección y preparación.

Las ideas en estas civilizaciones acerca de la mujer cuidadora era con una temática iconográfica, es decir, una mujer "figurada" vista como chamana, la mujer-madre era cuidadora intuitiva, tenía sabiduría acerca de los secretos de la naturaleza y recetas misteriosas para tratar las diferentes dolencias o enfermedades. "El origen de la práctica cuidadora debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que estos realizan ciertas acciones significativas para su bienestar, como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes.¹ Este hecho fue generando un amplio cuerpo de conocimientos, basado en los principios activos de las diferentes especies vegetales que podían ser utilizadas en forma de tisanas, bálsamos o emplastos, bien podían ser inhaladas a fin de promover el bienestar del componente de la tribu. De este modo, las plantas constituyeron la base de todas las prácticas, tanto curativas como cuidadoras, mejorando la actividad desempeñada por las mujeres".²

Con posteridad, la creencia en un mundo espiritual trajo consigo diversas ideas basadas en que la explicación a muchos de los acontecimientos que ocurrían en esa época eran atribuidos a seres espirituales con carácter sobrenatural que tenían una concepción dual, es decir, eran buenos y malos. Esta concepción mágico-religiosa se desarrolló en el seno de estas primeras civilizaciones, generando todo tipo de conocimientos tribales.

¹ P. Donahue. Historia de la Enfermería, Doyma, Barcelona, 1988, pág. 17

² Colliere. op. cit. págs. 25-26

³ HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. Pág 63.

Los cuidados domésticos e institucionales en las primeras civilizaciones, incluye a los papiros como fuente necesarias de información. Estos papiros fueron escritos en los siglos XX y XV a.C., pueden clasificarse en dos grandes grupos: los que se limitan a campos concretos de la salud, como los papiros de Edwin Smith, el de Kahun y el de Chester Beatty, y los que compilan centenares de textos inconexos, dispuestos, solo en parte, según sus fuentes o su temática, así como por la distinta importancia que conceden a la magia.³

Una descripción del contenido de los papiros en relación con las prácticas de cuidados:

Papiro Ebers (1550 a.C.). Encontrado en una tumba de Tebas, consta de 110 columnas y 877 párrafos. Se conserva en la Universidad de Leipzig. Su contenido podría resumirse en: Cuidados de la piel y el cabello, de los dientes y de la lengua, preparados caseros contra las pestes, consideraciones sobre la vida, la salud y la enfermedad, usos del aceite de castor, la trementina, la granada, el aceite de ricino, etc.; Papiro Chester Beatty. Núm. VI (1300 a.C.). Se conserva en British Museum. Contiene numerosos hechizos relacionados con los cuidados.; Papiro Edwin Smith (1500 a.C.). Hallado en Tebas y conservado en la Academia de Nueva York. Su contenido se resume en: "El libro de las heridas", constituido por 17 columnas cuyo título ha desaparecido, técnicas de vendajes, reducción, entablillamientos y suturas, ocho encantamientos para exorcizar el viento y la plaga del año. Cuidados de la piel, así como la descripción de la extracción del aceite de jenogreco.; Papiro Hearst (1550 a.C.). Encontrado en los alrededores de Deir el Ballas, se conserva en la Universidad de California. Contiene una sección detallada sobre el postramiento que producen las fracturas y sus consecuentes cuidados. Recoge además, la forma de practicar los cuidados sobre las quemaduras.; Papiro de Kahun (1850 a.C.). Se halló en Ithaca y sus textos recogen aspectos relacionados con las drogas, fumigaciones, pastas y aplicaciones vaginales.; Papiro de Londres (1350 a.C.). Conservado en el British Museum; cada receta está acompañada de un encantamiento, como "Encantamientos para madre y niño". Papiros del Ramesseum (1950 a.C.). Tratan fundamentalmente de la reducción de los miembros rígidos.

CULTURAS ARCAICAS EXTINGUIDAS (ASIRIA Y BABILONIA): La enfermedad como castigo de los dioses: El diagnóstico: Por el interrogatorio y por la adivinación. La terapéutica: Exorcismos, ritos, plegarias, magia. Aplicación de remedios e Intervenciones quirúrgicas. El sanador: Sanador-sacerdote, ayudantes laicos y exigencia de responsabilidad social y legal.⁴

³ HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. Pág 63.

⁴ GARCIA MARTIN CARO, Catalina. MARTINEZ MARTIN, María Luisa. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid HARCOURT, pág. 40. Consultado el: 10- Junio -2012. A las 18 horas. Disponible en: www.scrib.com

EGIPTO. La gran importancia de recalcar el conocimiento que sobre el cuidado que poseía el mundo egipcio, continuo transmitiéndose por transmisión verbal entre las personas dedicadas a su práctica. El ejercicio cotidiano de los cuidados era puesto en marcha en el ámbito doméstico, por lo que, generalmente, era practicado por las mujeres y los esclavos, a excepción de aquellas recetas compuestas por reinas egipcias y recogidas para la historia en los textos egipcios. Tampoco hemos de olvidar que los cuidados estaban ambientados en el mundo mágico-religioso, circunscritos al ámbito de lo privado y lejos de las prescripciones racionales. En Egipto existía una cultura de cuidado a diferencia de muchos otros pueblos de la antigüedad, que hubiera garantizado su desarrollo racional y su valor social, si este no hubiese estado condicionado por las relaciones de servidumbre y de género de las personas que tradicionalmente la practicaban.³ Así, en el valle del Nilo, el sabio Amenemope recomendaba tener amabilidad extrema para con el ciego, el manco, el cojo o el loco. No se podían dejar pacientes sin ayuda y nunca consideraron al enfermo, como en otras civilizaciones, impuro e intocable. De igual manera, una amplia gama de costumbres reglaba la actitud que se debía tener hacia los niños, basada en extremos de ternura y resaltando el papel de la Nodriz, así como los cuidados relacionados con la gestación, el parto y la crianza.³

De los cuidados domésticos poseemos referencias indirectas en los papiros, en aquellos fragmentos que se refieren a la manera de administrar una droga (Ebers, 325), a la aplicación de ungüentos y gomas (Ebers, 745), así como la hora de la administración, temperatura y duración de ciertos remedios.

Todas estas 'actividades delegadas' eran efectuadas por los sirvientes/as y esclavos/as de la casa y organizadas por el ama, al igual que las 'actividades propias', relacionadas con el mantenimiento de la salud del grupo familiar, tales como la alimentación, la higiene, y remedios básicos que implicaban unos cuidadosos hábitos sanitarios.³

En cuanto a los 'cuidados institucionales', en una organización sanitaria con una fuerte autoridad central, apenas se han estudiado las fuentes relacionadas con las practicas del cuidado. Se sabe que se otorgaban permisos laborales para atender a los parientes enfermos, que relevaban de su tarea a los enfermos y heridos, y contemplaban la adecuada alimentación de los trabajadores.³

³ HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. Pág 63.

El pueblo egipcio, como el resto de las civilizaciones arcaicas, creía que la salud y la enfermedad eran designios de los dioses, dando de este modo un carácter sobrenatural a este aspecto.⁴ Rico en creencias mitológicas, las divinidades curativas ocupaban un lugar preferente, siendo los dioses más significativos: -TOTH: la más antigua de las divinidades curativas, especialista en la más frecuente de las enfermedades egipcias, la oftalmía. – SECHMET: se le atribuye la virtud de curar las enfermedades de las mujeres. – SET: era el que difundía y curaba las epidemias. – IMHOTEP: probablemente fue un rey o sacerdote experto en medicina, y la literatura hermética le atribuye las más altas cualidades curativas. Se cree que el papiro Ebers perteneció a su santuario. ⁴El sacerdote embalsamador dominaba la técnica del vendaje; otros sacerdotes practicaban la circuncisión (operación que no se describe entre las actividades médicas, debido posiblemente a su carácter religioso); y junto a los sacerdotes de la diosa Sekhmet figuran algunas de las prácticas relacionadas con la Enfermería, cuya orientación institucional determina un marcado contenido mágico-religioso y técnico.³

Según el esquema de Colliere, los cuidados egipcios provienen del descubrimiento del cuerpo herido entre los cazadores de la prehistoria y de sus prácticas de cuidados para hacer retroceder el mal físico por la fuerza, siendo, además, garantes de lo sagrado y de la tradición como sacerdotes.⁵No obstante, la iconografía egipcia elevó las actividades relacionadas con los cuidados domésticos al rango de las actividades realizadas por diosas. Así, los bajos relieves de los frescos representan normalmente a Isis amantando a Osiris o a Horus.³

CULTURAS ARCAICAS PERVIVIENTES (CHINA): La enfermedad: Magia, malos espíritus, fuerzas animistas y Desequilibrio corporal.; Terapéutica: exploración del pulso muy desarrollado, acupuntura, moxibustión (hierbas con capacidad terapéutica), Vacunación contra la viruela, Casos de curación, Cirugía y medicina muy retrasadas y Masaje y dietética muy desarrollado.; Sanador: Enseñanza en centros especializados especiales: Maestros esfigmólogos (estudian el pulso), Médicos acupuntores, Masajistas-traumatólogos y Maestros de encantamiento.⁴

³ HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. Pág 63.

⁴ GARCIA MARTIN CARO, Catalina. MARTINEZ MARTIN, María Luisa. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid HARCOURT, pág. 40. Consultado el: 10- Junio –2012. A las 18 horas. Disponible en: www.scrib.com

⁵Colliere, op. Cit., págs.12-13.

INDIA: Enfermedad: Castigo divino, exploraciones fisiológicas y división de enfermedades: Externo: dermatosis/ Interno: diarreas/ Medio: hemiplejías; Terapéuticas: Farmacoterapia vegetal muy rica, Cirugía muy adelantada, muy importante el yoga combinado con alquimia (remedios químicos) y los recursos corporales.; Sanador: brahmanes: se exigían estudios de medicina, Permiso para ejercer (código ético), Comportamiento intachable y ayudantes a los que se les exigían altos principios morales. En la India aparece algo nuevo, que fue la semilla para los códigos odontológicos hoy en día.

Para continuar el desarrollo histórico de esta etapa describiremos el mundo clásico y los cuidados de enfermería: en la Grecia antigua, se efectuó el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional: del 'mythos' al 'logos'. Un conocimiento de la 'physis' de las cosas, que deja de ser mítico para desarrollarse conforme a la naturaleza y la razón de las cosas.³“Desde entonces hasta hoy, y seguramente hasta siempre, conocer adecuadamente la 'naturaleza' de una cosa es la condición necesaria y suficiente para que el saber resultante del empeño – un saber pobre o rico, balbuceante o bien articulado – merezca en realidad el nombre de 'ciencia' y, a la vez, para que el manejo de aquella al servicio de los fines del hombre, constituya una autentica 'técnica' “⁶

Desde la Grecia Clásica, solo recientemente ha vuelto a incorporarse el logos a la naturaleza de los, actualmente, cuidados de enfermería, a pesar de que la inteligencia de las manos haya estado practicando los cuidados desde el comienzo de la vida del hombre en el planeta. De este modo es necesario pensar que los cuidados practicados en la Grecia Clásica no participaron del movimiento intelectual que cambio el destino de otras disciplinas. Siguió instalados en el mundo instintivo y mágico-religioso, relegados exclusivamente al ámbito doméstico, con algunas variaciones en el terreno institucional.

A pesar de la presencia de los cuidados en templos, como el de Esculapio, estos siguieron, por una parte, una orientación estrictamente 'mística' y, por otra, delegada de la medicina natural, como consecuencia de la división entre los remedios naturales y sobrenaturales administrados en estos establecimientos de salud.

³ HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. Pág 63.

⁶ Laín Entralgo, op. Cit. Tomo, II, págs. 30-49.

El asistente o servidor, generalmente hombre, que se cita en los escritos hipocráticos, se corresponde con una de las primeras figuras históricamente institucionalizadas que realiza prácticas enfermeras, como baños o indicaciones dietéticas, actuando por delegación, dentro de una doble filiación mágico-racional. El papel de la mujer en la Grecia Antigua se reducía al hogar, ya que no podía iniciarse en los misterios de las artes. De este modo, su actividad, que es recogida en la literatura griega clásica, quedaba circunscrita al ámbito doméstico, por lo que, el terreno de los cuidados, aparecen como amas de cría y parteras empíricas.⁷ La mujer es representada bajo la figura de Panacea, seleccionando hierbas medicinales, ayudando a los enfermos con los sacerdotes del templo y con los heridos en los relatos homéricos, donde encontramos las primeras referencias escritas sobre la concepción de la salud en la Grecia Clásica. En este sentido, La Odisea relata la historia de la esclava Euriclea, denominada, por boca de Ulises, como buena enfermera.⁸

A todo lo expuesto, se debe añadir las repercusiones del desprecio griego por las actividades de carácter manual. Jenofonte, en su tratado *Oeconomicus*, pone en boca de Sócrates una división social tan profunda que hace imposible que un mismo individuo sea, a la vez, trabajador y ciudadano.

Esta concepción sobre el trabajo manual explica la escasa importancia social que, para el Mundo Clásico, tuvieron los cuidados de enfermería, y aclara el porqué de la posición social de quienes los desempeñan. Estos cuidados fueron relegados al mundo de los sirvientes y esclavos y continuaron practicándose en el ámbito del ostracismo doméstico. Prueba de ello son los escritos de Vesalio, en los que expone la condición social de quienes los practican, así como algunas de sus labores. Fue un arte aprendido en condiciones sociales de desventaja. No fue posible introducir los cuidados bajo la óptica de la filosofía natural, ya que quienes los practicaban eran considerados, en el caso de las mujeres, jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual y, en el caso de los esclavos y siervos, como objetos jurídicos sobre los que se tenía la propiedad. Esta situación socio-cultural hizo aún más difícil que quedaran testimonios escritos por mujeres, lo que obstaculizaba el estudio de los cuidados de enfermería aprendidos y desarrollados por ellas y por los esclavos, en un mundo que los excluía. La comadrona (obstetrix) se encargaba de recoger al naciente en los partos asistidos por enfermeras.

⁷ García Barrios y Calvo Charro: *Historia de Enfermería. Textos mínimos*. Universidad de Málaga, 1992, págs. 18-19.

⁸ Elizondo F.: *Desarrollo histórico de la Enfermería*, en *Prensa Medica Mexicana*, México, tercera reimpresión, 1981, págs. 20-24.

En su dialogo "El Político", platón señala las diferencias entre una ciencia práctica, una ciencia teórica y una ciencia mixta. En todas ellas el teórico dirige el trabajo manual, pero no se ocupa de él. Existe un pasaje de Aristóteles en el que sugiere el fatal divorcio entre la práctica y la teoría, donde descubrimos pruebas evidentes del perjuicio que supuso la mentalidad griega para el progreso de la ciencia de los cuidados enfermeros. Para que la enfermería comenzara a tomar cuerpo científico, faltaba un agente catalizador que permitiera su desarrollo, y este agente no llegó hasta que las condiciones sociales que permitían la esclavitud y la inferioridad femeninas fueron retrocediendo paulatinamente.

No obstante, deberíamos lamentarnos, no tanto de la idea griega sobre el trabajo manual, que refleja una relación dicotomizada entre mano y cerebro, sino de las generaciones posteriores que pasaron por alto esta situación y honraran a los griegos solo por sus teorizaciones apriorísticas, sin tratar de esclarecer la situación real que vivieron muchos hombres y mujeres.⁹

En la Roma pagana, los "nosocomi" o subalternos, actuaban como enfermeros en los 'valentudinaria', hospitales situados en el campo de batalla. Estos "nosocomi" darían lugar a otras forma de ejercicio distinto a las propias de las mujeres, ya que los ciudadanos que proporcionaban estaban relacionados con la fuerza física y con las situaciones de enfrentamiento bélico.

La exclusión de la mujer romana de las tareas de gobierno y política no implicó su ausencia de la vida pública y de las tramas del poder económico, social e indirectamente político. Dentro de esta intensa proyección pública femenina, cabe destacar un caso de interés excepcional, como hecho que manifiesta una clara institucionalización de los cuidados, que hasta el momento tan solo poseían un carácter cuasi doméstico. La historia se refiere a la Fundación Alimentaria de Fabia Hadrianilla en Hispalis, quien dejó un legado de cincuenta mil sestercios para distribuirlo anualmente entre los más jóvenes de la ciudad, correspondiendo una parte mayor a las niñas que a los niños. Así, la mujer romana, que podía llegar a poseer un gran patrimonio, también tuvo acceso a una formación que le permitió conocer los preliminares de todas las ciencias como apunta Séneca en la "Consolidación a Helvira", aunque la constancia de la dedicación a labores al margen de las tareas domésticas es escasa. La certeza de una continuidad en el cuidado de enfermería doméstico la proporciona Columela en el último de sus libros sobre agricultura.

⁹ B. Farrington: Mano y cerebro en la Grecia Antigua, Ayuso, Madrid, 1974.

En este mismo orden de cosas, podemos incluir algunas conclusiones extraídas del estudio de Dixon Luzanne sobre la “Madre romana”¹⁰. Para Dixon, las acciones de la madre en Roma están impregnadas de condicionamientos morales más que metodológicos y afectivos, con una autoridad absoluta sobre el hogar y su organización. Existen grandes influencias del mundo griego en los aspectos referidos al cuidado de los hijos, reflejados para la posteridad en las representaciones funerarias. Para Quintiliano, la enfermera es la primera persona que escucha a los niños y atempera sus manifestaciones y necesidades, compartiendo su actividad, el ámbito doméstico romano, con la del educador.

2.1.2 Etapa vocacional. Primero se presentará una introducción acerca de la etapa vocacional, para luego adentrarse en el desarrollo histórico de la misma:

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que imperó se denominó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso; el que sufre es un elegido de Dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en el nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios. Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llamo “ la mujer consagrada”. Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por lo tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de tipo moral, centró la atención en la palabra en forma de oración y los consejos morales.

Como resultado de la expansión y el florecimiento del cristianismo en el Mundo Occidental surgieron de las órdenes monásticas y religiosas. Este acontecimiento tuvo especial auge en épocas en las que las necesidades de cuidados fueron más patentes, debido a los problemas ocasionados por los constantes conflictos bélicos, tales como las cruzadas.

¹⁰. Dixon, S. The Roman Mother. Ed. Routledge, Londres, 1998, págs. 253 y ss.

En resumen, durante la época vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.¹¹El cristianismo: concepto de ayuda y significado de los cuidados de Enfermería. Desde su nacimiento, y conforme a su evolución política y social, el cristianismo va impregnando la filosofía del hombre tardorromano y medieval de occidente. De este modo, aparece una nueva unidad cultural, con escalas de valores formuladas a partir de las sagradas Escrituras.¹²Ya en los libros del Antiguo Testamento, Yahvé es el sanador; aquel que tiene el poder de conceder la vida o acabar con ella y, asimismo, de procurar al hombre la salud o la enfermedad.

Así pues, el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias es la oración, como ocurre con Ezequías. Esta forma de pensamiento sobre la salud y la enfermedad condiciona la puesta en marcha de nuevos procedimientos naturales que contribuyan al alivio de las enfermedades.

De este modo, es fácil comprender la concepción que poseían sobre las situaciones de enfermedad, que son permitidas por lo divino en función del pecado; siendo, por tanto, prioritaria la sanción del alma mediante el sacrificio. Pero la enfermedad puede servir como instrumento de salvación no solo a quienes la padecen, sino también a quien de los enfermos se ocupan. Los enfermeros medievales cubren las necesidades de enfermos y peregrinos; el modo en que lo hacen y las modificaciones de su actuación, según el estado y la edad de los individuos, no queda reflejado en texto alguno de forma explícita, lo que hace dudar de la posible profesionalidad o carácter de oficio de la Enfermería en esta época. El valor social e institucional que otorga el Cristianismo a las labores del cuidado, no posee objetivos que giren entorno a la constitución de un saber, sino exclusivamente, alrededor de objetivos espirituales. Este hecho imposibilita la inclusión de los cuidados en el contexto gremial de la Baja Edad Media, mientras que otras actividades relacionadas con la salud, como la de los barberos o los sangradores, si están contempladas.

¹¹ GARCIA MARTIN CARO, Catalina y MARTINEZ MARTIN, María Luisa. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid HARCOURT, pág. 16. Consultado el: 10- Junio -2012. A las 18 horas. Disponible en: www.scribd.com

¹²BronislawGeremek. La piedad y la horca. Alianza Universidad, Madrid, 1989, pág.24

De esta forma, la caridad en la que encuentra su sentido el concepto de ayuda, y por lo tanto los Cuidados enfermeros, es considerada como el instrumento de salvación para la vida eterna, pues: el amor y socorro de los pobres es esencial y específicamente una virtud cristiana. El amor de Dios, en efecto, según las enseñanzas de Cristo, no existe sin el amor efectivo del prójimo; la asistencia a los pobres no es solamente una virtud social, sino una virtud individual que obliga, en conciencia, a cada cristiano en particular.

Esta situación condujo a reflexionar sobre la necesidad social de contar, entre los miembros de la comunidad, con personajes pobres y enfermos, que, aun siendo marginados socialmente, servirían como instrumentos de salvación. La condición marginadora de la enfermedad dependía, en buena medida, de la posición social del enfermo, pues si este pertenecía a una familia rica, podía permanecer en su seno y contar con asistencia, incluso en el caso de padecer lepra. Las disputas que, sobre la redistribución de la riqueza, pudieron ser planteadas, quedaron rápidamente solventadas por la Patrística Latina que resuelve la cuestión del siguiente modo: Dios debería haber dado riqueza a todos los hombres, pero ha querido que haya pobres para que los ricos tuviesen la ocasión de redimir sus pecados.

De esta manera, aparece el cristianismo incipiente una "justificación divina" de la riqueza, mientras que la pobreza de ser aceptada socialmente, pues es la posición socioeconómica que Dios dispuso. Paralelamente a esta concepción de la pobreza, se desarrolla una exaltación de la misma, siempre y cuando esta situación degradante fuera adoptada de forma voluntaria, como medio de salvación, servicio al prójimo y camino para la santidad. Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al cuidado de pobres y enfermos. Así, los cuidados de enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar vocacional-cristiano-caritativo, en el que las necesidades humanas espirituales se anteponen a las físicas, psíquicas y sociales. En este sentido, la institucionalización de los cuidados de Enfermería se realiza a través de objetivos distintos a los propios de una profesión incipiente; se institucionaliza para la salvación de almas de los enfermos y de aquellos que les prestaban cuidados.

A pesar de todo, el Cristianismo hace que estos cuidados restringidos en el mundo antiguo al ámbito doméstico, afloran en la sociedad. La mujer, como "enfermera consagrada", desempeñará oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos, desde la mayor igualdad y reconocimiento social que proporciona la filosofía cristiana.

El auge de los cuidados enfermeros desde los primeros siglos del Cristianismo, contrasta con la parquedad de la documentación textual en torno a los mismos. La ausencia de descripciones acerca de las prácticas cuidadoras se explica, no solo por la nula valoración económica de esta actividad, sino también como consecuencia de la filosofía cristiana del cuidado, intensamente influida por la noción de humildad, a diferencia de otras actividades relacionadas con la salud.

Se debe tener en cuenta que los rasgos iniciales de institucionalización del cuidado los proporcionan las primeras mujeres vírgenes que consagran su vida a la atención de los más desafortunados. Esta concepción toma forma en las asociaciones religiosas femeninas, en las que lo adecuado para una virgen de Cristo es tener un corazón humilde.¹³ La humildad se pone en marcha desde el momento de la llegada del peregrino o enfermo al hospital, cuando se realiza el lavatorio de pies. Esta costumbre, que ya aparece recogida en la Regula Monachorum de San Isidoro, tiene como fin la evocación de la escena protagonizada por Jesucristo el día de Pascua.

Las escuetas y ambiguas disposiciones sobre las enfermerías medievales se reducen al número de camas que poseía la institución y la obligación por parte de esta de asumir el sustento alimentario de los enfermos, sin que, en ninguno de los documentos medievales en general, se especifique otro tipo de praxis enfermera que no sea la delegada esporádicamente.

Este hecho hace prácticamente imposible determinar con exactitud el campo de actuación y las funciones del enfermero medieval. Por esta razón, y teniendo en cuenta las coordenadas del pensamiento cristiano, la humildad hace que la Enfermería sea la única de las profesiones que, por falta de una tradición metodológica, no alcance el estatus adecuado y necesario para elevarse a la categoría de disciplina medieval; ya que, la humildad se constituye como actitud intelectual ante la praxis enfermera, impidiendo, al menos, la transmisión escrita de los contenidos de estas acciones.

Así, el concepto de ayuda medieval en que se inscribe la práctica de los cuidados enfermeros, a diferencia del concepto de ayuda primitivo y antiguo, no tiene un ideal de proporcionar bienestar ni alivio en sí mismos, ya que el dolor supone otra forma de salvación.

¹³ Ivo de Chartres, Carta a las monjas de Saint-Avit. (c.1091-1092); en Colliere, op. cit., pág. 43

En la Institucionalización de los cuidados de Enfermería cristianos; en la iglesia del siglo III, el obispo era llamado "Padre de los pobres", el diácono era su delegado y con él colaboraban las mujeres, generalmente viudas, que recibieron el nombre de diaconisas.

La tarea principal de estas mujeres estaba dirigida hacia los más necesitados, como ejercicio de caridad, por lo que se dedicaron a la educación de los niños huérfanos, a las labores pastorales entre mujeres y al cuidado de los enfermos. En este sentido, encontramos los ejemplos de las romanas Marcela, que dedicó su vida al cuidado de los enfermos en su propio palacio, Fabiola, que fundó en su palacio el primer hospital gratuito, y Paula, que construyó numerosos hospicios en el camino de Belén y fue, la primera en concebir a la Enfermería como un arte diferenciado del servicio a los pobres. De este modo, comenzó a construirse una primitiva organización enfermera que no olvidaba, de acuerdo a su época, la caridad como base fundamental de su labor.

El amor al prójimo, manifestado en el cuidado a los enfermos, presentó numerosos episodios históricos, entre los que podemos resaltar la actitud de los cristianos de Alejandría durante la epidemia del año 250, cuidando a los enfermos sin temor al contagio, mientras los paganos huían abandonando a sus familiares. Así, queda reflejada la cristalización del concepto cristiano de ayuda, que permitió el desarrollo de hospederías, hospitales y leproserías, donde los cuidados eran practicados de forma institucionalizada.

En este contexto, el cristianismo continuó transmitiéndose. Su negativa ante la obligación de adorar al emperador y el rechazo hacia el reconocimiento de cualquier otro dios del extenso panteón romano, favoreció la decisión de Diocleciano: la persecución del Cristianismo.

El sucesor de Diocleciano, Constantino, mostró desde un principio simpatía hacia los cristianos, que culminó con el Edicto de Milán, del año 313, concediéndoles libertad de culto. La división del imperio Romano en dos unidades territoriales independientes se vio forzada por evidencias de tipo económico, cultural y religioso. En Oriente, se producía riqueza mediante intercambios comerciales a través del trabajo de la población artesanal e industrial, mientras, en Occidente, se consumía lo producido por Oriente, se amurallaban las ciudades por el temor a las tribus germanas, la población huía al campo y la capitalidad de Roma se perdió, provisionalmente al menos, en favor de Milán, Sirmium y Tréveris, más cerca del limes; al mismo tiempo, la fundación en Oriente de la ciudad de Constantinopla, en el año 330, fortaleció la capitalidad de esta parte del mundo.

La división cultural y lingüística se manifestó de forma temprana. El griego era considerado como un vehículo de expresión más digno que el latín, por lo que los hombres cultos de Occidente aprendían griego. Pero, a partir del siglo IV y ante el abandono de las urbes, se hace difícil encontrar profesores, por lo que el conocimiento es abandonado en manos de traducciones, mermando considerablemente el rigor intelectual de Occidente. Las diferentes formulaciones teológicas se hacían en griego y no se traducían correctamente al latín. Por ello: “ (...) desapareció la tradición clásica, racionalista, del pensamiento grecorromano, sustituida por un racionalismo de cuño religioso”¹⁴

El imperio Oriental fue heredero del bagaje cultural y político del agonizante Imperio Romano. Por este motivo, nunca se consideró a sí mismo una nación distinta a la romana; la única diferencia es que, desde el año 380, el Cristianismo era la religión oficial del Imperio, tal y como lo proclamó el emperador Teodosio en el Edicto de Tesalónica.

Este proceso histórico de disgregación imperial ayuda a reflexionar, desde nuevas perspectivas, sobre el concepto de ayuda. La institucionalización de los cuidados de Enfermería en la zona occidental europea, se refugió en los monasterios rurales, casas de caridad y pequeñísimas hospederías. Sin embargo, en el Imperio Bizantino se construyeron hospitales con el fin de institucionalizar esta labor.

Así, se conservan datos relacionados con los hospitales (nosocomio) y clínicas (iatreia) erigidos y diseminados por el Imperio Oriental, como son el hospital de Constantinopla, el de Alejandría, Antioquia, Jerusalén, Nicea, Tesalónica y Éfeso entre otros. Sus funciones están claramente delimitadas en base a la arquitectura que poseen. De este modo, tenemos conocimiento de las diferentes salas con que contaba el Hospital del Pantocrátor, construido en 1136, donde se encontraba una habitación para casos quirúrgicos, otra destinada a oftalmología, otra a problemas intestinales, una sala para enfermedades ginecológicas y dos salas para casos generales.

Se construyeron edificios destinados a epilépticos, ancianos (gerokomeia) y para recibir a peregrinos (xenones o xenodocheia), provistos de servicios sociosanitarios, contrastando con lo acostumbrado en Occidente.

¹⁴ J.A. García de Cortázar: Historia General de la Alta Edad Media. Alianza, Madrid, 1983, pág. 41

Sujeta a la tradición filosófica y cultural del Imperio, la labor del cuidado a los enfermos se vio recompensada económicamente, como lo demuestran los salarios que percibían las enfermeras, en el último cuarto de la tercera centuria (siglo IV), en el monasterio de Lips en Constantinopla. El salario anual del médico, en ese lugar, era de 16 monedas de oro y del farmacéutico de 12, mientras que la "enfermera jefe" recibía 14 y el resto de las enfermeras 10 monedas de oro.¹⁵ En la iglesia Oriental proliferaron los hospicios, formados por la agrupación de pequeñas casas independientes que se denominaron "nosocomia", mientras en Occidente, estos hospicios para peregrinos y enfermos recibieron la denominación de "xenodochium", como el existente en la ciudad hispana de Mérida, fundado por el obispo de dicha ciudad en el siglo VI.

Las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos estaban sujetas, de forma inevitable, a la filosofía y al pensamiento cristiano, por lo que el clero se preocupó de poner en orden las cuestiones referentes a este problema. De esta forma, San Isidoro, obispo de Sevilla (556-636), ofrece en su Regla determinadas directrices referentes, entre otras cosas, al cuidado de los monjes enfermos, a la acogida y hospitalidad de los huéspedes en el monasterio y a cómo deben ser atendidos los enfermos en el monasterio.

La autora Hernández Conesa, Juana expresa que: "Llegados a este punto, podemos comenzar a establecer algunos hechos históricos, verificados por el manuscrito del obispo sevillano. En primer lugar, debemos destacar el hecho de que destinaran un lugar específico para los enfermos, que estarían bajo el cuidado de un individuo apto, lo que nos lleva a plantear las siguientes cuestiones: ¿Qué condiciones debía poseer un individuo apto, dedicado exclusivamente al cuidado de los enfermos? ¿Son considerados ya como enfermería los espacios arquitectónicos dedicados a los enfermos?"

Respecto a la primera cuestión planteada, no será hasta la plena Edad Media cuando encontraremos ciertas condiciones establecidas para el ejercicio del cuidado y un período de formación más definido.

Los espacios arquitectónicos dedicados a los enfermos se denominan hospitales, hospicios, hostelerías y hotel, ya que son términos evolucionados de la palabra latina "hosped" cuyo significado es de huésped.

¹⁵ Demetrios J. Constantelos: Dictionary of the Middle Ages, Vol. 6, Nueva York, 1985, págs. 50-60.

Las fundaciones hospitalarias más antiguas de las que se tienen constancia en Hispania son las de Mérida en el siglo VI; el Hospital de San Nicolás de Oviedo, fundado por Alfonso II "El Casto"; el Hospital de San Justo, de la misma ciudad, fundado por Alfonso II "El Magno"; así como la hospedería para pobres y peregrinos en la localidad de Tuñón.¹⁶

La firme creencia medieval de que el ciudadano era un instrumento de salvación no impidió que los "cenobios" se comprometieran, a través de una fórmula contractual a cuidar a aquellas personas que otorgaran donaciones o limosnas en su favor. Estos "contratos" tomaban vigencia cuando comenzaban las situaciones de pobreza, vejes, enfermedad, momento en que los monjes debían proporcionar los cuidados y atenciones a sus donantes.

Estos últimos participaron de la fraternidad (fraternitas) del monasterio, tanto en lo referente a los beneficios espirituales como a los temporales, como así lo estipulaba el contrato. Así, se encuentra contratos de esta índole en el siglo VII en Saint Gall, Fulda o Farfa, aunque la iglesia no olvidó su labor benéfica al acoger en sus enfermerías (domus infirmorum) a aquellos que sufrían enfermedades crónicas y ancianos, o pobres que padecían situaciones de desamparo.

La participación de la iglesia en el cuidado del enfermo no llevó siempre consigo la obligatoriedad de que el donante participara en los beneficios espirituales de la comunidad a la que pertenecía, pues muchos contratos de esta índole no aluden, ni directa ni indirectamente, a la participación en beneficios no materiales. Ello significa en términos actuales, "la contratación, previo pago, de personas dedicadas al cuidado" por lo que, en ese sentido, se pueden atisbar ciertos rasgos de "profesionalización" en la práctica de los cuidados; no obstante las connotaciones de "ayuda" y "caridad", asociadas al viejo concepto de "socorro de los pobres" constituían un obstáculo decisivo para el desarrollo de la Enfermería como profesión.

En consecuencia, el significado que adoptó el cuidar debe entenderse dentro del "marco filosófico cristiano", ya que la pobreza voluntaria se consideraba como "santo y precioso martirio". Aquellos que dedicaron su vida al cuidado tuvieron que aceptar los votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia; suponiendo, este último un indicio de jerarquización de las tareas y de las personas de ámbito hospitalario.

¹⁶ Diccionario de Historia Eclesiástica de España, págs. 217 y 218.

En este sentido, el superior podría llamarse *magister, prior, minister, mestre o rector* y podría ser, en un principio, religioso o laico, soltero o casado, hombre o mujer, incluso, a veces parejas de esposos podrían poseer este cargo. Pero la investidura fue realizada por el obispo, por lo que el papel protector de la iglesia resulta claro y significativo. Además, el obispo era encargado de visitar el "hospitalia publica", realizando inspecciones y velando para que los gastos del establecimiento estuviesen dedicados al mantenimiento de los enfermos.

Los participantes que querían pertenecer a estas comunidades religiosas dedicada al alojamiento y cuidado de los enfermos, tenían que superar una etapa de noviciado, generalmente de un año, bajo la supervisión de un "maestro" o "maestra" y debían reunir ciertas condiciones para poder ser aceptados. Estos requisitos pueden resumirse del siguiente modo: los aspirantes debían ser libres, solteros y sanos. Las novicias, concretamente, no podían ser ni demasiado jóvenes ni demasiado bellas. La edad no podía ser inferior a los 20 años, para ambos sexos, no superior a los 50, en el caso de las mujeres, y a los 60, en el caso de los varones. La aceptación de los novicios estaba en relación con el número de religiosos que podía sustentar la casa, de acuerdo a los recursos de la institución y los hospitales ofrecieron otro campo de actividades adecuado a las mujeres que no se podían casar y cuya clase social no permitía acceder a las formas establecidas de la vida religiosa.

Los cuidados que se proporcionaban constituían, fundamentalmente, en alimentar a los enfermos y mantenerlos limpios, ya que hasta principios del siglo XIV, y coincidiendo con el desarrollo de las universidades, la asistencia sanitaria de forma regular era poco frecuente así los "cuidados terapéuticos" que se practicaban, de acuerdo con los conocimientos científicos de la época, constituían, fundamentalmente, en baños y sangrías. Los primeros solo se aceptaban como practicas terapéuticas, como lo demuestran las Constituciones de la Orden de las Religiosas Justinianas en el capítulo IX, referente al lavado de la ropa, baños y otras necesidades dice: "No se niegue el uso de los baños cuando estos sean necesarios, pero atiéndase al consejo de médico (...)"¹⁷

Asimismo. Siguiendo a Tey i Freixa en su estudio sobre el hospital d'En Colon, la actuación médica, debió ser esporádica, ya que no existe mención alguna sobre su retribución. En otro orden de cosas la dieta proporcionada a los enfermos era rica en contenidos grasos, pudiéndose observar un déficit proteico y vitamínico importante.

¹⁷ Regla de San Agustín y Constituciones de la Orden de las Religiosas Justinianas. Cuenca, 1958.

En su estudio se exponen dos tipos de dietas: la ordinaria y la extraordinaria: la primera constituía fundamentalmente en: caldo cocido de cordero, volatería, pescado, fruta y verdura, del tiempo, pan, vino y miel. La dieta extraordinaria estaba reservada para los días festivos importantes y constituía fundamentalmente en cabrío y barquillo.

Los conventos religiosos estaban bajo la protección de la nobleza, por lo que se convirtieron en un reflejo económico y social para sus donantes. De este modo, la admisión en ellos estaba registrada a la clase alta. En este concepto nace y se desarrolla una asociación femenina que adopto una forma de vida cuasi religiosa, respondiendo a las necesidades de aquellas mujeres, que por diversas circunstancias, no habían podido acceder a los conventos antes ya mencionados.

Estas mujeres, denominadas beguinas, hicieron del cuidado a pobres y enfermos su labor principal. Su fundadora fue María de Oignes, nacida en el seno de una familia rica en 1176 su inclinación sobre la vida religiosa la llevo a convencer a su marido para que aceptara la castidad y sirvieran en la leprosería de Willambroux. Así las beguinas nacieron en la diócesis de lieja y se extendieron por Flandes, el norte de Francia y sur de Alemania, se organizaban en celdas cerca de un hospital, abadía o leprosería. Tomaban el voto de castidad pero no solemne, por lo que conservaban sus derechos sobre la propiedad privada, “trabajaban para mantenerse”, y podían contraer matrimonio cuando lo decidiesen.¹⁸

Durante el siglo XII y XIII, la iglesia deseaba controlar todas las formas de devoción laica por miedo a las posibles herejías por lo que Beguinas fueron consideradas, en ocasiones como sospechosas de desviarse de la ortodoxia romana, ya que no tenía reglas formales ni estaban bajo el control del clero parroquial. Así. Clemente V, en el concilio de Viena en 1311, condenó a todo movimiento bajo la pena de excomunión, excepto a aquellas beguinas que: “vivieran juntas en sus hospicios y se dedicaran a la penitencia”¹⁹De esta forma, se encontró en esta asociación femenina una primitiva organización de enseñanza enfermera organizada considerando el cuidado como una labor más de las tareas domésticas a realizar por la mujer tal como lo afirmaba el memorial de Gante de 1328, redactado para el obispo de Tournai con el fin de que las beguinas volvieran a ser aceptadas en el lugar.

18 WadeLabarge, op. cit., pags.150-157.

19 Ibid., pág. 154.

En los conventos, las monjas enfermeras tenían una gran responsabilidad en la salud de los enfermos, dada la escases de los profesionales de la medicina, por lo que en muchas ocasiones debieron de realizar tareas que no correspondían a sus atribuciones, como recetar medicinas o practicar sangrías.

La división de estos valores no estaba clara en el mundo medieval pues, en la práctica, las funciones se superponían. Los médicos se destacaban por sus conocimientos teóricos y se consideraban por esta razón "superiores social y profesionalmente a cualquier otro tipo de practicante"²⁰. Sus funciones constituían en tomar el pulso, analizar la orina, diagnosticar y recetar medicinas, manteniéndose alejado de cualquier tipo de trabajo manual ya que este era considerado desdeñable y humillante.

El grupo de los "barberos" era bastante más heterogéneo, pues incluía a aquellos que afeitaban y cortaban el cabello, a los cirujanos, a los sangradores y a quienes trataban heridas. Los "curanderos" destacaban por sus amplios conocimientos prácticos y por la ausencia de conocimientos teóricos sus actuaciones estaban impregnadas de superstición. Los "boticarios" no solo preparaban los compuestos a ingerir por el enfermo sin que, como práctica habitual, también los recetaban.

El último grupo que debemos destacar es el de las "comadronas", quienes, además de asistir al parto, se ocupaban de problemas ginecológicos. La información existente sobre la asistencia médica durante el parto, se limitaba a escasas noticias referentes al alumbramiento de reinas y princesas, de las que deduce asistencia femenina fue, sin duda la más habitual. Este hecho es determinado, en nuestra opinión, por la consideración hacia los genitales femeninos como "lugar prohibido" ya que, como tales órganos están colocados en partes íntimas, las mujeres por pudor y por innata reserva no se atrevían a revelar a un médico hombre los sufrimientos por estas indisposiciones.

Esta concepción debió unirse a la necesidad que sentían los médicos de la época de no ver humillada su profesión por labores que requiriese un trabajo manual, en zonas corporales que pudieran causar escándalo.

²⁰WadeLabarge, op. cit., pág. 220

La preparación teórica de las comadronas arranca de la escuela Médica de Salerno, gracias al trato del siglo XI titulado *las enfermedades de la mujer antes, durante y después del parto*, atribuido a la Trotula quien fue denominada como la "Sapiens matrona". Sus tratados concedían mayor importancia a la práctica teórica y estaban dirigidos a mujeres que sabían leer y escribir, con el fin de que ellas pudieran difundir la información obtenida de ellos.

Este cuerpo de conocimientos teóricos no fue suficiente para acabar con las prácticas relacionadas con la cultura popular, basada en la firme creencia de propiedades mágicas de piedras, cinturones y productos naturales, como la costumbre de proporcionar a la parturienta tres granos de pimienta en una porción, mientras recitaban conjuros y oraciones propias de las creencias cristianas.²¹

El número de comadronas debió ser considerable dado que el tercio de la compilación completa de los médicos medievales franceses eran comadronas. El acceso a la profesión estaba controlado, siendo necesario formarse durante un año con una comadrona experta y, después pasar un examen con un médico de la administración local.²²

En el país Galo se fomentaron los servicios de estas mujeres concediéndoles privilegios como extensión de impuestos, la retribución económica al retirarse o simplemente, prohibiéndoles salir de la ciudad.²³

Pero las mujeres no sólo fueron de objeto de atención en sus casas, sino que hubo hospitales especializados en el cuidado femenino, como el hospital de Ste. Catherine de Paris, el de Grenoble, Francia, donde se admitía a la parturienta un mes antes del fin del embarazo, o el de Corbeil, Francia, donde existía una habitación reservada para partos.

La irrupción de los turcos seleúcidas en el próximo oriente rompió el equilibrio existente en aquella región. Su imperio se extendió desde el Ego hasta Afganistán y desde Turquestán hasta Palestina. En esta situación los bizantinos pidieron ayuda a la cristiandad occidental, que organizó, la "marcha a los santos lugares" lo que impulsó la aparición de las órdenes de los cruzados.

²¹F.Bertini, op. cit., pág. 134.

²²Wade Labarge, op. cit., pág. 230.

²³Ibid., págs. 231 y ss.

Las cruzadas principales fueron cuatro. La primera tuvo lugar entre 1096 y 1099, cuando el Papa Urbano II anunció indulgencia plenaria para los pecados de los cruzados. Durante la segunda Cruzada (1147-1149), San Bernardo declaró al movimiento Cristiano como la indulgencia cristiana por excelencia. La tercera y cuarta Cruzada tuvieron lugar entre 1189 y 1204.²⁴

Las órdenes militares se caracterizaron por su rígida jerarquía, su autonomía y sus inmensos recursos. Estas órdenes dedicaron parte de su labor reconquistadora al cuidado de los caballeros heridos y enfermos, por lo que construyeron grandes hospitales en sus lugares de asentamiento. Dada su rígida estructura, sus miembros se dividieron en Caballeros, sacerdotes, y hermanos sirvientes, que eran quienes atendían y cuidaban, tanto a los peregrinos que viajaban a los Santos Lugares, como a los caballeros heridos durante el combate.

Los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén tienen su origen en un hospicio fundado, durante el siglo XI, por unos mercaderes de Amalfi. Esta orden conoció el nacimiento de una rama femenina que servía en el Hospital de Santa Magdalena y que, en un principio, gozaba de las mismas condiciones que los hombres, aunque más tarde, al acogerse a la regla de san Agustín, quedó subordinada a la orden masculina. La Orden de los Teutónicos estuvo formada exclusivamente por alemanes, que, además de los tres votos religiosos, se obligaban a un cuarto, consistente en el cuidado de los enfermos. La Orden de San Lázaro nació entre aquellas personas que habían padecido lepra, aunque en el siglo XIII ya contaba con caballeros armados.

La escasez de noticias en relación a los cuidados de Enfermería, que se deriva de las crónicas de las expediciones militares, ha dificultado la labor de investigación sobre el cuidado prestado a los caballeros enfermos y heridos. Este hecho está determinado por la consideración social del trabajo manual y, en especial, de los cuidados enfermeros, considerados como una labor destinada al servicio del prójimo en situaciones de dificultad. Esta organización hospitalaria en la jerarquización de las labores hospitalarias influyó, posteriormente, de forma decisiva en sus países de origen, y se vio influida, en gran medida, por el modelo de servicios sanitarios que ellos crearon. Así, la organización de las enfermerías occidentales posteriores al movimiento cruzado, adquiere ciertos rasgos característicos de las enfermerías de las órdenes cruzadas, que nacen y se desarrollan en tiempos de guerra.

²⁴P. Donahue, op.cit., pág. 145.

Los cuidados de Enfermería y la atención organizada a las enfermedades sociales de la época: la Lepra y San Francisco:

La lepra es considerada como la enfermedad contagiosa por excelencia durante la Edad Media. Aunque este periodo no estuvo exento de otro tipo de enfermedades infecciosas, como la denominada Peste Negra, solo el leproso contó con establecimientos hospitalarios dedicados exclusivamente a su cuidado: las leproserías. Respecto al Cuidado y consideración moral del leproso, aparecen ya normas recogidas en el Levítico, donde se detalla la «evolución clínica» de la enfermedad así como los medios para combatirla.²⁵ El principal medio profiláctico empleado es el aislamiento, dado que la lepra era considerada una enfermedad contagiosa. Esta enfermedad tiene connotaciones de castigo divino, tal y como aparece en el pasaje del Antiguo Testamento, en el que María y Aarón murmuraban por la predilección que Yahvé mostraba hacia Moisés, por lo que «apenas había desaparecido la nube de la tienda, cuando María apareció cubierta de lepra, blanca como la nieve (...). Aarón dijo a Moisés: ¡Por mí mi señor! no cargues sobre nosotros, el peso del pecado que neciamente hemos cometido, del cual somos culpables»²⁶.

Es, por tanto, en el caso de la lepra donde el rechazo marginador hacia el enfermo se manifiesta en toda su crudeza, ya que el «carácter intrínseco» de «castigo divino» que acompaña a la enfermedad, unido al «miedo al contagio», configura el trato social hacia estos enfermos.

La connotación moral de impureza del leproso arranca del ámbito judaico, en el cual el enfermo debía ser reconocido por el sacerdote, reforzando, de este modo, las connotaciones de impureza religiosa asociadas a la enfermedad.

Desde la época griega, en la que se buscaron razones naturales para la enfermedad, todos los pueblos y civilizaciones han intentado encontrar para ella una causa no religiosa, sin obtener éxito alguno, ya que: « (...) según la tradición médica antigua y medieval, las afecciones morales podían provocar la enfermedad»²⁷.

Entre los alimentos prohibidos por los egipcios se encontraban los pescados, y Platón los prohibió como alimento a la juventud. Guy de Chauliac (1300-1370) consideró que una causa de esta enfermedad era: « (...) la corrupción del aire, así como el contacto con la malvada carne y la mancha de germinación»²⁸.

²⁶ Números, 12, 10-11.

²⁷ Gugliemi, op. cit., pág. 132.

²⁸ Ibid., pág. 131.

Pero la única causa considerada como segura era el contagio que se producía mediante el contacto directo e indirecto. Por ello, los leprosos debían vestir tejidos de color gris, con calzas, capuchón y guantes. Eran obligados a hacer sonar sus «sonajas» o «matracas» ante la presencia de transeúntes, a responder a quienes les preguntaran mirando en dirección contraria al viento, y a beber en los pozos y las fuentes que se les había asignado.

El terror que provocaba la enfermedad desembocó en penosos acontecimientos de persecuciones y ostracismo social, como los ocurridos en la población de Perigueux en los años 1320 y 1321, cuando, por una oleada de casos de lepra, hubo una persecución sistemática de leprosos, confiscando sus bienes y obligándoles a ingresar en una leprosería. Pero, al no cesar la epidemia, muchos hombres fueron quemados y muchas mujeres emparedadas. Este tipo de situaciones comienza a desaparecer a finales de la Edad Media, a pesar de persistir el miedo a ser contagiado ya que la etiología de la enfermedad era desconocida.

La primera leprosería, cuya existencia está documentada, es la de Saint Oyan (hoy St. Claude), fundada en el año 460. Las fundaciones de estos establecimientos se aceleran por toda Europa durante los siglos VIII, IX y X, conforme se va incrementando la incidencia de la enfermedad. Las leproserías estaban rodeadas de una extensión rural, cultivada por los propios enfermos. En estas instituciones, orientadas a mediodía (al norte), los enfermos hacían vida en común, con refectorio y dormitorios colectivos. Algunos de ellos tenían chozas separadas del cuerpo principal, que eran ocupadas por los enfermos más desfavorecidos económicamente.

Las leproserías no gozaban de la posesión de la tierra que trabajaban, sino que, simplemente eran dueños, de lo que producían, por lo que fue necesaria la aportación económica proporcionada por las limosnas. Además, era común el hecho de que los afectados debieran aportar cierta cantidad de dinero al ingresar en el establecimiento.

Durante los siglos XII y XIII las mujeres intervenían a menudo como fundadoras, protectoras y enfermeras de los afectados, ya que el trabajo en las leproserías era considerado como la más cristiana de todas las obras de caridad, por lo que el cuidado de los leprosos, como ya hemos señalado anteriormente, se constituye en elemento determinante para alcanzar la «salvación».

«A finales del siglo XIV se produjo un mayor conocimiento sobre la lepra y un trato menos aterrizado de aquellos que la padecían (...), casi todas las leproserías de cualquier tamaño empleaban criados a sueldo, en su mayoría mujeres, para cuidar tanto a los hombres como a las mujeres leprosas (...). No se intentaba aplicar ningún tipo de tratamiento médico, pues no se conocía ninguna cura, pero, dada la naturaleza de la enfermedad, los afectados podían tener un buen alojamiento y comodidades razonables»²⁹.

Basándose en estos datos, se cree acertado afirmar que en las leproserías tan sólo se aplicaban Cuidados de Enfermería, así como «remedios caseros» que aliviaban las dolencias de los afectados.

La variedad de términos medievales que designan las labores del Cuidado Enfermero es muy numerosa, por lo que, a juicio de los historiadores, se hace cada vez más necesario el estudio filológico de estos términos, con el fin de dilucidar las diferentes situaciones en que los hombres y mujeres de la Edad Media y Moderna aplicaron las prácticas de los Cuidados de Enfermería.

Aunque el Cuidado del leproso no era nuevo, podemos afirmar que fue San Francisco de Asís quien impulsó la generalización de su práctica. Nacido en 1182, era hijo de un rico comerciante de paños en Asís y pasó su infancia y juventud sin preocupaciones. Según Donahue, esta despreocupación cambió tras una grave enfermedad, aunque según Antonio Linaje fue su participación en la guerra entre Asís y Perugia la que marcó un hito en la vida del santo. En lo que coinciden todas las noticias conservadas, es en que el «beso a un leproso», que se encontraba a la salida de Asís, fue el hecho que le condujo a convertirse en el paladín de estos enfermos. Desheredado por su padre, comenzaron a unírsele los primeros miembros de la Orden. Todos trabajaban en las granjas, en las casas y cuidaban a los leprosos. En el otoño de 1209, la Orden es aprobada por el Papa Inocencio III.

La Orden Franciscana se convierte así, en la abanderada del Cuidado del enfermo de lepra, organizando y administrando los recursos de que disponían. Es importante señalar el hecho de que el propio San Francisco escribe en su testamento: «Y cuando el Señor me confió el cuidado de los hermanos nadie me enseñó lo que debía hacer»³⁰.

²⁹Ibid., pág. 245.

³⁰Opuscula S.P.N. Francisci, 3.^a(Ed): Quaracchi, 1949.

De este modo, queda confirmada la hipótesis que los historiadores venían desarrollando a lo largo del trabajo: la enseñanza de los Cuidados de Enfermería se restringió al ámbito de lo privado pasando los conocimientos de madres a hijas, y cuando estos Cuidados se practicaron en lugares institucionales, no existió una transmisión sistemática y escrita de los Conocimientos Enfermeros, por lo que esta ocupación no pudo alcanzar, en ningún momento, el carácter de «oficio gremial», al no permitir la existencia de una «conciencia colectiva», en la que se pudieran desarrollar unos conocimientos propios.

Queda, confirmada la existencia institucionalizada de los Cuidados Enfermeros en las enfermedades sociales de la época. Esta actividad se constata como un saber en cuanto a realidad histórica, a pesar de que entre sus objetivos no estaba la profesionalización de la misma.

La entrada a la etapa técnica está marcada por el desarrollo de la universidad medieval y los cuidados de Enfermería. Se describe esta etapa en el siguiente capítulo:

2.1.3 Etapa técnica. La Dicotomía de los Cuidados de Enfermería: «Llamo hospitales a los centros en donde se alimentan y cuidan a los enfermos y en donde se sustenta un cierto número de necesitados, se educa a los niños y niñas, se encierra los locos y pasan la vida los ciegos». (L. Vives, 1526)'

Coordenadas históricas que explican el retroceso de los cuidados de enfermería. la universidad medieval y los cuidados enfermeros. Existen dos términos latinos para designar a la Universidad medieval:

- *Studium Generale*, o simplemente *Studium*.
- *Universitas Scholarum*, o bien *Universitas Magistrorum et Scholarium*.

El rey Alfonso X «El Sabio», en su obra «Código de Las Siete Partidas» estipuló claramente las condiciones necesarias para la existencia legal de un Estudio General. Por tanto, dependiendo de la categoría del estudio, el rango de sus fundadores era diverso. La Corona y el Papado eran las únicas instituciones que podían fundar un estudio universitario, mientras que los concejos urbanos eran los encargados de organizar la educación primaria, con una circunscripción territorial localizada.

La Iglesia disfrutaba de una situación de privilegio en estos centros superiores de enseñanza, pues ella era la única con capacidad para otorgar la Licentia

Docendi. Sin embargo, la Corona también tenía recursos para intervenir en la vida interna del Studium, confirmando los estatutos o concediendo privilegios. Es esta la razón por la que la adquisición de los conocimientos universitarios no sólo interesa a los que van a seguir una carrera eclesiástica, sino también a otras personas que desempeñan oficios de carácter laico y que necesitan de estos conocimientos para obtener mayores rendimientos en su actividad económica, ya que debemos tener en cuenta que el prestigio de los graduados y licenciados era importante, por lo que muchos se aprovecharon de la situación para encumbrarse socialmente.

El Papa Gregorio VII puso en marcha una amplia reforma que no olvidó a la institución universitaria. De este modo, el conocimiento secular se convirtió en una necesidad práctica para los estudios de las Sagradas Escrituras, ya que la Gramática era necesaria para escribir cartas, la Retórica para la polémica y la Dialéctica para la controversia. Fue así como se abrió el estudio hacia la renovación escolástica, que provocó un gran estallido en el mundo de la educación, ya que los dirigentes de cada reino comenzaron a tomar conciencia de la importancia de tener funcionarios «ilustrados», capaces de dar respuesta rápida y fundamentada a los diferentes conflictos que surgían en el desempeño de las tareas de gobierno. De este modo, las universidades contaron con estudios de Teología, Leyes, Medicina y Artes. Los «barberos» o cirujanos, a diferencia de lo ocurrido con los cuidadores enfermeros, se introdujeron durante el siglo XIV en el ámbito universitario, pues su situación gremial permitía una estructuración de los conocimientos propios de la disciplina, logrando así la titulación de médico-cirujano.

El sentido caritativo exclusivo de los Cuidados de Enfermería, que impide la transmisión sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados, imposibilita la creación de un «corpus específico de conocimientos» que facilite su enseñanza reglada en el contexto universitario. El «concepto de ayuda» que impregnaba la «praxis enfermera», bloqueó durante mucho tiempo la sistematización de los conocimientos disciplinares, por lo que era «impensable» el acercamiento al mundo universitario o la fundación de un «estudio particular» que impartiese enseñanzas relacionadas con «cuidado». Debemos esperar al siglo XVII para encontrar el primer manual de Enfermería conocido en el mundo, publicado en Madrid en 1623, titulado «La Instrucción de Enfermeros», contiene referencias al correcto cumplimiento de las órdenes médicas y a las actuaciones de los enfermeros en caso de urgencia, por lo que la enseñanza de «Los Cuidados» comienza a ser una realidad histórica, avalada, esta vez, por documentación escrita, aunque ello no suponga la existencia de escuelas que impartan las enseñanzas enfermeras.³¹

³¹ S. García Barrios y E. Calvo Charro. Op. cit., págs. 68-70.

Así pues, la ausencia de Los Cuidados en la comunidad universitaria, reforzó los cuidados caritativos en el mundo católico e incidió en la ausencia de los mismos en los países protestantes. Este hecho, junto a la consideración y situación intelectual de la enfermedad, puede explicar, en parte, el estancamiento de la Enfermería durante este período histórico.

La paralización intelectual que durante siglos han sufrido el Cuidado de Enfermería, han provocado que la práctica de los mismos fuera concebida de forma estática, pues la ausencia casi total de documentación escrita, hasta la aparición de Florence Nightingale, impidió su acercamiento a la Ciencia del momento. Este hecho, además, impidió durante siglos su participación en los movimientos socioculturales y científicos que se desencadenaron como consecuencia de la creación de la Institución Universitaria.

La escasa participación de los Cuidados Enfermeros en los movimientos gremiales y sus consecuencias. La pertenencia a un mismo oficio crea entre los artesanos una comunidad de intereses y de problemas que se refleja en la aparición de asociaciones de tipo religioso y caritativo, de cofradías puestas bajo la advocación de un patrono al que se rinde culto; la solidaridad entre los cofrades se manifiesta en la creación de un sistema de ayuda mutua.

Este sistema incluye el socorro a los miembros enfermos, extendiéndose, por tanto, los Cuidados de Enfermería fuera del ámbito religioso, para organizarse también en asociaciones laicas. Estas organizaciones se transforman en Gremios, conforme crece en la ciudad el número de artesanos, coincidiendo sus necesidades con los intereses de los mercaderes que distribuían sus productos, en cuanto al control de la producción artesanal, pues los gremios intentan controlar su producción mediante parámetros de cantidad, calidad, precios y salarios. Por esta razón, y con el fin de controlar el número de maestros artesanos de la ciudad, la enseñanza-aprendizaje de un oficio comienza a estructurarse y organizarse. Así, el aprendiz era quien permanecía bajo la dirección del maestro entre tres y diez años, el artesano era quien realizaba el trabajo para el maestro artesano, el cual debía realizar un examen y ser económicamente solvente para poder acceder a este estatus. De este modo, los gremios se convierten en espacios de aprendizaje de un oficio, como ocurrió con los gremios de barberos, boticarios, especieros, herbolarios y sangradores.

Los Cuidados de Enfermería se desarrollan, ahora, en la labor ejercida por las Hermandades, que agrupaban a aquellos que padecían directamente las enfermedades, pero excluidos de los espacios de aprendizaje gremiales.

Las hermandades más difundidas son las de ciegos. La mendicidad fue una forma de vida que no escapó de la tendencia asociacionista de este período, constituyéndose formalmente y redactando estatutos que regularan su actividad, como La Compañía de Mendicantes de Estrasburgo que, en sus orígenes, fue fundada como compañía de ciegos pobres. En este sentido, los estatutos del siglo XIV de las Hermandades de ciegos de las ciudades de Barcelona y Valencia preveían diversas formas de solidaridad y de ayuda, tales como el préstamo del lazarillo, la mutua asistencia en el caso de enfermedad o el reparto de las limosnas recogidas.

La transición de Hermandad a Gremio tiene una justificación histórica dentro del desarrollo de cualquier actividad que contemple una dimensión material y económica de sus servicios. Los Cuidados de Enfermería, desde su perspectiva caritativa, no podían continuar la dinámica hacia la constitución de gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios.

Ahora bien, sí nos plantea dudas el hecho de que en el seno de la Reforma Protestante, donde se postula el «auxilio institucionalizado» y «laico», no aparezca este interés natural por refrendar como oficio una práctica milenaria, que consecuentemente, hubiera acercado a las Hermandades a la Universidad de la época. Se podría argumentar que el estatus del que goza la mujer, cuidadora por antonomasia, junto al medio donde se desarrolla la enfermedad, clarifica en parte esta situación, dado que la atmósfera intelectual del momento se vio perjudicada, ante las luchas internas del movimiento Protestante, basadas en cuestiones de orden teológico, por lo que se puede afirmar que las ciencias subsistieron de milagro.

La mayoría estarán de acuerdo en afirmar que por haber sido, entre otras cosas, un levantamiento espiritual de proporciones colosales, tuvo que imprimir un sello característico en la mentalidad de la época.

Por todas estas razones, creemos necesaria una rigurosa investigación histórica de los Gremios y Hermandades, desde la óptica de los Cuidados de Enfermería, pues, sin duda, ayudará en gran medida a completar la concepción del Cuidado Enfermero que pudo quedar recogido en forma de disposiciones reglamentarias en sus estatutos.

La Reforma Protestante: El concepto de ayuda y el significado de los Cuidados de Enfermería. La Reforma fue un movimiento religioso que tuvo como resultado la división del Mundo Cristiano. Las dos razones fundamentales por

las que se llegó al Cisma religioso y socio-político son, por un lado, los abusos del clero y la fragilidad de la autoridad papal, ya que durante algún tiempo hubo dos cabezas de la Iglesia, una en Roma y otra en Avignon; y, por otro, las dificultades doctrinales que de esta situación se derivaron.

Los acontecimientos favorecieron la popularidad de las ideas de Martín Lutero, quien no tardó en declarar la independencia de sus seguidores con respecto al Papa. De esta forma, la homogeneidad de la que Roma venía disfrutando desde antiguo queda fragmentada en dos claras opciones.

Tanto los creyentes como los estados se adscriben a una u otra tendencia; el norte de Alemania. Inglaterra. Noruega. Suecia y Dinamarca, pronto serán luteranos. Para el estudio de las repercusiones de este hecho, como disgregador en la evolución de Los Cuidados Enfermeros, debemos centrar nuestra atención en la afirmación teológica de la salvación de las almas sólo por el acto de la fe. Este presupuesto protestante asegura la salvación eterna por el simple acto de creer, sin necesidad de realizar ningún sacrificio ni ninguna obra de caridad, por lo que El Cuidado y la atención a los enfermos pierde su sentido salvador. Por estas razones de naturaleza teológica, la mayoría de hospitales dirigidos por órdenes religiosas católicas fueron cerrados, siendo expulsados de las instituciones los monjes y monjas dedicados al cuidado de enfermos, sin ser sustituidos.

Sin embargo, Lutero no olvidó en su programa la asistencia a pobres y enfermos. Este humanista propone, en primer lugar, la prohibición de la mendicidad, en coordinación con una adecuada asistencia para aquellos que no puedan acceder a un puesto de trabajo. La asistencia a éstos debe ser responsabilidad de los poderes locales, párrocos y consejos municipales, y las ayudas no han de sobrepasar el umbral de subsistencia. En este sentido, Andreas Karsradt, de la ciudad de Wittemberg, emprende con el consejo municipal la elaboración de un estatuto dirigido a regular la situación de los pobres en la ciudad, creando la Caja Común, organización que controlará el patrimonio secularizado de los monasterios, las fundaciones hospitalarias y las donaciones en favor de los pobres. Pero esta «Caja Común» no garantizó el eficaz funcionamiento de la asistencia social, pues los fondos fueron destinados, en múltiples ocasiones, a fines distintos de los previstos, por lo que se generó un vacío de «las prácticas de Cuidados» que duró casi 300 años.

En Inglaterra los hospitales fueron entregados a los laicos que trabajaban en ellos por necesidad, en contraposición a la orientación vocacional-caritativa característica del «orbe romano».

Sólo quedaba como recuerdo, desde el tiempo del monaquismo, el título de hermana dado al jefe de enfermeras cuyas ayudantes eran ignorantes, rudas, inconsideradas y alcohólicas.

El deterioro, durante tres siglos, de los Cuidados de Enfermería y de las personas que los practican, va a suponer la constitución de la denominada Época oscura de la Enfermería, en el mundo Protestante.

En Europa, desde el siglo XVI al siglo XIX, las devastadoras epidemias se vieron favorecidas por el estilo de vida urbano, caracterizado por una higiene deficiente, la ausencia de una legislación sanitaria, el hacinamiento en las viviendas y el contacto con nuevas y desconocidas enfermedades, que procedían de otros continentes.

Claro exponente de este período oscuro es el caso del Reino Unido, donde Enrique VIII suprimió todas las órdenes religiosas, confiscó las propiedades de más de 600 órdenes de caridad y cerró todos los hospitales londinenses. Fue en el siglo XVIII cuando John Howard dedicó su vida a hacer públicas las condiciones de vida que sufrían los enfermos, ya que éstos eran encarcelados por no existir un lugar donde acogerlos. Los esfuerzos del filántropo inglés culminaron tan sólo con amplias reformas carcelarias.

De este modo, en el siglo XIX, Elizabeth Gurney comenzó a trabajar por la transformación de las condiciones de vida de las mujeres y los niños de la prisión de Newgate. Esto la condujo a fundar una «Sociedad de Enfermería domiciliaria» que, posteriormente, se llamaría Instituto de Hermanas Enfermeras.

Fue así, tras 300 años de vacío institucional enfermero, como «el Cuidado» pudo recobrar el reconocimiento social perdido.

En este período, surge la necesidad de crear escuelas para las enfermeras, como es el caso del Instituto de Hermanas Enfermeras, con el objetivo de conseguir entrenamiento práctico en labores domésticas y en el cuidado general del enfermo.

La repercusión de estas tres coordenadas históricas: Universidad, Gremios y Reforma Protestante en el desarrollo de los Cuidados de Enfermería repercutió hasta el siglo XIX y en algunos aspectos hasta el siglo XX, como es el caso de la inclusión de la Enfermería entre las disciplinas universitarias.

El análisis de los aspectos estudiados es la base para entender la actual situación científica profesional de los Cuidados de Enfermería y la clave para comenzar a establecer, sin más demora, las actitudes y los planteamientos de futuro que, de nuevo, la historia exige a la profesión de Enfermera.

La contrarreforma: la enfermería y los movimientos misionales cristianos como sustento de la praxis enfermera. Las características de Los Cuidados en el Nuevo Mundo tienen su base en las condiciones históricas que configuraban la praxis Enfermera en los países católicos. En este sentido, debemos conocer el desarrollo de la Enfermería en estas naciones, antes de analizar la situación en el Nuevo Continente.

Como se apuntaba anteriormente, el mundo protestante confió El Cuidado de sus enfermos a los organismos civiles, mientras que el mundo católico consideró esta tarea como un deber cristiano, por lo que la práctica de los cuidados continuó en manos de las órdenes religiosas.

A pesar de tratarse, aparentemente, de dos conceptos contrapuestos del Cuidado Enfermero, no debemos caer en el error de infravalorar la repercusión que tuvo, en el mundo católico, la nueva visión de Los Cuidados, propugnada por los Reformadores.

De este modo, la secularización en la administración y gobierno de las fundaciones hospitalarias no es exclusiva del «Mundo Protestante», como lo demuestra el hecho de que, desde 1505, el Hotel Dieu de París funcionara bajo una comisión de hombres laicos³². Estos mantenían la autoridad fuera del alcance de las enfermeras, encargadas de la ayuda seglar, perdiendo así las mujeres, el control de unas prácticas milenarias en este contexto.

Esta novedosa administración del hospital parisino se tradujo en una Reforma Hospitalaria del territorio galo, que concreta las nuevas responsabilidades civiles en la creación de un impuesto especial, destinado a la asistencia y mantenimiento de las clases más desfavorecidas. Esta reforma hospitalaria no contribuyó a mejorar la calidad de Los Cuidados proporcionados, ya que las ayudantes de la «Hermana Enfermera» eran sirvientas de clases muy bajas.

³² B. Geremek, op.cit., pags.150 y ss.

«No era extraño que se echara a los enfermos en camas ya ocupadas por otros pacientes; los muertos y los delirantes, posiblemente juntos, al lado de los que todavía vivían y conservaban la razón»³³.

Pero la administración directa de los Cuidados de Enfermería continuó siendo practicada en el mundo católico por hombres y mujeres que habían tomado los hábitos religiosos. En este sentido, los hospitales españoles, que continuaron bajo las órdenes religiosas, crecieron en número. Así, en 1537, San Juan de Dios (1495-1550) fundó en Granada un hospital, aunque también erigió hospederías para peregrinos y viajeros, también creó la Orden de los Hermanos Hospitalarios de la Caridad, llamados popularmente juaninos.

En Italia, San Camilo de Lelis (1550-1614) estableció la Orden de los Ministros de los Enfermos y sus seguidores debían trabajar, por el amor de Dios y del prójimo, en el hospital que el mismo San Camilo fundó. En este mismo sentido caritativo, San Vicente de Paul aprovechó su influencia en la corte real para crear asociaciones y cofradías de «caridad femenina». De este modo, las damas de la corte trabajaron de forma organizada en los problemas de los más desafortunados. Eran mujeres que no tomaban los votos, siendo Santa Luisa de Marillac la primera supervisora de estas enfermeras. En 1633, se fundó la Orden de las Hermanas de la Caridad, estableciendo un programa de preparación, que duraba cinco años, basado en la experiencia hospitalaria y visitas domiciliarias³⁴. En 1624, San Vicente fundó La Congregación de Sacerdotes de la Misión, con el fin de desempeñar el servicio sacerdotal en poblados pequeños. Así, cuidado a los enfermos en el Nuevo Mundo abordado según las directrices que los colonizadores estaban acostumbrados a seguir en sus países de origen. Los españoles, al igual que los franceses, llevaron órdenes religiosas a fin de obtener un doble resultado: por un lado cubrir la necesidad de Cuidados de los indígenas y colonos y, por otro, poder dedicarse a la propagación del Evangelio.

En el siglo XVI, los españoles dominaron las tierras que se extendían desde México hasta Perú. En este país la capital fue fundada en 1535, año en el que se abrió un hospital para los soldados y, poco después, otro para los indios. Perú contaba a finales del XVI con lazaretos, hospitales y hospicios, a cargo de órdenes religiosas, destacando la labor de San Martín de Porres y Santa Rosa de Lima, ambos pertenecientes a la Orden de los Dominicos.

³³Jamieson y Sewal: op. cit., págs. 268-269.

³⁴P. Donahue, op. cit., págs. 219-224.

Durante el mismo período, en Chile se fundaron varios hospitales, entre los que debemos destacar el de San Juan de Dios, atendido por religiosos enfermeros «juaninos». Esta misma orden fue la que se encargó de organizar, junto a los «betlemitas», la asistencia hospitalaria en Argentina durante el siglo XVI.

En México, Fray Pedro de Gante fundó, en 1523, - 'la Escuela de San José de los Naturales, donde se formaba académicamente a los enfermeros. En 1524, Cortés fundó el Hospital de Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora, y el primer concilio eclesiástico de México (1555) ordenó que junto a cada iglesia se construyera un hospital.³⁵Las órdenes religiosas también llegaron a este territorio y, fueron los Franciscanos y los Agustinos quienes más hospitales fundaron. Muestra de ello es que sólo en Michoacán, durante el siglo XVI. Se construyeron 72 hospitales. Pero México también conoció el nacimiento de sus propias órdenes religiosas, como la de los Hermanos de la Orden de la Caridad de San Hipólito, que realizaban un cuarto voto obligándose a la atención de pobres y enfermos.

En el Canadá francés, fueron los Jesuitas quienes impulsaron la creación de hospitales, mediante la publicación de sus «Relaciones». Estos informes son considerados el motivo por el que la Duquesa de Aiguillon fundó, en Quebec, el Hotel Dieu (1639), bajo el cuidado de las Hermanas Agustinas.

Como contrapunto a todo lo anteriormente expuesto, en lo que hoy es EE. UU. Y de acuerdo a los esquemas culturales ingleses (de tradición protestante), se registró un gran vacío de Cuidados de Enfermería, que carecían de la asistencia organizada que proporcionaban las órdenes misionales. Los enfermos eran cuidados por sus familiares, ya que «el bienestar social era responsabilidad de cada individuo»³⁶, en las instituciones dedicadas a Los Cuidados», las personas encargadas de proporcionarles ayuda y atención eran sirvientes, delincuentes y pobres. Por ello, el nacimiento de la institución hospitalaria norteamericana fue tardío, y el trato proporcionado a los enfermos dejó mucho que desear. Así, el Hospicio de Filadelfia fue fundado en 1731 y el de Bellevue de Nueva York, en 1735.³⁷

³⁵ F. Elizondo, op. cit., pág. 182

³⁶ P. Donahue, op.cit., págs. 269.

³⁷ F. Elizondo, op. cit., pág. 229-236.

Sin embargo, la ausencia de una ayuda sistematizada favoreció la creación de Escuelas para Enfermeras, como la del Hospital de Pennsylvania, que fue inaugurada en el año 1878. En este mismo hospital, se inició una práctica que revolucionaría la situación que desde tiempos inmemoriales, venían padeciendo los Cuidados de Enfermería: la contratación de enfermeras-sirvientes. Por tanto, la aparente contradicción, que sobre los Cuidados Enfermeros reinaba en el ámbito Protestante, favoreció el desarrollo de los mismos, alejándolos de la actividad caritativa y acercándolos a la profesionalización, lo que obligará a las prácticas de Cuidado a exigirse sistematización y a iniciar su construcción disciplinar.

A modo de conclusión, se debe resaltar dos hechos históricos imprescindibles para la comprensión de la Enfermería en el Nuevo Mundo. Por una parte, las Órdenes Religiosas que aportaron los esquemas tradicionales del Cuidado Enfermero, proporcionando un índice más elevado de atención hospitalaria en las zonas americanas donde se asentaron. Por otra parte, en las tierras conquistadas por los «ingleses reformadores», éstos se despreocuparon de la situación que padecían sus enfermos y, al igual que en su país de origen, confiaron esta labor a los poderes civiles, lo que ocasionó un profundo vacío hospitalario y de Cuidados que posteriormente exige su profesionalización.

En definitiva, el hecho a resaltar es la transmisión de los Cuidados Enfermeros al continente americano, tal y como se desarrollaban en el país de origen de los colonizadores. La dicotomía que caracteriza a los Cuidados Enfermeros en este período histórico es de suma importancia a la hora de aprehender los elementos que constituyen Los Cuidados en la actualidad.

Por un lado tal y como se ha explicitado, la *profesionalización* surge fuera del concepto caritativo, y por tanto, como una necesidad social en el marco del vacío creado por la sociedad Protestante ante la atención a los enfermos. Hemos pues de deducir, que los Cuidados de Enfermería tal y como hoy son entendidos, encuentran, su estrato basal inmediato, en la simbiosis que se produce entre ambas orientaciones, surgiendo de este modo lo que podríamos denominar «profesionalización-caritativa-vocacional».

Esta triple concepción de los Cuidados Enfermeros se aglutina paulatinamente a lo largo del tiempo, dificultando así la identidad y la identificación ante la sociedad, ante otras actividades profesionales y ante las propias Enfermeras.

Además, la importancia de esta dicotomía, a nuestro juicio, y a pesar de la posterior simbiosis, implica y explica el retraso en cuanto a la intencionalidad de una construcción teórica de los Cuidados Enfermeros.

Para comenzar la descripción de la Etapa Profesional es necesario recalcar la importancia en el desarrollo de este periodo histórico la aparición de Florence Nightingale.

2.2 LA ETAPA PROFESIONAL-ENFERMERÍA MODERNA

Florence Nightingale, es la madre de la enfermería moderna, estableció los parámetros de compasión, dedicación al cuidado del paciente, diligencia y cuidado en la administración hospitalaria. , crea el primer modelo conceptual de enfermería. Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico). Realizó prácticas en los hospitales de Londres, Edimburgo y Kaiserswerth (Alemania), y en 1853 trabajó en el Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres. En 1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimea y con un grupo de enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general).³⁸

Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de Enfermería, esta palabra significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad .Y la oportuna selección y administración de dietas, Y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad.³⁹

Considera la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación.³⁹En 1852 escribió un libro que nunca publicó. Ella describe la siguiente situación “Se supone que las mujeres no deben tener una ocupación suficientemente importante para no ser interrumpida... Ellas se han acostumbrado a considerar la ocupación intelectual como un pasatiempo egoísta, y es su “deber” dejarlo para atender a cualquiera más pequeño que ellas”. ³⁸En este libro Florence representa la imagen que tiene la mujer de sí misma como una cuidadora estricta del hogar, ella nunca se miraba como eje intelectual dentro de la sociedad

Durante este tiempo, Florence Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros. Inventó un gráfico de área polar, donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Esta información fue su herramienta para promover la reforma. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes descenderían. El Diagrama de Área Polar. La línea negra que cruza el triángulo rojo en Noviembre de 1854 marca el límite de las muertes debidas a todas las otras causas durante ese mes. En octubre de 1854 y abril de 1855, el área negra coincidió con el rojo. En enero y febrero de 1855, el azul coincidió con el negro. Las áreas completas pueden compararse siguiendo las líneas limítrofes del azul, el rojo y el negro.

Muestra sus habilidades en el área estadística, creó una diagrama llamado Plotter consistía en determinar las causas de muerte de militares durante la guerra, en donde se mostraba por colores; en la parte central se ubicaba el color negro que significaba muertes por otras causas, seguida del color rojo muertes por heridas y el azul significaba muertes por infecciones, siendo esta última de mayor prevalencia.

Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él.³⁸

Florence Nightingale recibió muy poca ayuda de los militares, hasta que utilizó sus contactos con el Times, para reportar la información. Entonces se le encomendó la tarea de organizar las estructuras del hospital después de la batalla de Inkerman y al mejorar las condiciones de sanidad, logró reducir la proporción de muerte de pacientes.

En 1856 Florence Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína nacional, y decidió empezar una campaña para mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales militares. Su evidencia en la Comisión de Sanidad de 1857 resultó en la formación de una universidad médica militar.

³⁸. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. LA ENFERMERIA EN UN MUNDO DE TRANSFORMACION. Consultado el 02-Junio-2012. A las 22.00 horas. Disponible en: [www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia de la enfermerla.htm](http://www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia%20de%20la%20enfermeria.htm).

³⁹. Florence Nightingale (1820 1910). Consultado el 02-06-2012. A las 23 horas. Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm>.

Para dispersar sus opiniones sobre la reforma, publicó dos libros: *Notas de Hospital* (1859) y *Notas de Enfermería* (1859). Con el apoyo de amigos adinerados y *The Times*, Florence Nightingale pudo reunir £59,000 para mejorar la calidad de la enfermería. En 1860 utilizó este dinero para fundar la *Escuela y Casa para Enfermeras* Nightingale en el Hospital St. Thomas. También se involucró en el entrenamiento de enfermeras que trabajaban en “casas de trabajo”, como resultado de una ley en protección de los pobres, de 1834.

Nightingale tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro *Sugerencias para pensar para los buscadores de las verdades religiosas* (1859), argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que prevenían a las mujeres de tener carreras, ella fue una pionera y defensora del género femenino, fortaleciendo espacios de participación a nivel educativo, donde las mujeres tuvieran la oportunidad de capacitarse.

Posteriormente en su vida, sufrió de mala salud, y en 1885 se volvió ciega. Luego perdió otras facultades, lo cual significó que tuviera que percibir cuidados a tiempo completo. A pesar de estar completamente inválida, vivió otros 15 años antes de su muerte en 1910. Después de la muerte de Florence Nightingale surgen otras instituciones como la Cruz Roja que fortalecieron a enfermería, con estímulos para la reforma de la de la misma, culminó con la creación de la Cruz Roja internacional. Su fundador fue J. Henri Dunant. Deprimido al comprobar la falta de servicios médicos reclutó a gente de la localidad para que proporcionara la ayuda o cuidados de enfermería que le fuera posible. A continuación hizo un llamado a varios gobiernos europeos para crear un organismo internacional que brindara ayuda voluntaria de enfermería en los campos de batalla. Todos los gobiernos acordaron honrar a las enfermeras de la Cruz Roja como no combatientes y respetar sus hospitales y demás instalaciones.

Hoy en día enfermería es un escenario cambiante en diferentes aspectos como lo son el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías han acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos. Antes de la década de los años treinta la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de los estudiantes. Incluía una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión. A los estudiantes se les dejaba poco tiempo para poder proporcionar un cuidado de enfermería adecuado.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud. Cada vez eran más las personas ingresadas en los hospitales para someterse a nuevos tipos de pruebas, ya que estas instituciones se habían convertidos en lugares seguros y eficaces. En Enfermería para el futuro, se realizaban más de cien tipos de prácticas diferentes. Es así como enfermería se perfila como una ocupación con múltiples labores que cada día lo sumergen en actividades diferentes y lo alejan de la esencia de la de su quehacer que es el cuidado.

A lo largo del siglo XX hubo períodos de escasez dentro de la enfermería. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos. Esto se da por las políticas gubernamentales, con las modificaciones a las reformas en la salud que disminuyen la calidad de los servicios, incrementando horas laborales y disminuyendo los salarios. A esta situación se sumaron otros acontecimientos significativos que llevaron al desarrollo paulatino de un nuevo modelo de organización para los cuidados hospitalarios. El éxito demostrado de las salas de reanimación en el frente durante la II Guerra Mundial se tradujo en la creación de unidades especiales para el cuidado de los pacientes. Se establecieron salas de pos anestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del posoperatorio. De esta forma fue posible establecer una progresión de la unidad de cuidados intensivos a la intermedia, a la de autocuidado, a la de cuidados a largo plazo y la de cuidados a domicilio. Este desarrollo de unidades de tipo específico obliga a contar con algún tipo de enfermería especializada y alteraba la razón enfermera-paciente en algunas áreas, lo cual contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales. La calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente fueron decreciendo, ya que cada vez eran menos las enfermeras profesionales tituladas que atendían directamente a los enfermos. El trabajo estaba coordinado, pero el cuidado de enfermería estaba fragmentado. Tuvo consecuencias graves debido a los continuos avances dentro de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y al desarrollo de tecnología cada vez más sofisticada. Los años cincuenta y sesenta supusieron una época de revolución para los cuidados de salud.

La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total. La medicina se considera como un tratamiento secundario. En esta estructura se da por supuesto que se necesitan menos cuidados médicos y más cuidados y formación de enfermería. Se iniciaron hospitales de cuidados agudos. Las enfermeras vieron frustrados sus esfuerzos por un personal inadecuado, el énfasis puesto en la eficiencia y la falta de consideración hacia las tendencias del paciente.

En los años setenta empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente con la aparición de la enfermería primaria. La enfermera primaria es responsable 24 horas al día, siete días por semana. Los cuidados de enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias. Las enfermeras pueden actuar como abogadas del paciente, responder de su propia práctica y tomar decisiones basándose en los datos disponibles.

La enfermería primaria ha ido ganando popularidad, su éxito depende de la existencia de personal suficiente, del apoyo de la administración y de concurso de enfermeras preparadas técnica y educativamente. Algunas enfermeras primarias se dedican actualmente a la práctica privada o comparten una consulta con un médico.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería, los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto. Las enfermeras están expresando sus preocupaciones por la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y tomas de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar unos cuidados de enfermería de alta calidad.

De las enfermeras actuales se esperan que sean demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contexto. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, con amplios conocimientos y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado en alcance de sus responsabilidades. Una serie de acontecimientos acabaron por conducir al compromiso firme de incorporar la investigación de enfermería a la estructura global de la profesión. La Association of Collegiate Schools of Nursing (ACSN) patrocinó un foro especial sobre investigación de enfermería en 1941. La Cámara de Delegados de la ANA aprobó un programa de investigación en 1950. Este programa estaba diseñado como un proyecto a largo plazo para estudiar.

El lanzamiento de la revista Nursing Research en 1952 fue un reflejo de la promoción y la comunicación de la investigación en enfermería. En 1955 se creó la American Nurses' Foundation como corporación miembro de la ANA.

Esta fundación proporciona becas de investigación a las enfermeras graduadas para proyectos científicos y educativos; llevar a cabo estudios, revisiones e investigaciones; proporcionar becas a las instituciones educativas públicas y privadas sin fines lucrativos, y publicar trabajos científicos, educativos y literarios.

Entre 1940 y 1956, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar concedió pequeñas becas a múltiples personas por diversos proyectos de investigación. En 1956, en la División de Recursos de Enfermería de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos se formó un programa externo de becas para la investigación de enfermería. Se concedieron premios en metálico a los investigadores cualificados por sus proyectos. Fue la primera vez que ponían becas con fondos federales para la investigación de enfermería. También en otros dos ámbitos: a través de unas ayudas especiales de pre doctorado creadas por la División de Recursos de Enfermería, y a través de becas de formación de enfermeras-investigadoras graduadas. En los años 70 se logró la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

El valor de la investigación de enfermería se irá haciendo cada vez más importante conforme la enfermería siga avanzando la condición profesión y de excelencia de ejecución. La investigación tendrá como resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados. Las formas más eficientes y eficaces de la enfermería se pueden identificar a través de la investigación.

La necesidad de contar con teorías de la enfermería y poderlas desarrollar fueron cuestiones destacadas en la década de los 70. La enfermería comienza a ser reconocida como una ciencia legítima, aunque sigue siendo necesario un impulso continuado para alcanzar esta meta. Los esfuerzos unidos de las estudiantes y de las practicantes de la enfermería son indispensables para poder identificar la base de conocimientos de la enfermería y formular una teoría o teorías que sustancien la práctica profesional.

En la actualidad se ofrecen varios programas de doctorado en enfermería: el Doctorado Médico, o doctorado académico, que hace hincapié en la investigación de enfermería, y el Doctorado en Ciencias de la Enfermería, o doctorado profesional, que se centra especialmente en la práctica de la enfermería.

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna. Se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial las enfermeras trabajaban como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería: El papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones. El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera colabora con el médico cuando está indicado.

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del s. XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestesista. La formación de las enfermeras parteras fue una respuesta directa a la necesidad de mejorar los cuidados maternos infantiles, a la práctica incontrolada de comadronas sin preparación y a la falta de tocólogos en las zonas rurales más pobres. El papel de enfermera anestesista surgió como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos. Ya no resultaba seguro ni satisfactorio tener a estudiantes de medicina o ayudantes sin preparación administrando la anestesia. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización de enfermería.

Ya desde un principio otra enfermera especialista que merece mención: la enfermera de empresa. Esta especialidad surgió como respuesta a los riesgos y condiciones anormales de salud de las tiendas, fábricas y demás campos del trabajo industrial. Ado Mayo Stewart fue la primera enfermera de esta especialidad. El crecimiento de la enfermería de empresa fue lento hasta el auge repentino de la industria de defensa durante la II Guerra Mundial. Entonces se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos, se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. De nuevo, los esfuerzos de la enfermería se vieron parcialmente coartados, ya que a menudo las administraciones de los hospitales no estaban dispuestas a pagar por dichos servicios y asignaban tales responsabilidades a la supervisora o a la enfermera de plantilla especializada. De esta forma se prohibía o impedía que la especialista ejerciera un papel clínico. Todavía no se han podido vencer todos los obstáculos interpuestos a esta función, aunque actualmente las especialistas clínicas ya operaban en diversos tipos de emplazamientos, incluyendo hospitales, instalaciones ambulatorias, junto con médicos independientes o en grupos y en consultas privadas o conjuntas con otras enfermeras especialistas y/o médicos. En 1954 Hildegard E. Peplau desarrolló el primer programa con nivel de graduación para la preparación de especialistas clínicas en la Rutgers University; el área de especialidad del programa era la enfermería psiquiátrica. En este periodo también se introdujo la “enfermería práctica” como resultado de una demostración específica subvencionada por la Fundación Commonwealth en la University of Colorado en 1965. El Dr. Henry Silver, pediatra y la Dra. Loretta Ford, enfermera de salud pública de dicha universidad, colaboran en la empresa. Este proyecto de demostración dio lugar a la creación de un programa de enfermería práctica en pediatría que capacitaba a las enfermeras para impartir cuidados generales a los niños sanos en un contexto ambulatorio. Además, a las enfermeras se les enseñaba a emitir juicio sobre las enfermedades graves o crónicas de los niños y a ejercer como practicantes en urgencias infantiles. Uno de los efectos de estas innovaciones fue el desarrollo de numerosos nuevos títulos dentro de la enfermería, como enfermería clínica, especialista en enfermería clínica y enfermera práctica. Todos ellos diferían en su significado, en los requisitos de formación y en las funciones a desempeñar. Es evidente que falta una estandarización de los títulos, como demuestra la lista de más de 80 titulaciones de enfermería práctica confeccionada por Gripando. Además en la actualidad existen unas 27 organizaciones que representan a diversos tipos de práctica especializada de enfermería, y la lista sigue aumentando.

2.3 ESCUELAS DE ENFERMERÍA

2.3.1 La enfermería en el mundo. Existen diferentes instituciones creadas a nivel mundial para el estudio de enfermería, se iniciara con: Las Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) estas surgieron por iniciativa de Teodor Fliedner (1800-1864), al observar las actividades de las diaconisas menonitas de

Holanda y el movimiento de reforma en las prisioneras de Inglaterra, llevado a cabo por Elisabeth Fry. Desde 1826 Teodor Fliedner y su esposa Frederika Munster, organizaron una sociedad de enfermeras visitadoras. El curso duraba 3 años y sus objetivos se centraban, básicamente en el adiestramiento de las estudiantes.⁴⁰ Se destaca la importancia del matrimonio Fliedner, en la renovación de enfermería, con el objetivo de brindar cuidado a mujeres, hombres, niños, convalecientes y enfermedades infecciosas. Crearon un hospital y una escuela de Diaconisas. Esta iniciativa contrarrestaba los cuidados prestados solo por las Diaconisas como representantes religiosas, con atuendos característicos que incluían bata de algodón azul, delantal y cofia, los cuidados eran limitados al espacio religioso esto causó controversia, pues los esposos Fliedner brindaron los mismos servicios, a nivel domiciliario, hospitalario y misiones especiales.⁴⁰

El instituto creció rápidamente sus principales temáticas estaban enfocadas en: Formación de enfermería domiciliaria, formación de enfermería Hospitalaria, aprendizaje teórico práctico del cuidado de los enfermos, adquisición de conocimientos farmacéuticos, preparación en ética y doctrina religiosa.⁴⁰

En el Hospital de Kaiserswerth, la primera Diaconiza era hija de un médico, y las enfermeras cumplían las ordenes médicas. Es de importancia destacar como en estas instituciones el cuidado fue brindado por mujeres, y que estas personas no recibían alguna remuneración salarial por su labor y cuando enfermaban eran cuidadas en la llamada "Casa Madre".⁴⁰ Este modelo de instituto fue el referente para escuelas europeas, norteamericanas y latinoamericanas, así como para Florence Nightingale y porque no decirlo que aún este modelo tiene connotaciones religiosas que contribuyen al estereotipo de la enfermería de este siglo.⁴⁰ En este libro Florence representa la imagen que tiene la mujer de sí misma como una cuidadora estricta del hogar, ella nunca se miraba como eje intelectual dentro de la sociedad.⁴⁰

La influencia del Instituto se extendió por todo el mundo, Pittsburg, Pensilvania, Jerusalén, Esmirna, Constantinopla, Beirut y Alejandría, fueron los lugares donde se inició una nueva etapa en los Cuidados de Enfermería, que más tarde se consolidarían con las aportaciones de Florence Nightingale.⁴⁰

⁴⁰HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial interamericana/McGraw-Hill, 1995. 131 p.

Posteriormente, en 1896 se da apertura en Madrid la primera escuela de enfermeras "Santa Isabel De Hungría", la cual fue fundada por los médicos españoles, Federico Rubio y Galí, como su nombre lo indica tenía una connotación religiosa además de una formación técnica, para ingresar era preciso cumplir con algunos requisitos como: pertenecer a la iglesia católica y una vez ingresaran acatarse a unas reglas que consistían en; usar alpargatas, se les obligaba a cortarse el cabello y a cubrirse la cabeza con un birrete. El final de esta escuela se dio como consecuencia de la guerra civil española, por lo tanto no hay evidencias de su programa de formación. A nivel mundial encontramos diferentes sucesos y gestores de partería por ello se quiere resaltar esta función que va de la mano del profesional de enfermería y por ende ligada al cuidado. Se encuentran referencias de comadronas en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de la Grecia y la Roma clásicas y en la misma Biblia. A lo largo de la historia las comadronas han ayudado a mujeres a dar a luz, brindado cuidados en el puerperio y educación en planificación familiar.

Ya en el año 1560, en París las comadronas tenían que superar un examen oficial para obtener el título y atenerse a prácticas normativas. De todos modos, no todas las mujeres que ejercían como comadronas tenían esta formación. En el Reino Unido las comadronas tenían escasa preparación formal y no tenían que aprobar exámenes para obtener un título oficial hasta el año 1902. EE.UU. heredó el modelo inglés.

Posteriormente, en 1917, se crean en Barcelona la Escuela Santa Madrona y la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la comunidad de Cataluña pero no comenzó a funcionar hasta 1919, un hecho significativo fue que esta escuela, estaba regida por un patronato que contaba con dos mujeres enfermeras.

En 1920 se abre en Madrid la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Española que tuvo un destacado papel en la formación del personal sanitario. De esta manera el papel de enfermería es de gran ayuda para fortalecer las políticas en salud y las intervenciones sanitarias como: Cuidado y apoyo a los usuarios; Continua evaluación y vigilancia de las necesidades sanitarias y respuesta a las intervenciones; Sensibilización y educación de los clientes y de las comunidades; Identificación de las disparidades asistenciales y desarrollo de los servicios; Prestación y coordinación de los servicios de salud en toda la gama de asistencial.

⁴⁰HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial interamericana/McGraw-Hill, 1995. 131 p.

Son varias las razones por las cuales las parteras tradicionales se han consolidado en el ámbito sanitario no formal en Colombia y América Latina. Algunas de éstas son: En América Latina, dada las difíciles condiciones socioeconómicas de la región, los sistemas de salud se han caracterizado por tener una baja cobertura de la población más pobre y una pésima calidad de los servicios sanitarios. A lo anterior se adiciona los problemas de inaccesibilidad de la población, sobre todo de los que residen en zonas rurales apartadas. En Colombia, el problema va de la mano con el desarrollo del conflicto social y armado, y el consecuente abandono del Estado colombiano de grandes regiones rurales donde hay altos índices de violencia. La poca inversión social en áreas como la educación y la salud, empeora las condiciones de vida de la población rural. Donde el acceso es difícil a causa del conflicto interno.

2.3.2 Enfermería en Latinoamérica. A nivel latinoamericano se citan los diferentes nombres de las escuelas, el año en que surgieron y sus principales características. En 1890 se crea en Buenos Aires, Argentina la primera escuela de enfermería, en el Hospital Británico, formada como una institución sin ánimo de lucro, que presta servicios de alta complejidad, además propicia espacios para docencia, académica e investigación. En Cuba en 1903, se creó el Hospital de San Juan de Dios, en donde los empleados subalternos se relacionan practicantes de Farmacia, Medicina, Cirugía y enfermeras. En Ecuador, se crea en 1906 la primera Escuela Militar de Enfermeras y en 1917 la primera escuela civil adscrita a la facultad de medicina. En México en 1907 se da inicio a la Escuela de Enfermería y en 1911 se elabora el primer Plan de Estudios para la Carrera de Enfermeras y Parteras, que se implementa durante el año de 1912. En Uruguay en 1912 se instaura la Escuela de Nurses por el Dr. Carlos Nery, que formó profesionales de enfermería reconocidos como "Nurses" en el país diferenciándolos de la práctica del auxiliar. En 1923 se crea la primera escuela en Brasil, bajo el Ministerio de Salud y los auspicios de la Fundación Rockefeller, con el objetivo principal de preparar enfermeras para los servicios de salud pública. En Chile se funda en 1927 una Escuela de Enfermeras Sanitarias; más adelante, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, se crea la primera Unidad Sanitaria Modelo, como centro de demostración y enseñanza, organizándose en un curso para enfermeras nacionales y extranjeras, y en 1928, se inicia el primer servicio de enfermería en salud pública en el Servicio Nacional de Salud.

En la mayoría de países de América latina la formación para enfermeras en sus épocas de inicio, se caracterizó por que dichas escuelas no estaban vinculadas a las universidades como tal sino que se desarrollaron en espacios como los hospitales, residencias, conventos y quienes impartían esta educación eran médicos, religiosas o señoras generosas, en tiempos de epidemias conflictos militares, calamidades y campañas sanitarias. Los títulos y diplomas otorgados

por estas escuelas eran de “Enfermeras Visitadoras”, “Enfermeras y parteras” y “Enfermeras Hospitalarias”

El desarrollo de los programas universitarios de enfermería se inició con los estudios de diplomado. La falta de enfermeras preparadas para puestos de docencia y administración era evidente. La Dra. Louise Fitzpatrick (1983) describe las siguientes cuatro fases:

Orígenes: 1939-1952. Esta fase se relaciona con la dificultad de rastrear el desarrollo de los programas de formación de las enfermeras. Sin embargo, se estaban produciendo varios acontecimientos importantes. Los programas de diplomado de diferentes tipos iban en aumento.

Etapas de transición: 1953-1964. Fue durante estos once años cuando la licenciatura fue reconocida como el nivel avanzado de la formación de enfermería. Se formularon unas pautas de organización, administración, plan de estudios y examen y se creó un Subcomité de Formación de Graduación de Enfermería.⁴¹

Regionalización: La planificación regional de la formación de diplomados se inició en la década de los 50 con la creación de dos organizaciones: el Southern Regional Educational Board (SREB) y la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE). Ambas se dedicaron a conseguir una mejora de la enfermería mediante programas de licenciatura más fuertes para preparar al profesorado.⁴¹

Maduración de la licenciatura: 1964-1975. La licenciatura de enfermería maduró y se convirtió en una acreditación importante para las enfermeras que ostentaban puestos directivos en aquellos años. Interés por la investigación y una expansión del número de programas de diplomados dentro de las especialidades clínicas. El Acta de Formación de Enfermeras de 1964 proporcionó una asignación financiera amplia para la construcción, desarrollo del profesorado, becas para las estudiantes y préstamos.⁴¹

⁴¹ HISTORIA DE LA ENFERMERIA. LA ENFERMERIA EN UN MUNDO DE TRANSFORMACION (online) Consultado: el 02-Junio-2012, a las 22:00 horas. Disponible en: [www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia de la enfermerla.htm](http://www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia%20de%20la%20enfermerla.htm)

El grado de licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería. Es evidente la revaloración de la formación, ya que el número de enfermeras que obtiene el grado de licenciatura está aumentando rápidamente.⁴¹

Hubo otros factores que inhibieron el crecimiento rápido de la preparación de doctorado para las enfermeras: la enfermería se percibía exclusivamente como una disciplina práctica; existía temor a que las enfermeras fueran eruditas y supusieran una amenaza para las jerarquías médicas; el crecimiento retardado de los programas de licenciatura dio lugar a una promoción inadecuada de candidatas al doctorado hasta los años 60; la naturaleza, orientación y dirección del doctorado de enfermería no se habían definido claramente, y faltaba un cuerpo de conocimientos científicos.⁴¹

El primer Doctorado en Ciencias de la Enfermería dentro de la rama de enfermería psiquiátrica se inició en la Boston University en 1960. La pedagogía era la disciplina más popular.

Los argumentos de Grace (1978) sobre la evolución de ciertos tipos específicos de programas de doctorado dentro de la enfermería. El primer tipo era el de la especialidad funcional, que subraya la base de metodologías y conocimientos necesarios para la enseñanza y la administración. El segundo tipo implicaba la preparación dentro de disciplinas científicas básicas sobre las que se apoyan la ciencia y el arte de la enfermería.

2.3.3 Enfermería en Colombia. Adentrándonos en la historia de la enfermería en nuestro país, en 1867 se establece “un curso especial teórico. Practico para comadronas y parteras en el Hospital San Juan De Dios de Bogotá, dictado por el profesor de la Universidad Nacional y jefe de la clínica de servicio. Otro suceso destacado en Colombia se da en Cartagena en 1903, en el cual el doctor Rafael Calvo preparaba personal de enfermería en forma empírica, al igual que otros médicos, con el fin de apoyar su labor, en 1924 se reconoció el entrenamiento y se les otorgo el “Diploma de Enfermeras” y desde esta fecha fue fundada oficialmente la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Cartagena.⁴²

⁴¹ HISTORIA DE LA ENFERMERIA. LA ENFERMERIA EN UN MUNDO DE TRANSFORMACION (online) Consultado: el 02-Junio-2012, a las 22:00 horas. Disponible en: [www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia de la enfermerla.htm](http://www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia%20de%20la%20enfermeria.htm)

⁴². VELANDIA MORA, Ana Luisa. La enfermería en Colombia. Análisis Socio histórico. Artículo original

Lo que comenzó como un curso de enfermería práctica, en el Hospital de La Misericordia de Bogotá por gestión de Doctor José Ignacio Barberi en 1912 y en noviembre de 1915, concedió a 6 jóvenes el diploma de “Idoneidad en Medicina y Enfermería”, 1917 en el Hospital San Juan de Dios se otorga el “Titulo de Enfermera” a nueve señoritas.⁴²

Con el objetivo de fundar una escuela de enfermeras con todos los requisitos de la técnica es invitada por la Cruz Roja Colombiana en 1919, la enfermera Belga Madame Ledoux, en esta escuela las primeras estudiantes fueron señoritas de la alta sociedad Bogotana.

Las personas que fueron instruidas en estas escuelas prestaban un gran servicio a la sociedad, pero su formación está basada en cursos esporádicos dirigidos por médicos en hospitales u otras instituciones a cargo de enfermeras. No se demerita las acciones realizadas pero hasta esa época no existía una escuela de enfermería con un programa estructurado.⁴²

En Medellín el doctor Miguel María Calle abrió un curso de enfermería en la Universidad de Antioquia, en 1917. En 1925 se establece la enseñanza de comadronas y enfermeras en la Facultad Nacional de Medicina; esta escuela debía preparar al personal laico que pudiera prestar satisfactoriamente el servicio de enfermería en la capital del país, especialmente en el Hospital San Juan de Dios. La atención de enfermería venía siendo dispensada por comunidades religiosas, inicialmente hacia 1768 por los Hermanos de San Juan de Dios, y a partir de 1873 por las Hermanas de la Presentación solicitadas por el *Síndico* del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

El plan de Estudios era de dos años y las asignaturas eran cinco: anatomía y fisiología, medicina, cirugía, partos, pediatría y puericultura. Como es evidente, la educación de enfermería en esta época estaba orientada a las especialidades médicas, además, los profesores eran médicos. En 1926, bajo la dirección del doctor Calle y el doctor Eliseo Velásquez se estableció un curso de enfermería en el Colegio de María Auxiliadora en donde solo se graduaron un grupo de enfermeras religiosas.⁴²

La Ley 35 de 1929, reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina en Colombia y en su artículo 11 comprende la profesión de odontólogo al lado de la de veterinarios, homeópatas, farmacéuticos, comadronas y enfermeras.⁴²

⁴². VELANDIA MORA, Ana Luisa. La enfermería en Colombia. Análisis Socio histórico. Artículo original

En 1930 tenemos como pionera de la enfermería y representante de La Cruz Roja Nacional a Beatriz Restrepo. Con la ayuda de la Fundación Rockefeller, se crea la Escuela de Enfermeras Visitadoras, en la recién creada Dirección Nacional de Higiene; posteriormente, las hermanas Isabel y Ana Sáenz Londoño crean la Escuela del Centro de Acción Social Infantil de Bogotá, que era privada y otorgaba el título de “Enfermera Social”; y al final de la década, la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja.⁴²

En Colombia en 1937 el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia dictó un acuerdo por el cual se reorganizó la Escuela de Comadronas y Enfermeras que venían funcionando en el Hospital San Juan de Dios. Su nombre se cambió después por Escuela Nacional de Enfermeras; su sitio de prácticas era el Hospital San José y las prácticas las supervisaban las religiosas que no siempre eran enfermeras. El objetivo principal de la Universidad era que la escuela dependiera directamente del organismo universitario y que sus egresadas tuvieran conocimientos teóricos y prácticos para la correcta atención de los enfermos.⁴²

Un aspecto destacado de la reorganización fue la asignación de la dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras a cargo de una enfermera provista de títulos, una norteamericana y cabe exaltar que se trató de la primera mujer en ocupar cargos administrativos en la Universidad. Este nombramiento logró grandes cambios en la carrera y un reconocimiento de las enfermeras como profesionales, la Universidad se preocupó por la escuela, aceptó y comprendió la necesidad de conocer más sobre la carrera, dentro de la sociedad y la misma Universidad. De esta Escuela salieron enfermeras de magnífica preparación, se expidieron 67 diplomas producto de un plan de estudios con administración hospitalaria, estadística y elementos de las ciencias sociales, con el enfoque higienista de la época, con duración de tres años y un título otorgado de Enfermeras Generales, Enfermeras Hospitalarias, o Enfermeras Visitadoras Sociales.⁴²

2.3.4 Enfermería en Popayán. Antecedentes Históricos en Popayán El Programa de Enfermería se crea el 3 de agosto de 1970 mediante Acuerdo N° 10 de febrero 26 de 1970 del Consejo Superior de la Universidad del Cauca.⁴³

⁴² VELANDIA MORA, Ana Luisa. La enfermería en Colombia. Análisis Socio histórico. Artículo original

⁴³ Antecedentes Históricos. Programa de Enfermería. Universidad del Cauca (online) Consultado el 07-mayo-2012. 14.00 horas. Disponible en: www.unicauca.edu.co/versionP/oferta-academica/programas-de-pregrado/enfermeria.com

El programa inicia con un plan de estudios de tres (3) años y sus egresados se titulaban como ENFERMEROS GENERALES. El recurso docente estaba constituido por cuatro enfermeras, una de ellas la Directora del programa organizado como ESCUELA DE ENFERMERIA en la División Ciencias de la Salud.⁴³

En 1980 se reforma el plan de estudios y se adopta un plan de Currículo por Ciclos otorgando el título de TECNÓLOGOS EN ENFERMERÍA, en 1985 cambia estructura orgánica a la de DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA adscrito a la Facultad Ciencias de la Salud; la planta de docentes se incrementó a 17 profesores algunos de ellos con Maestría en Salud Pública y Educación, Especialización en Salud Mental, Cardiorrespiratorio y Perinatología. Posteriormente, como consecuencia de la Ley 80 de 1980 se adopta la modalidad de Currículo integrado de formación universitaria con componente de Investigación, además de Asistencia, Administración y Educación. Los egresados se reciben como ENFERMEROS.⁴³

Hacia 1990 se inicia un importante proceso de cooperación interinstitucional y mediante convenio entre las Universidades de Cauca, Valle y la Fundación W.K.Kellog y con el propósito de desarrollar de manera importante la formación de posgrado y la capacitación de docentes al nivel de maestría se realizan posgrados a este nivel con la participación de un buen número de docentes del programa.⁴³ A partir del primer período académico de 1997 el programa pasa a ser de diez (10) semestres y cuenta con un personal docente capacitado a nivel de maestrías y especialización en un 95%. El enfoque pedagógico en la formación del nuevo profesional se fundamenta en la formación social, humanística, administrativa, científico - clínica y preventiva en atención a la moderna organización del sistema de salud del país regulada por la ley 100 de 1993 que exige que el profesional de enfermería lidere y dinamice los procesos de desarrollo local, regional y nacional en materia de salud.⁴³

2.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

2.4.1 Enfermería como profesión. Se caracteriza por un mayor grado de conocimientos aportados por distintas disciplinas, mediante las cuales se establece el cuerpo del trabajo, representado en Teorías y Modelos que sustentan el quehacer de la enfermería; autonomía que se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en la labor y que asegura el

⁴³ Antecedentes Históricos. Programa de Enfermería. Universidad del Cauca (online) Consultado el 07-mayo-2012. 14.00 horas. Disponible en: www.unicauca.edu.co/versionP/oferta-academica/programas-de-pregrado/enfermeria.com

derecho a la práctica profesional; utilización del método científico que permite fundamentar la práctica de los cuidados, con el fin de mejorar la atención brindada a las personas; desarrollo código de ética profesional, responde, a la confianza que ha depositado la sociedad en la idoneidad de los profesionales de enfermería, a las expectativas de excelencia de la profesión misma, la sociedad y el Estado⁴⁴

Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta, eminentemente humanista, se preocupa del hombre desde el punto de vista holístico integral que identifica a la profesión. Todo lo anterior se logra por un proceso continuo y escalonado en el cual la ocupación puede cambiar de acuerdo a las necesidades y acontecimientos de la sociedad.

A lo largo de la historia se ha hecho la suposición de que la enfermería es un arte innato de la mujer lo cual ha obstaculizado su desarrollo y continuación como profesión, además esta es aun vista como una parte del cuidado médico, demeritando las habilidades, conocimientos y autonomía propios de la profesión.

El profesional de enfermería se puede desempeñar en áreas como: investigación con la capacidad de crear; docencia para fomentar el desarrollo académico de las personas; administración con el fin supervisar, organizar y velar por el cumplimiento de las funciones; asistencial para brindar los cuidados apropiados al individuo. Todo esto requiere de las cualidades de la profesión que incluyen: crear y construir permanentemente conocimientos, adaptación y organización frente al entorno mediante un pensamiento crítico.

2.4.2 Enfermería como disciplina. Un hecho que parece estar bien claro es que la enfermería es considerada una profesión, la cual está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia. Una disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina, porque describe, analiza y confiere unos conocimientos disciplinares, ordenándolos en un mismo límite y validez, producen la clara diferenciación del objeto disciplinar. Precisamente es esto lo que confiere identidad a una disciplina.

⁴⁴ La humanización del cuidado a la luz de la ley 911 del 2004. Revista de Enfermería. (Online) Consultado el 23-mayo-2012. A las 22 horas. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1032007/Editorial.htm.

Enfermería, es una disciplina , puesto que se compone por fundamentos filosóficos, históricos, éticos, un cuerpo de conocimientos y teorías que derivan de una manera muy particular la forma de entender el fenómeno de salud de los seres humanos en relación con el ambiente, es decir una razón holística del ser, se focaliza en las respuestas de este frente a los problemas de salud actuales o potenciales, lo que permite explicar, predecir o controlar los fenómenos que abarcan el ámbito de la enfermería , comprende todas las técnicas que se utilizan para producir este conocimiento .

La misión de la Enfermería en América Latina, en la naturaleza de la profesión, se conjuga el ser disciplina, profesión y práctica social, cuya misión es el cuidado especializado del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida. Su acción está orientada por principios y fundamentalmente científicos humanísticos y éticos del respeto a la vida y a la dignidad humana, su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multiprofesional y en equipo con visión totalizadora del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental.

Enfermería debe dar respuesta a los problemas y necesidades de salud actuales y futuras de la población. Considerando, los principios de Universalidad, equidad, desarrollo local y la incorporación y desarrollo de la promoción de la salud como base de modelo de atención sanitario. También desarrolla y utiliza tecnologías apropiadas en cada nivel de atención las que deben estar orientadas no solo a aspectos curativos si no con un fuerte énfasis en la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo. Enfermería cuenta con dos grandes dimensiones: la profesional y la disciplinar. La profesión aborda el desempeño de la práctica y la disciplina se preocupa por el desarrollo del conocimiento, enriqueciendo la profesión desde su esencia y profundizando el sustento teórico de la práctica.

A la vez una disciplina tiene unas características que las determinan como tal: Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber. Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar. Organizan los conocimientos con el lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos. Para finalizar, cabe resaltar acerca de la construcción disciplinar, la cita de Esteban Albert, M.: "Una disciplina como ciencia debe pensarse y construirse desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias".

2.4.3 Enfermería como ciencia. Conjunto de conocimientos sistemáticamente estructurados obtenidos mediante la observación de patrones regulares, de razonamientos y de experimentación en ámbitos específicos, de los cuales se generan preguntas, se construye hipótesis, se deducen principios y se elaboran leyes generales y esquemas metódicamente organizados. Algunas características de la ciencia o método científico es: sistemática acumulativa metódica, comprobable y especializada. Si nos referimos a la ciencia en enfermería son acciones que nos fortalecen para realizar esa transición de una profesión para a adquirir esa categoría de una disciplina y esta con carácter científico, que le da mayor rigurosidad y valides a la profesión, con algo científicamente comprobado. Una herramienta con la que cuenta el profesional de enfermería en su labor asistencial es el Proceso de Atención de Enfermería esta brinda un orden; y además permite realizar educación sobre modificación del estilo de vida, promover y fomentar el bienestar del paciente favoreciendo una adecuada comunicación y la mejor de las interacciones en la relación enfermero paciente, una valoración adecuada de los pacientes permite establecer intervenciones de acuerdo a las patologías, cada intervención con su fundamento científico. Todo esto permite un seguimiento de la evolución del paciente y una posterior evaluación del actuar profesional.

De esta manera con la ciencia pone a prueba a cada instante las propias bases teóricas y fomenta el desarrollo académico de los profesionales que la ejercen. Se ejemplifica con el PAE como método científico de trabajo, en el cual se caracterizan y evidencian los valores humanos de la profesión. Se plantean los principios éticos y bioéticos que rigen el modo de actuación de la enfermería profesional.

Se concluye que la utilización del proceso de atención de enfermería como método científico de trabajo logra una mayor comunicación e interacción entre los pacientes, el personal de enfermería y el resto de los profesionales del sistema, y contribuye a convertirlos en agentes de cambio, defensores y colaboradores de la profesión.

Enfermería se fortalece con el método científico, enriqueciendo la profesión mediante la investigación y ese debe ser el desafío la construcción de conocimiento.

En el siglo XX enfermería continua su evolución hacia un enfoque disciplinar con dos dimensiones de gran importancia: ciencia y aplicación. Las Disciplinas profesionales tales como Leyes, Medicina, y Enfermería, van directamente hacia objetivos prácticos y así generan teorías tanto prescriptivas como descriptivas. Es de importancia recalcar la diferenciación entre profesión y

disciplina; La profesión aborda el desempeño de la práctica y la disciplina se preocupa del desarrollo del conocimiento enriqueciendo la profesión desde su esencia y profundizando el sustento teórico de la práctica. Si los conocimientos que genera la Disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente lo que limitará la evolución de la profesión.

2.5 MARCO NORMATIVO Y LEGAL

Las Organizaciones Nacionales de Enfermería: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC , la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE, y los tribunales éticos departamentales, en cumplimiento de su compromiso social vienen coordinando sus acciones, buscando fortalecer el desarrollo y el avance de la Profesión, propiciar cuidados de salud y de enfermería de calidad y condiciones dignas y justas de trabajo para las enfermeras colombianas. Estas acciones están soportadas en el marco legal del ejercicio de la Profesión en el país, contenido en la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería y en la Ley 911 de 2004, de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión y el régimen disciplinario correspondiente.

2.5.1 Ley 266 de 1996. Esta ley reglamenta la profesión de enfermería y contempla entre otros los siguientes aspectos, del objeto y de los principios de la práctica profesional, de la naturaleza y ámbito del ejercicio, del consejo técnico nacional de enfermería, del tribunal de ética de enfermería, del registro de los profesionales de enfermería y definición de las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales. Entre los cuales se resaltan los siguientes capítulos:

Capítulo I. Del objeto y de los principios de la práctica profesional artículo 1o. objeto. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Artículo 2o. principios de la práctica profesional. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física,

social, mental y espiritual. ; Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.; Dialoguicidad. Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.; Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.; Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

Parágrafo. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

Capítulo III. Artículo 6o. funciones. Son funciones del Consejo Técnico Nacional de Enfermería las siguientes: Analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana y proponer metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo en todos los niveles de atención en salud, proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería, definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería, definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería, elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería en concordancia con los cambios socioeconómicos, técnicos, científicos y el sistema de seguridad social en salud, dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería, establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional.

Capítulo VI. Definición de las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales artículo 17. Las competencias del profesional de enfermería en Colombia.

De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y naturaleza social del ejercicio y para efectos de la presente Ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias: Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería, establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud, definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería, dirigir los servicios de salud y de enfermería, dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales, ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Parágrafo. Dentro de este contexto legal del ejercicio profesional en reglamentaciones especiales, se asignará el campo de desempeño específico del profesional de enfermería con educación de postgrado: especialización, maestría, doctorado y postdoctorado.

Artículo 18. La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, establecerá los criterios para fijar los sistemas tarifarios y los honorarios del profesional de enfermería en el ejercicio libre de su profesión.

Artículo 20. Los deberes del profesional de enfermería. Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes: Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.

Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición, orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución, velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta

de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

Artículo 21. Los derechos del profesional de enfermería. Son derechos del profesional de enfermería: Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal, recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales internacionales, acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social, ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería, proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería, contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros, tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana, definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

Referente a la ley 266 de 1996 el profesional de enfermería deberá cumplir diferentes competencias dentro de políticas nacionales en los programas de salud con diferentes roles en la aplicabilidad de las mismas, ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas⁴⁵

La calidad de la atención por parte del profesional en el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales.

⁴⁵ El congreso de Colombia. Ley 266 de 1996 (En línea) Consultado el 04-junio-2012. A las 18 horas. Disponible en: (www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf)

La formación básica del profesional de enfermería, implica el control y evaluación de los servicios en las instituciones de salud aplicando estándares de calidad, dirigir los servicios de salud y de enfermería. Con las siguientes competencias: Brindar atención de forma integral y coordinar su labor con el equipo multidisciplinar, proporcionar atención de calidad sin ninguna distinción sociocultural o económica.

Las acciones del profesional de enfermería deber regirse por el Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por el Código de Ética del CIE.

2.5.2 Ley 911 de 2004. Consta de los siguientes títulos. De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería, fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería, responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica, del proceso deontológico disciplinario profesional, vigencia y derogatoria. Dentro de los cuales se destacan:

Capítulo I. Declaración de principios y valores éticos. Artículo 1o. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Artículo 2o. Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.

Capítulo II. Del acto de cuidado de enfermería. Artículo 3o. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

La ley 911 de 2004. Versa sobre la responsabilidad deontológica para la actividad del profesional de enfermería teniendo en cuenta el régimen disciplinario hace referencia a los siguientes aspectos: Condiciones para el ejercicio de la enfermería y los principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.⁴⁶

2.5.3 Competencias Tunning. El Proyecto Tunning, como se le conoce actualmente, tuvo sus comienzos y empezó a desarrollarse dentro del amplio contexto de reflexión sobre educación superior que se ha impuesto como consecuencia del acelerado ritmo de cambio de la sociedad. El proyecto está especialmente en el proceso de La Sorbona Bolonia-Praga-Berlín. La necesidad de compatibilidad, comparabilidad y competitividad de la educación superior en Europa ha surgido de las necesidades de los estudiantes, cuya creciente movilidad requiere información fiable y objetiva sobre la oferta de programas educativos. Además de esto, los (futuros) empleadores dentro (y fuera) de Europa exigirán información confiable sobre lo que significan en la práctica una capacitación o un título determinado. Un área social y económica europea tiene que ir paralela a un área de educación superior.

Una de las razones fundamentales para la creación del proyecto Tunning fue la necesidad de implementar a nivel de las instituciones universitarias el proceso que siguió a la Declaración de Bolonia de 1999, El proyecto se orienta hacia competencias genéricas y específicas a cada área temática de los graduados de primero y segundo ciclo.

Competencias genéricas. Capacidad de abstracción, análisis y síntesis, capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica, responsabilidad social y compromiso ciudadano habilidades en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, capacidad de investigación, valoración y respeto por la diversidad y la multiculturalidad, Compromiso con la calidad.

⁴⁶ El congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (En línea) Consultado el 04-junio-2012. A las 18 horas. Disponible en: (www.elabedul.net/Documentos/Leyes/.pdf

El proyecto Tunning América latina surge en un contexto de intensa reflexión sobre educación superior, tanto a nivel regional como internacional. Hasta finales de 2004, Tunning había sido una experiencia exclusiva de Europa, un logro de más de 175 universidades.

En términos teóricos, el proyecto Tunning América Latina remite implícitamente a un marco reflexivo- crítico, producto de una multi-referencialidad, tanto pedagógica como disciplinaria, para compatibilizar sus líneas de acción. En este proyecto se definen las competencias específicas de enfermería

Competencias Específicas de Enfermería: Capacidad para aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad considerado las diversas fases de ciclo de vida en los procesos de salud – enfermedad, habilidad para aplicar la metodología del proceso de enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda, habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutiva para satisfacer las necesidades de salud prioritarias, emergentes especiales.

El nuevo siglo plantea retos, a nivel educativo, social y empresarial lo que implica que el profesional tenga crítica y pertinencia integral, aplicando la enseñanza basada en las competencias para aumentar el conocimiento y ajustar las carreras a las necesidades de la sociedad, cumpliendo así con los desafíos planteados en este tiempo.⁴⁷

2.6 DEFINICIÓN DE RECONOCIMIENTO SOCIAL DE ENFERMERÍA.

El reconocimiento social de enfermería hace referencia al conjunto de rasgos que caracterizan a una persona ante la sociedad en donde intervienen la opinión, apreciación, desempeño y demanda del trabajo.

Las siguientes variables influyen en el reconocimiento social de la profesión: Autonomía, liderazgo, rol de enfermería, responsabilidad en la labor, conocimiento. Estereotipos (Género femenino, Jerarquización, medios de comunicación) condiciones y demanda laboral, humanización del cuidado e identidad profesional.

⁴⁷ Senado de la República de Colombia | Información legislativa. (En línea) Consultado el 04-junio-2012. A las 16:44 horas.: Disponible en: www.secretariasenado.gov.co.

Autonomía. En términos profesionales autonomía significa que el grupo ocupacional tiene un control sobre su propia práctica, su propio ejercicio. Autonomía se define como la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones actividades o ambas. El grupo profesional identifica sus códigos éticos, políticas y procedimientos estándar, y así vigila su panorama de ejercicio. Autonomía también significa que el grupo tiene una organización profesional a la cual pertenecen sus miembros.⁴⁸

Una de las características que constituyen el status profesional es la autonomía construida por el desempeño, las habilidades y el pensamiento crítico que caracterizan la labor de enfermería, además tiene en cuenta que para garantizar la autonomía se basa en el principio del respeto. Las labores desarrolladas y jerarquización de cargos repercuten con una disminución de la autonomía.

Liderazgo. Se define como el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de los miembros de un grupo, dentro de este marco la enfermería cumple un rol protagónico debiendo liderar el equipo de salud para asegurar el cuidado de calidad al cliente. El liderazgo como desafío busca mejorar la salud de las personas y de las poblaciones en una época en que aumenta las necesidades, la demanda, las expectativas de los consumidores y los costos. Obtener el mejor equilibrio entre la necesidad, el conocimiento y los recursos. Hacer los servicios más accesibles. Algunas enfermeras tendrán responsabilidades directas de gestión de los servicios de enfermería. Otras tendrán responsabilidades de gestión y administración más amplias. Cualquiera que sea su rol, las enfermeras que ocupan puestos de liderazgo y gestión de los sistemas de salud durante la reforma y el cambio de esos sistemas necesitan una amplia gama de conocimientos y capacidades.⁴⁹

Son múltiples los trabajos de enfermería a nivel administrativo, docente, investigativo, asistencial y comunitario, que aportan al reconocimiento social de la profesión.

⁴⁸ HERMANDAD de Flexner Autonomía La American Nurses Association (ANA) (Asociación Norteamericana de Enfermería)

⁴⁹ AUCCASI ROJAS Marcelino, MARQUEZ PARIENTE Sol Mary, European Intitute Fo rLeadership, (en línea) El liderazgo en enfermería. p.3.Consultado el: 05-junio-2012. A las 11:55. Disponible en: <http://europeanleadership.com/wp-content/uploads/2011/01/Liderazgo-en-enfermeria.pdf> roles de enfermería.

Enfermería en el área clínica asistencial, generalmente es la más conocida con la que se identifican las enfermeras, para las personas sanas tiene como objetivos: conservar la vida, la salud y bienestar fomentando la salud previniendo la enfermedad. En las personas enfermas el cuidado va dirigido a: atender necesidades básicas de la enfermedad, proporcionar medidas de bienestar para evitar molestias, apoyo para la adaptación a la enfermedad, ayudar a la motivación para la recuperación de la salud, ayudar a una muerte digna. Este se desarrolla a través de una buena anamnesis, valoración del estado de salud, formulación de objetivos para el cuidado, toma de decisiones para las acciones a realizar, organización de los recursos disponible y evaluación de los resultados.

Enfermero en el área docente, se basa en la formación orientada al cuidado integral al paciente, teniendo en cuenta que la enfermería se ocupa de un aspecto concreto de las necesidades sociales, la actividad docente comprende una serie de acciones encaminadas a formar a todo el personal apto para el cuidado y esta formación incluye: profesionales en todos los niveles (básico, superior y especializado), favorecer el aumento de conocimientos a través de cursos, conferencias, congresos, que promuevan la permanente actualización de los conocimientos en enfermería.

Enfermero en el área administrativa, tiene responsabilidad de planificación, organización y control de los servicios de enfermería. La administración se define como: actividad sistemática que desarrolla un grupo humano, empleando una serie de recursos para conseguir un fin eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido. Esta coordina los esfuerzos de las personas que prestan los cuidados de enfermería con el fin de que se consigan los objetivos, desarrollando se en los distintos campos de actuación de forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a las necesidades ya asegurando el uso adecuado de los recursos con los que cuenta.

Enfermero en el área de investigación, según M, Moliner, "investigar es hacer gestiones o diligencias para llegar a saber cierta cosa". La investigación es un proceso sistemático, formal y riguroso, que trata de obtener soluciones a los problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones. Los motivos para investigar son: buscar soluciones a los problemas planteados, permitiendo obtener mayores conocimientos científicos que permite desarrollar teorías, profesionalizar las actividades de enfermera con el desarrollo de los conocimientos, mejorar el servicio a la sociedad validado con la práctica. En definitiva, la investigación aporta, a través del incremento del conocimiento y mejora de los servicios, un elemento importante para la profesionalización de la enfermería: valorar los hallazgos, sentar las bases conceptuales más

adaptadas a la práctica, delimitar las áreas de responsabilidad propias a la profesión.

Responsabilidad. El reconocimiento social está dado de acuerdo a las funciones que desempeña el profesional de enfermería con conductas como la responsabilidad que conlleva esta toma adecuada de decisiones y realizar diferentes actividades con la ética necesaria, ejerciendo un liderazgo en su medio laboral con capacidades para la resolución de problemas entablando una adecuada comunicación con el equipo y diferentes personas con las que interactúa en la cotidianidad, donde es preciso actuar de acuerdo a valores en el plano moral, con un afrontamiento positivo para mejorar a nivel laboral, social, cultural y actuar conscientemente, respondiendo con sus obligaciones.

Conocimiento. Es importante tener en cuenta que el estatus, también nos lo da el criterio desconocimientos y una educación especializada que es un proceso dinámico que evoluciona a la par de las ocupaciones. El primero supone una teoría sistemática y una técnica especializada. La segunda se refiere a la educación que se obtiene en una institución de estudios avanzados, específicamente colegios y universidades. Un enfoque alternativo para el conocimiento es considerarlo como un proceso continuo a escala sobre la cual una ocupación puede cambiar.

En una profesión como es la Enfermería donde 8 de cada 10 enfermeras son mujeres, parece conveniente reflexionar acerca de cómo el género puede influir en la profesión y el pensamiento enfermero. La Enfermería se asocia a las características del rol femenino condicionadas por su ser social. A las mujeres, según Piqué Prado, se les ha atribuido un papel social caracterizado por la sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia y fragilidad. Mientras que a los hombres se les define como el control, fuerza, actividad y dominio.⁵⁰ "Al preguntarnos ¿qué papel juega el género en el pensamiento y cuidados enfermeros? elaboramos las siguientes hipótesis. La primera de ellas, es que el hecho de ser mujer influye de manera muy directa a asociar parte de los cuidados enfermeros a acciones consideradas intrínsecamente femeninas y sujetas a falta de medición y valoración económica. El hecho de que nuestra profesión sea mayoritariamente femenina hace de ella un colectivo básico para analizar el valor asignado a los cuidados desde una perspectiva de género, lo que supondría una mirada específica y una revisión de los valores asignados por la sociedad patriarcal en la que vivimos.

La segunda hipótesis es que la eficacia simbólica que asigna valor a los cuidados visibles e invisibles es eficaz, no sólo en la sociedad, y por tanto en el

pensar general, sino como demostrará este trabajo también en las instituciones, en los médicos y médicas, en los familiares, amigos, usuarios e incluso en los propios compañeros de profesión'⁵⁰

Los estigmas y estereotipos que impone la sociedad a determinadas profesiones crean imágenes distorsionadas de su verdadero rol y de la contribución que hacen a la comunidad. Los medios de comunicación exponen un papel equívocamente, de la imagen mostrándola como una enfermera con una toca en la cabeza y con un toque bastante erótico, ocasionando una imagen sexista de la enfermera, estos aspectos negativos de cómo visualizan. Además se da conocer solo las funciones ligadas mucho más a un perfil de técnico que de profesional. En donde enfermería se dedica a poner inyecciones, realizar curaciones y tomar la presión arterial, sin decisiones independientes, nada más alejado de la realidad. Ya que las funciones propias van más allá de lo mencionado anteriormente El profesional de enfermería es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de las personas y sus familias, protege de factores de riesgo, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocero y defensor del paciente.

Su contribución es innegable en la salud de la población, de hecho la Organización Mundial de la Salud afirma que enfermería es una pieza clave para realizar un verdadero cambio en la cobertura y calidad de los servicios de salud. Su contribución es innegable en la salud de la población, de hecho la Organización Mundial de la Salud afirma que enfermería es una pieza clave para realizar un verdadero cambio en la cobertura y calidad de los servicios de salud.⁵¹

Jerarquización. La jerarquización de cargos es otra de las influencias en el reconocimiento social de la profesión. Enfermería ha luchado por demostrar que cumple con los criterios de una profesión plena. Se supone que cumplidos los criterios la sociedad otorga el status profesional y el prestigio a la Enfermería.

⁵⁰ FAJARDO TRASOBARES M^a Esther, GERMÁN BES Concha: Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Granada, otoño 2004 Vol. 25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200002>

⁵¹ PAREDES Lorena. Imagen social de la enfermera. Publicado: 17/ Diciembre /2010.

Sin embargo externamente aún es vista como parte del “cuidado médico”, y éste se considera equivalente a todos los cuidados a la salud, donde enfermería es asociada como una persona dependiente del médico para llevar a cabo sus funciones, entendida erróneamente como auxiliar del médico, donde su actuar se vuelve invisible y para que sea visible debe constituirse en un reto, una lucha por qué enfermería sea reconocida aunque en este proceso se puede reñir con otras profesiones en busca de un reconocimiento pleno. Este aspecto interfiere con la percepción que se tiene a cerca de la subestimación por parte del equipo de salud.⁵¹

Condiciones y demanda laborales. Para apoyar el estatus profesional se tienen en cuenta los ambientes profesionales. Como la comunidad y dentro de ella la forma en que Enfermería llega a ella o presta diversos servicios, y para garantizar una adecuada respuesta a la demanda laboral enfermería aporta con la organización del servicio de enfermería, brindando un servicio a los pacientes, claro está que un servicio completo en un centro médico está dado por un equipo multidisciplinar, y el éxito de un servicio depende de la articulación de funciones de un equipo y organización.⁵¹

En fin, buenas acciones se destacan en el ser, que hacer además del pensar del profesional de enfermería, excelentes intenciones lo que hay que poner en claro es cuál es el debate que se da para que haya las condiciones laborales, políticas óptimas para desarrollar una buena labor en enfermería y como esto contribuirá al reconocimiento de la profesión.

Un análisis del contexto sociopolítico de la salud, en el que se evidencian los efectos perversos que se ciernen sobre la salud de hoy en día en Colombia, producto de las políticas y de seguridad social, que en el actual modelo neoliberal ha diseñado y puesto en práctica a través de la ley 100 de 1993 y todas sus reglamentaciones, que desdibujaron la salud como derecho y la convirtieron en jugosa mercancía para el sector rentista. En este contexto surge la primera premisa “ las condiciones en que estamos ejerciendo enfermería en nuestro medio son de pauperización social y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida y familiar, profesional, institucional y social, del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del cuidado de la salud como bien público y todo lo que hasta hoy en día hemos conquistado en el reconocimiento social de la profesión y todo el cuerpo de conocimiento disciplinar. Todo ello está obligado a ejercer un cuidado en la adversidad.⁵²

⁵¹ PAREDES Lorena. Imagen social de la enfermera. Publicado: 17/ Diciembre /2010.

⁵² ROMERO VALLEN María Nuvia. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Presencia, Vol. 1, No. 1, junio 2005, pp. 3, 6, 7,

Vemos como los cambios políticos a nivel de salud y seguridad social, generados a partir de la ley 100 del 1993 repercuten en el ámbito profesional de enfermería, es aquí donde se evidencia la verdadera intención de un gobierno “neoliberal” que cada día fortalece al capitalismo y poco a poco entrega su responsabilidad de estado al sector privado a quien solo le interesa el sector financiero, y lo único que lo mueve son intereses netamente económicos.⁵²

Estos cambios en la ley generaron nuevas condiciones, y por ello diferente respuesta y adaptación. Para brindar atención a la población de acuerdo a la reforma. Esto generó un desbalance y confrontación entre el recurso humano para la operación del sistema con la oferta. Esto por la ampliación la cobertura de afiliación al sistema, resultando en mayor demanda. Y por ello se aumentó la carga laboral donde el profesional tiene más personas a su cargo, además de las actividades de escritorio que debe realizarse, todo esto contribuye a restarle tiempo al contacto con los pacientes, y/o comunidades, perdiéndose así la integralidad del cuidado con unas condiciones de trabajo que decaen para los profesionales de enfermería, la negación de unas condiciones dignas de vida, al negar las posibilidades de una estabilidad laboral, se da una alteración de la autonomía profesional, y el derecho de asociación. Todos estos factores se ven alterados con las reformas a la ley en nuestro país.⁵²

Sumado a esta problemática está la forma de contratación donde al profesional se le vincula en trabajos informales, sin condiciones de estabilidad y seguridad social, vulnerando el derecho a un trabajo digno de acuerdo a sus estudios y la inversión que realizó para obtener su título. Estas políticas “modernas” de contratación expropian el estatus profesional logrado con la producción del conocimiento que enfermería obtiene por su labor en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta expropiación del estatus es calificada como la “proletarización” profesional por la vinculación laboral a través de la intermediación ha rebajado en algunos casos en un 50% o más el salario. Y así este trabajo no se considera digno para los y las enfermeras.⁵²

Esta nueva realidad, imposible de ignorar desde el punto de vista de la flexibilización laboral, ha generado nuevas formas de contratación, algunas de las cuales ya están reguladas jurídicamente y otras se encuentran aún en el terreno de los hechos. El propósito es garantizar la mayor eficiencia de los recursos humanos y disminuir cargas económicas a los empresarios.

⁵² ROMERO VALLEN María Nuvia. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Presencia, Vol. 1, No. 1, junio 2005, pp. 3, 6, 7,

Las formas de contratación que se han desarrollado a la luz de la flexibilización laboral entre otras se destacan las siguientes: El Teletrabajo: El Outsourcing: Cooperativas de trabajo asociado. La política de flexibilidad laboral fomenta una contratación indirecta en vez de ser directa y lo único que hacen las “cooperativas” que ni deberían llamarse así ya que lo que hacen es ser intermediarios y extraen de los salarios un porcentaje alto. Además de esto se debe pagar por sus prestaciones sociales, y para completar la afiliación a los riesgos profesionales. Es por ello que enfermería debe asumir con responsabilidad los desafíos, actuar con liderazgo y contribuir al mejoramiento de las condiciones laborales sean cuales sean las estrategia para defender la profesión a crear resistencia ante las políticas adversas y esto se puede lograr más fácilmente mediante la unión y organización gremial, con mucho compromiso para lograr verdaderos cambio en pro de la profesión y en esta caso en pro del reconocimiento social de la profesión en el espacio laboral cabe destacar nuestras organizaciones la ANEC (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia), ACOFEEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería) y el Consejo Técnico Nacional de Enfermería.⁵²

Un ente en enfermería a nivel internacional es el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y esta vela por los intereses de los profesionales en este caso el CIE aboga por 13 principios claves, como marco para la contratación ética de enfermeras, en el ámbito nacional e internacional, estos principios son: Planificación y desarrollo eficaces de recursos humanos, regulación creíble de la Enfermería. Acceso al pleno empleo, libertad de movimiento, fin de las discriminaciones, Contratación de buena fe, salario igual por trabajo de igual valor, acceso a procedimientos de denuncia y entorno laboral seguro, orientación, tutoría y supervisión eficaces, libertad de asociación ,regulación de la contratación. Con estas condiciones de contratación que no garantizan un adecuado desarrollo de la profesión ni contribuyen a los retos que se plantean en la labor por esto es preciso defender nuestros derechos humanos.⁵³

Humanismo. Los humanistas de todas las corrientes filosóficas, proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos, incluido el de gozar del bienestar, la paz, el progreso y el respeto mutuo para la convivencia, siendo en este marco donde la enfermería se nutre para mantener la humanización en sus actuaciones.⁵⁴

⁵² ROMERO VALLEN María Nuvia. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Presencia, Vol. 1, No. 1, junio 2005, pp. 3, 6, 7,

⁵³ CIE desarrolla los principios para la contratación ética de enfermeras. Tomado de la Publicación “International Nursing Review” Volumen 49, 69-74, junio 2002.

⁵⁴ACOSTA QUERALTA Leister G. FREIRE CARDOSO José Fernando. El Modelo de Actuación de Enfermería y su Valor Humanista. Publicado miércoles 8 julio de 2009

Enfermería ha heredado de su proceso histórico una filosofía de responsabilidad para el cuidado de la vida humana derivada del humanismo que le da el sustento y el significado de su práctica, para lograr un nivel satisfactorio de desarrollo y de salud en el ser humano. Es por esto que el cuidado humanizado a los pacientes es holístico lo que implica adquirir unos compromisos guiados por el conocimiento, actitudes y destrezas para incrementar la armonía del paciente dentro de la mente, del cuerpo y del espíritu, y para esto es de gran importancia el interactuar con el paciente, se debe ganar su confianza de una forma respetuosa y mediante esto podemos ayudarlo identificando sus necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de amor, de estima de sí mismo (de ser digno, competente, independiente, libre y que se le reconozca por su labor o esfuerzo) y necesidad de autorrealización.⁵⁴

Este cuidado es personalizado porque cada persona es única en sus costumbres sociales, formación socio-económica, patología, además de su ciclo de evolución el intervenir en sus necesidades ayuda a contribuir en el bienestar del paciente y hace de la enfermería una profesión más humana.

Los modelos y teorías de enfermeras se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.⁵⁵

Además implica conocerse así mismo, tomado conciencia de la realidad y compromiso moral con la vulnerabilidad del otro, respetando la libertad de sentir, pensar y creer de los demás, es así de esta forma que podemos brindar unos cuidados íntegros en el mantenimiento y cuidado de la salud. Es por ello fundamental una educación en la actitud del cuidado en cuanto a promover y fomentar la aparición de esta sensibilidad para realizar su labor profesional desinteresada sin esperar nada a cambio solo el bienestar del otro, el cuidado de enfermería debe también ser productivo y de calidad; lo que implica utilizar el conocimiento científico, y analizar con enfoque holístico de modo que la situación pueda intervenir correctamente en el contexto social, económico y legal, para tomar la mejor decisión sobre la actuación que se ofrecerá al paciente.⁵⁵

⁵⁴ACOSTA QUERALTA Leister G. FREIRE CARDOSO José Fernando. El Modelo de Actuación de Enfermería y su Valor Humanista. Publicado miércoles 8 julio de 2009

⁵⁵ GUILLÉN CADENA Dulce María, CUEVAS GUAJARDO Leticia, aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012; 2(2):42-45

En la actualidad toma una especial importancia debido a los cambios en el mundo y los avances científicos utilizados para el tratamiento y curación, a los que no toda la población tiene acceso, además hay que tener en cuenta que las expectativas negativas que pueden estar ligadas a estos avances como en la manipulación genética, es aquí donde la enfermería ayuda a ampliar y profundizar sobre el significado de todos aquellos aspectos que tienen que ver con la vida humana, con su cuidado y la atención de salud, especialmente en la labor de enfermería asistencial que se puede ver afectada con una deshumanizado en sus cuidados porque muchas veces deja de lado la visión cercana del hombre, por lo tanto se debe tomar una conciencia ética en la responsabilidad en nuestros propios actos en la práctica.⁵⁵

Identidad profesional. Se tiene identidad profesional en la medida en que se responde al juramento ante Dios, la patria, la universidad y nosotros mismos; cuando se es profesional sensibles al dolor ajeno; respetar las diferencias, reconocer al colega, admirar y maravillarse del conocimiento del otro; al ser leales a las instituciones, en que repudiamos el acto inmoral, la mediocridad y la pereza y en la medida en que nos respetemos a nosotros mismos.⁵⁵ Es el actuar consciente, autónomo, responsable y lejos de rutinas que a veces se convierte en normas para no hacer algo diferente, donde se fundamenta la verdadera identidad profesional. La identidad no la da los protocolos, modelos y otros instrumentos que enmarcan en un trabajo rutinario afanoso, más por el hacer que por el desarrollo del ser. La identidad profesional es el resultado extraordinario de la interacción humana, entre el cuidador y el sujeto que recibe el cuidado.⁵⁵

La formación y desarrollo del Yo personal y del Yo profesional se dan en forma sistemática y por consiguiente, existen una lógica en la expresión comportamental de ambos. Un Yo personal inmaduro conduce a comportamiento inadecuado durante la etapa de la formación del Yo profesional, comportamientos que le impiden construir relaciones libres de conflicto y estrés con los formadores de su disciplina. Como consecuencia, este será un profesional incapaz de comportarse como tal o que jamás podrá ejercer idóneamente su rol y por consiguiente carente de identidad profesional. El sistema del Yo se desarrolla en el individuo en virtud de la constante interacción con el medio que lo rodea. Esta forma de ver el Yo personal, la denominamos autoconcepto o autoimagen.

⁵⁵ GUILLÉN CADENA Dulce María, CUEVAS GUAJARDO Leticia, aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012; 2(2):42-45

El individuo desarrolla el Yo personal en virtud de sus vivencias y de la relación que desde el nacimiento y a través de todas las etapas de la vida experimenta con los otros seres y con el entorno, hasta lograr el Yo personal maduro en su edad adulta. Ello le permite comportamientos normales y libres de conflicto.⁵⁵

De acuerdo con Consuelo Castrillón, la construcción de la identidad profesional es un proceso complejo que se concibe siempre con la relación al otro o a los demás. No es buscar el modelo ideal de la enfermera, es entender su historia, es ubicarse en su contexto y mirar en prospectiva; es reconstruir la autoimagen y reconstruir la autoestima, es participar en proyectos de avanzada que contribuyan a la transformación de la función social. De lo contrario, seguirá como profesión alineada y sin futuro.⁵⁶

⁵⁵ GUILLÉN CADENA Dulce María, CUEVAS GUAJARDO Leticia, aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012; 2(2):42-45

⁵⁶ MAYA María Cecilia. Identidad profesional. Universidad de Antioquia revista: investigación y educación de enfermería ISSN (Versión impresa): 0120-5307

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo orientado en el paradigma socio-critico.

3.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de referencia para obtener la información estuvo constituida por directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud, que laboran en instituciones de salud de Popayán. Hospital Toribio Maya nivel I, Hospital Susana López de Valencia nivel II y Hospital Universitario San José nivel III; usuarios y familias que recibieron servicios o actividades de salud en estas instituciones por el profesional de enfermería.

3.3. MUESTRA

Estratificada por conveniencia

Los niveles de estratificación fueron los niveles de atención en salud I, II y III, y los informantes: Directivos, miembros del equipo de salud, profesionales de enfermería, y usuarios y miembros de sus familias.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los informantes fueron:

- Directivos que estén con cargo vigente en la institución.
- Profesionales de enfermería vinculados por más de 6 meses a la institución
- Personas que reciban servicios y/o conozcan del trabajo del profesional de enfermería.
- Miembros del equipo de salud con título universitario.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Profesionales de salud que se retiren de la institución durante el tiempo que dure la investigación.

3.6 INSTRUMENTOS

La recolección de la información se realizó con los siguientes instrumentos:

Cuestionario 1 dirigido a directivos. Consta de 3 capítulos donde se indaga sobre: cualidades profesionales y personales, desempeño profesional del enfermero y demanda laboral institucional.

Cuestionario 2 dirigido a profesionales de enfermería. Consta de 2 capítulos donde se indaga sobre: cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero y percepción que tiene los enfermeros acerca de su profesión y los posibles estereotipos que estén afectando o no su reconocimiento.

Cuestionario 3 dirigido a los miembros del equipo de salud. Consta de 2 capítulos donde se indaga sobre: cualidades personales y profesionales y desempeño profesional.

Encuesta a través de entrevistas a usuarios y familias donde se pregunta sobre las cualidades personales del Profesional de Enfermería, el desempeño profesional y los servicios que les han prestado.

Los resultados obtenidos fueron procesados en el programa Epi-Info por el cual obtuvimos la distribución porcentual para posteriormente realizar las gráficas en Microsoft Excel.

Para probar los instrumentos se realizaron dos pruebas una con personal experto en diseño de instrumentos y otra se aplicó a población similar a la que se utilizó como informante en la investigación.

La recolección de la información en el nivel I tuvo una cobertura del 100% de los directivos, equipo de salud y profesional de enfermería, y un 20% de los usuarios y los miembros de sus familias. En el nivel II tuvo una cobertura del 100% de los directivos, un 20% de los miembros del equipo de salud, profesionales de enfermería y usuarios, y los miembros de sus familias. En el nivel III tuvo una cobertura del 100% de los directivos, un 20% de los miembros del equipo de salud, profesionales de enfermería y usuarios, y los miembros de sus familias.

Los informantes fueron un total de 218 de los cuales 7 correspondieron a directivos, 42 profesionales de enfermería, 64 profesionales de salud, 105 pacientes y miembros de familias de pacientes atendidos en las instituciones de salud. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución porcentual de la muestra según los niveles de atención. Reconocimiento social profesión enfermería en instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

Niveles de atención Informantes	Universo (U) / Muestra (M)								
	Hospital Toribio Maya nivel I			Hospital Susana López de Valencia nivel II			Hospital Universitario San José nivel III		
	U	M	%	U	M	%	U	M	%
Directivos	1	1	100%	2	2	100%	4	4	100%
Profesionales de enfermería	2	2	100%	50	10	20%	150	30	20%
Profesionales de salud	4	4	100%	100	20	20%	200	40	20%
Usuarios y miembros de sus familias	45	9	20%	200	40	20%	280	56	20%

Fuente Información: Reconocimiento social profesión enfermería en instituciones públicas de salud. Popayán.2012. (FI: RSPEIPS. POP.2012)

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo tuvo en cuenta los aspectos éticos y legales, tales como el principio de autonomía, la no maleficencia. Se garantizó la total privacidad de la información suministrada.

El principio de autonomía se cumplió por medio del consentimiento informado, en el cual se explicó en forma clara y completa la metodología del estudio, la justificación y los objetivos de la investigación, las molestias y riesgos propios, además se garantizó la respuesta a cualquier inquietud y se despejaron dudas; además el informante tuvo la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo deseó.

El principio de no maleficencia se respetó manteniendo la confidencialidad de la información suministrada por los informantes objeto de estudio, asegurando el principio de respeto, además se garantizó que la información obtenida fuera utilizada solo para el presente trabajo.

Beneficios para los informantes:

La decisión de participar en el estudio fue completamente voluntaria; no hubo gasto alguno durante el estudio; no hubo pago por la participación, ni ningún tipo de beneficios de participación directa; en el transcurso del estudio tuvieron la oportunidad de solicitar información actualizada sobre el mismo a los investigadores; la información fue confidencial y estuvo bajo la custodia del estudiante del programa de enfermería Oscar Javier Muñoz Mosquera, cuyo número de celular es 3128734967 y e-mail: audiosjav21@hotmail.com.

4. RESULTADOS

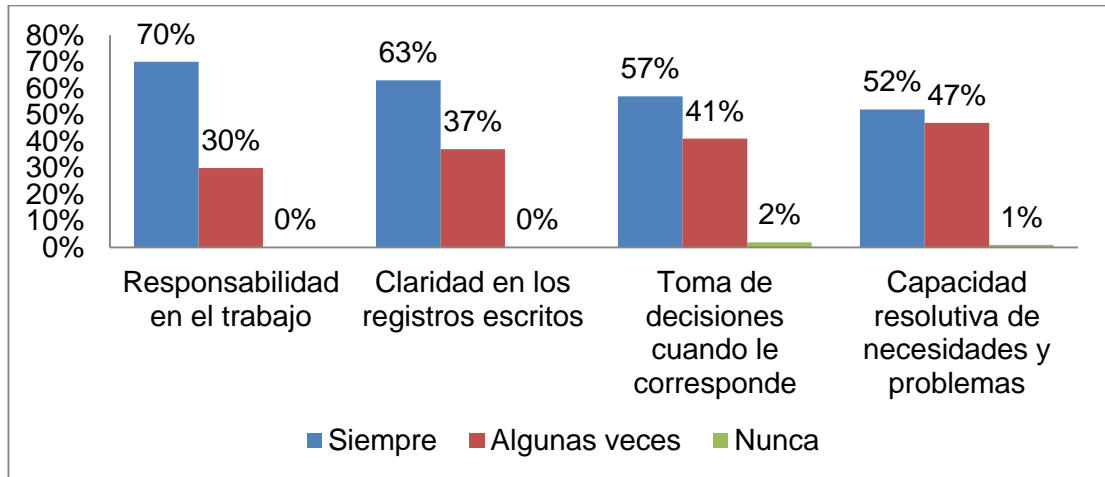
Los resultados obtenidos sobre el reconocimiento social de la profesión de Enfermería, desde la opinión de las diferentes fuentes en los niveles I, II y III de atención en salud se presentarán de acuerdo a el reconocimiento social desde la opinión de los directivos de las instituciones de salud sobre las cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional, su desempeño profesional y la demanda laboral institucional; el reconocimiento social de la profesión de enfermería desde la percepción de los mismos enfermeros, donde se tuvieron en cuenta las cualidades personales y profesionales, los posibles estereotipos que estén afectando o no su reconocimiento; el reconocimiento social de la profesión desde las apreciaciones de los diferentes miembros del equipo de salud acerca de las cualidades personales y profesionales y el desempeño profesional del enfermero; el reconocimiento social de la profesión desde la opinión de los usuarios y sus familias sobre las cualidades personales y profesionales del Profesional, el desempeño profesional y los servicios que le ha prestado.

4.1 EL RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.

4.1.1 Sobre las cualidades personales y profesionales generales que acompañan al profesional de enfermería según directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud.

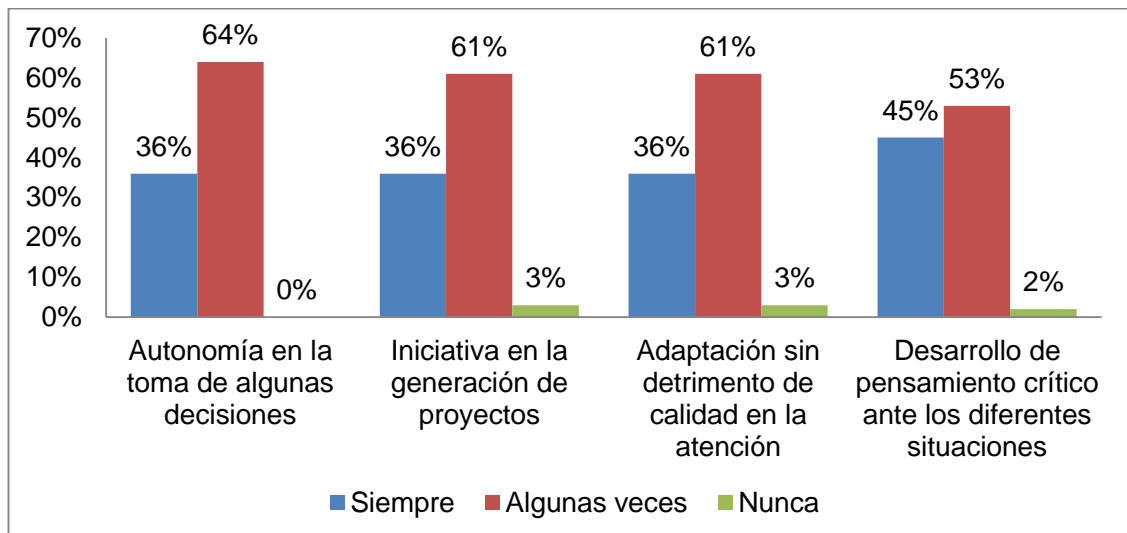
Las principales cualidades personales y profesionales que siempre acompañan al enfermero fueron la responsabilidad en un 70%, el diligenciamiento con claridad de registros escritos en un 63%, la toma de decisiones cuando le corresponde en un 57% y capacidad resolutoria de problemas y necesidades en un 52%. Las características que figuran con criterio de algunas veces fueron autonomía en la toma de algunas decisiones en un 64%; iniciativa en la generación de proyectos, adaptación sin detrimento en la calidad de la atención en un 61% cada una de ellas y desarrollo de pensamiento crítico ante diferentes situaciones en un 53%. (Ver grafica 1 y 2).

Grafica 1 Distribución porcentual según la opinión de directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



Fuente Información: Reconocimiento social profesión enfermería en instituciones públicas de salud. Popayan.2012. (FI: RSPEIPS. POP.2012)

Grafica 2 Distribución porcentual según la opinión de directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.1 Cualidades personales y profesionales desde la opinión de los directivos de las instituciones de salud.

La opinión del directivo sobre las cualidades personales y profesionales fue expresada con criterios de siempre y algunas veces.

Los directivos de las instituciones de salud perciben acerca del reconocimiento social de la profesión de enfermería, en lo relacionado con las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero en orden de mayor a menor ponderación con criterio de siempre los siguientes: claridad en el diligenciamiento de registros en un 92%; capacidad resolutive de necesidades y problemas en un 83%; identidad profesional adecuada en un 75%; toma decisiones cuando le corresponde, responsabilidad en el trabajo y empatía con sus compañeros y usuarios en un 67% para cada una de ellas. Los resultados correspondientes al criterio de algunas veces fueron los siguientes: adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención; compromiso con su desarrollo profesional en un 50% cada una de ellas; autonomía en la toma de algunas decisiones, liderazgo dentro del equipo de salud, desarrollo de pensamiento crítico e iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo en un 42% cada uno de ellos. (Ver graficas 3 y 4).

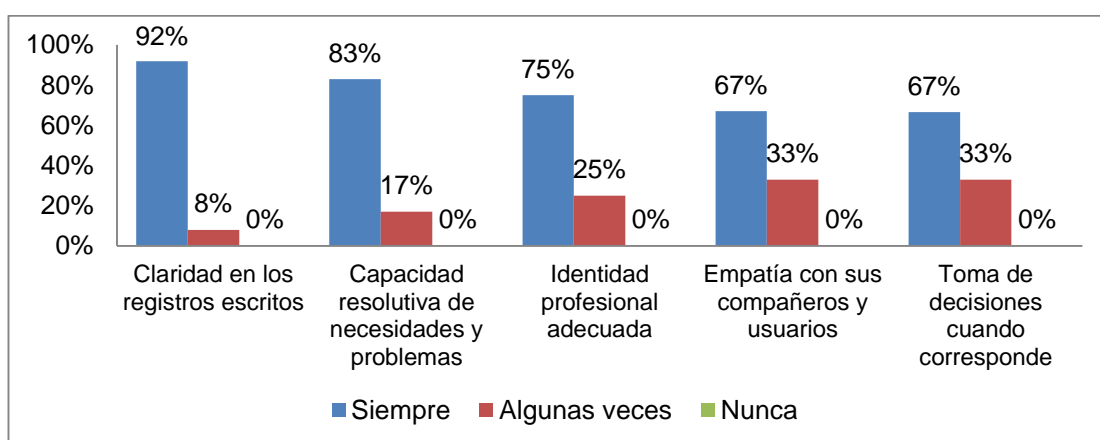
Ninguno de los resultados anteriores tuvo como respuesta el criterio de nunca.

En el nivel I de atención las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero con criterio de siempre fueron: autonomía en la toma de algunas decisiones, toma de decisiones cuando le corresponde, liderazgo dentro del equipo de salud, responsabilidad en la realización de su trabajo, desarrollo de pensamiento crítico, diligencia con claridad los registros escritos, compromiso con su desarrollo profesional, identidad profesional adecuada, iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo ante diferentes situaciones, capacidad resolutive de diferentes necesidades y problemas, adaptación a las necesidades sin detrimento en la calidad de atención, empatía con sus compañeros de trabajo y usuarios en un 100% para cada una de ellas.

En el nivel II cabe destacar que la autonomía en la toma de algunas decisiones, liderazgo, pensamiento crítico están calificadas con criterio de algunas veces en un 100% cada una de ellas.

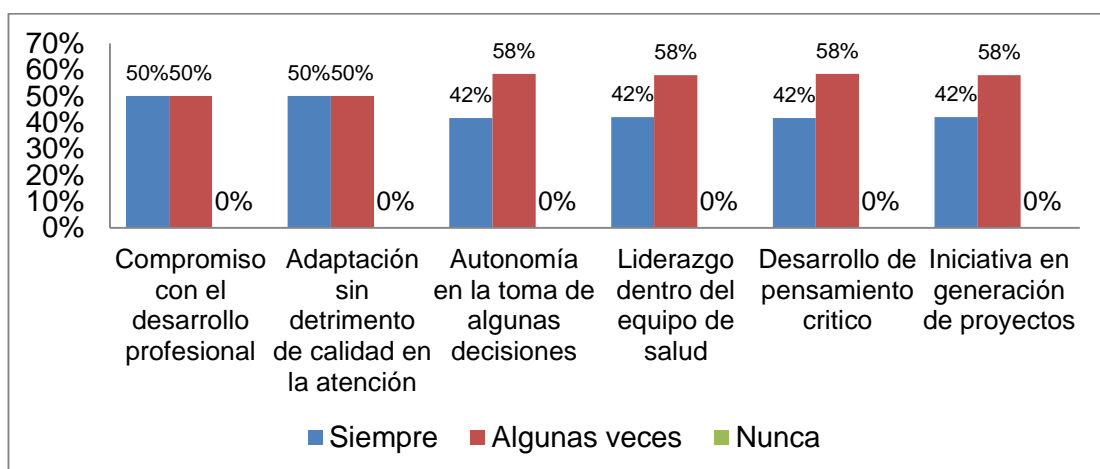
En el nivel III las cualidades calificadas con criterio de siempre fueron diligencia con claridad los registros escritos e identidad profesional adecuada en un 75%. Se destacaron con criterio de algunas veces los siguientes: autonomía en la toma de algunas decisiones, liderazgo dentro del equipo de salud, desarrollo de pensamiento crítico e iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo ante diferentes situaciones en un 75% cada una de ellas.

Grafica 3 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Grafica 4 Distribución porcentual según la opinión de los directivos sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

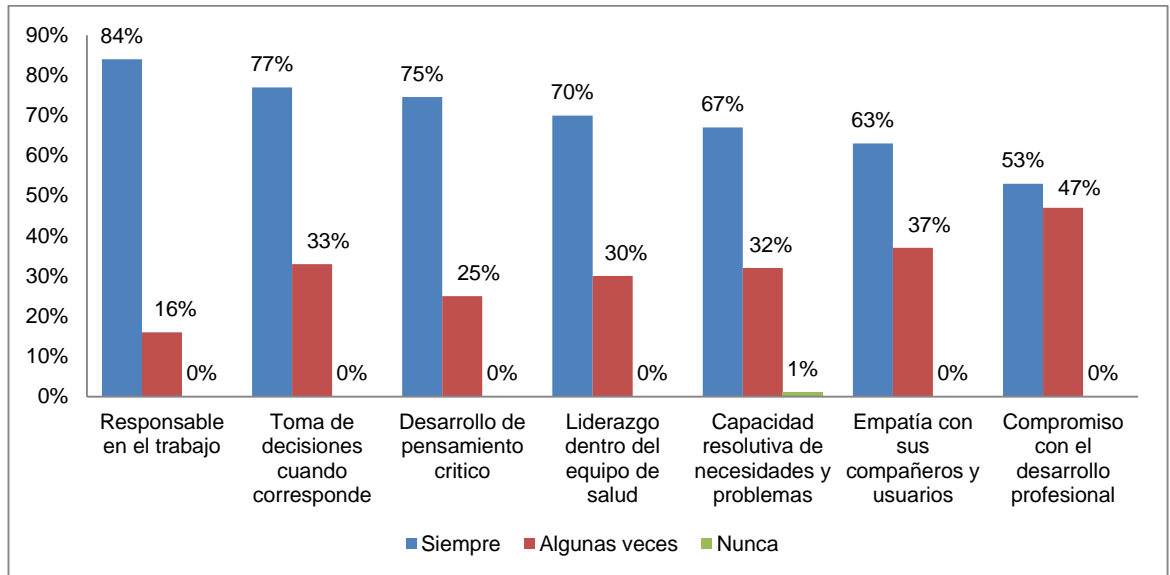
4.1.1.2 Las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de enfermería desde la opinión de los enfermeros.

Los resultados obtenidos sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero desde su propia percepción, fue diligenciado bajo los criterios de: siempre, algunas veces y nunca.

Los resultados obtenidos en las instituciones de salud acerca del reconocimiento social profesión de enfermería, relacionado con las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional con criterio siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación los siguientes: responsabilidad en el trabajo en un 84%; toma de decisiones cuando le corresponde en un 77%; desarrollo de pensamiento crítico en un 75%, liderazgo dentro del equipo en un 70%; capacidad resolutive de necesidades y problemas en un 67%; empatía con sus compañeros y usuarios en un 63%; compromiso con el desarrollo profesional en un 53%; identidad profesional adecuada en un 51%; adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad de la atención en un 50% e iniciativa en la generación de proyectos en un 48%. Para determinadas respuestas se obtuvo criterio de algunas veces estas fueron: autonomía en la toma de algunas decisiones en un 56% y diligenciamiento de registros con calidad en un 62%. (Ver grafica 5 y 6).

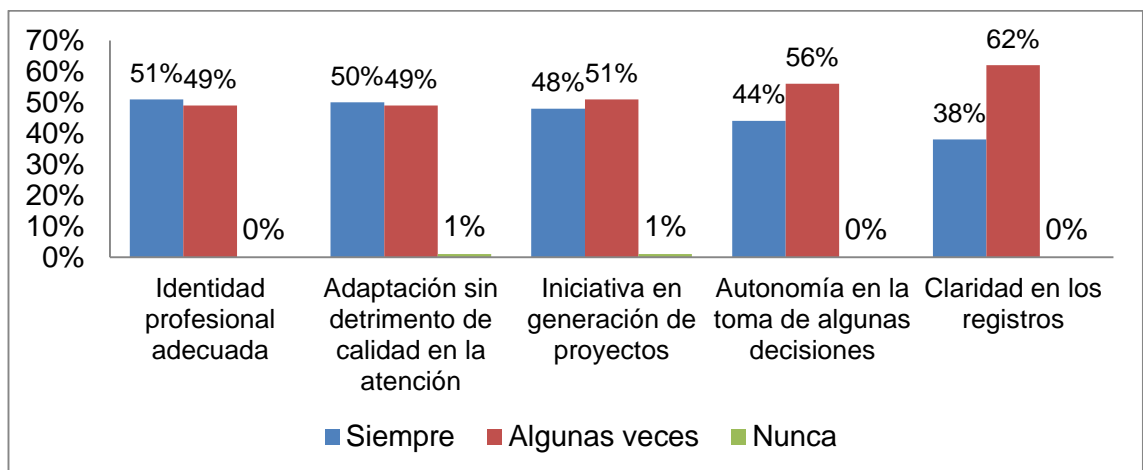
En el nivel I la cualidad personal y profesional que acompaña al enfermero con un criterio de algunas veces fue: diligenciamiento de registros con calidad en un 100%. En el nivel II cabe destacar que la autonomía en la toma de algunas decisiones está calificada con algunas veces en un 70%. En el nivel III las respuestas con criterio de algunas veces fueron las siguientes: autonomía en la toma de algunas decisiones en un 97%; identidad profesional adecuada, capacidad resolutive de necesidades y problemas, adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad de la atención en un 76% cada una de ellas; iniciativa en la generación de proyectos en un 73%; compromiso con el desarrollo profesional en un 70%; diligenciamiento de registros con calidad en un 66%; empatía con sus compañeros y usuarios en un 63%; liderazgo dentro del equipo en un 60% y desarrollo de pensamiento crítico en un 56%.

Grafica 5 Distribución porcentual según la opinión de los enfermeros sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Grafica 6 Distribución porcentual según opinión de los enfermeros sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.3 Las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero desde la opinión de los miembros del equipo de salud.

La opinión de los miembros del equipo de salud fue expresada con criterios de siempre y algunas veces.

Relacionado con las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional los resultados con criterio siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación las siguientes: responsabilidad en el trabajo en un 73%; compromiso con su desarrollo profesional en un 57%. Los resultados con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: autonomía en la toma de algunas decisiones en un 75%; capacidad resolutive de necesidades y problemas, adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención en un 71%; desarrollo de pensamiento crítico en un 68%; toma decisiones cuando le corresponde en un 64%; iniciativa en generación de proyectos en un 60%; empatía con sus compañeros y usuarios en un 53%; liderazgo dentro del equipo de salud en un 52% y diligenciamiento de registros con claridad en un 50%. (Ver grafica 7 y 8).

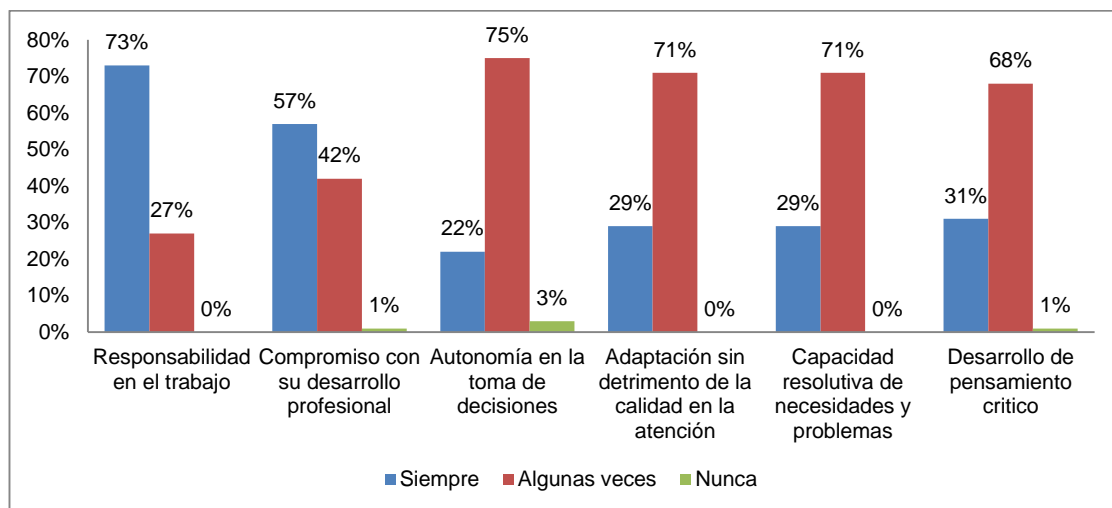
En el nivel I los resultados con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: autonomía en la toma de algunas decisiones en un 100%; toman decisiones cuando le corresponde, desarrollo de pensamiento crítico, capacidad resolutive de necesidades y problemas, se adapta según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención en un 83% cada una de ellas; liderazgo, diligencia los registros con claridad, identidad profesional adecuada, iniciativa en generación de proyectos en un 66% cada una de ellas y empatía con sus compañeros y usuarios en un 50%.

En el nivel II los resultados con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: capacidad resolutive de necesidades y problemas en un 70%; identidad profesional adecuada en un 65%; autonomía en la toma de algunas decisiones, desarrollo pensamiento crítico, adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención en un 60% cada una de ellas.

En el nivel III los resultados con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: adaptación según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención en un 70%; iniciativa en generación de proyectos en un 67%; autonomía en la toma de algunas decisiones, empatía con sus compañeros y usuarios en un 65%; toma decisiones cuando le corresponde, capacidad resolutive de necesidades y problemas, desarrolla

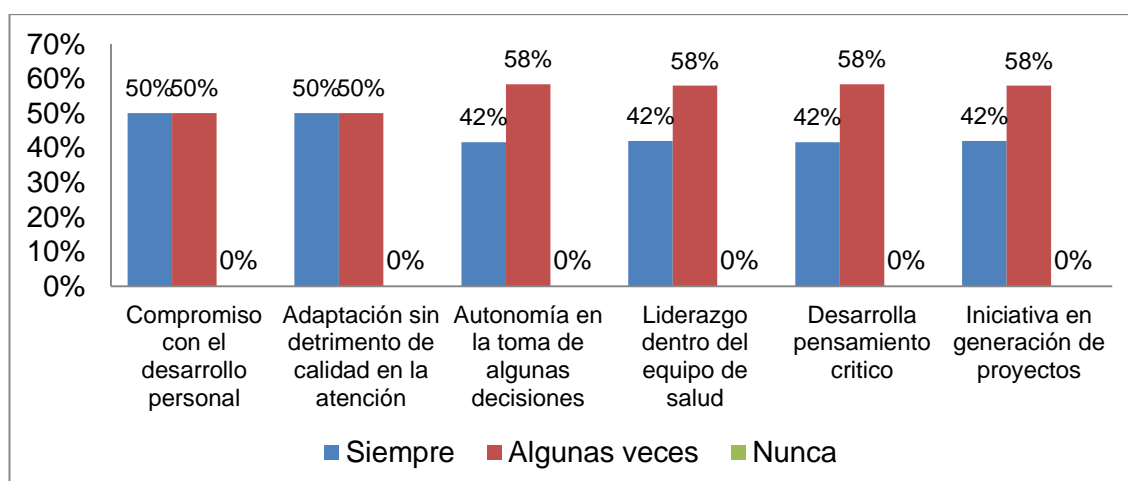
pensamiento crítico en un 60%; compromiso con su desarrollo profesional, identidad profesional adecuada en un 57% y liderazgo en un 55%.

Gráfica 7 Distribución porcentual según opinión de los miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Gráfica 8 Distribución porcentual según opinión de los miembros del equipo de salud sobre las cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de Enfermería. (Parte 2). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

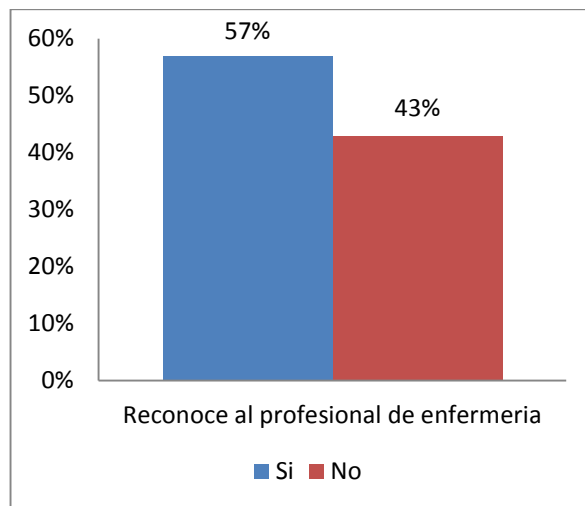


FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.4 Cualidades personales y profesionales generales y particulares que acompañan al profesional de enfermería desde la opinión de usuarios y sus familias.

Tanto usuarios como miembros de su familia reconocen quien es el profesional de enfermería o jefe en un 57%. (Ver grafica 9)

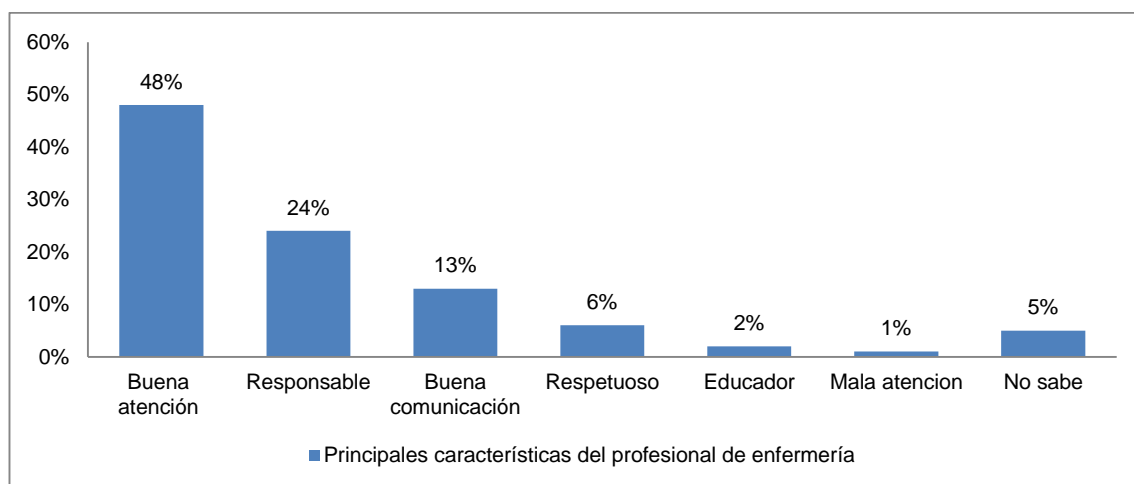
Grafica 9 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre el reconocimiento del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

En los tres niveles de atención en salud las principales características generales del profesional de enfermería destacadas por los usuarios y familias fueron: buena atención en un 48%; responsabilidad en un 24%; buena comunicación 13%; respeto en un 6%; profesional como educador en 2%; mala atención 2%; humildad 1% y no saben en un 5%. (Ver Grafica 10).

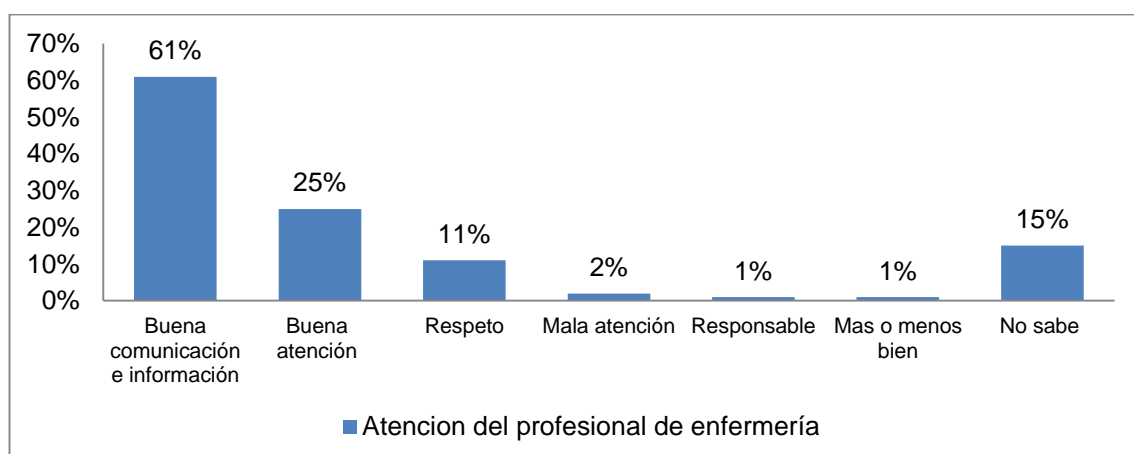
Grafica 10 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre las principales características que tiene el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Acercas de la forma como fueron recibidos los cuidados por los usuarios y sus familias se encontró: buena comunicación e información en un 61%; buena atención en un 23%; respeto en un 11%; mala atención en un 2%; responsabilidad en un 1%; más o menos bien en un 1% y no sabe en un 15%. (Ver grafica 11)

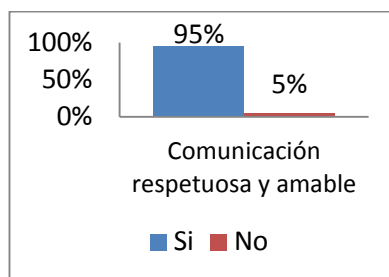
Grafica 11 Distribución porcentual acerca de la forma como fueron recibidos los cuidados por los usuarios y sus familias. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Los usuarios y sus familias resaltan que el profesional de enfermería se comunica de manera respetuosa y amable en todos los niveles en un 95%. (Ver Grafica 12).

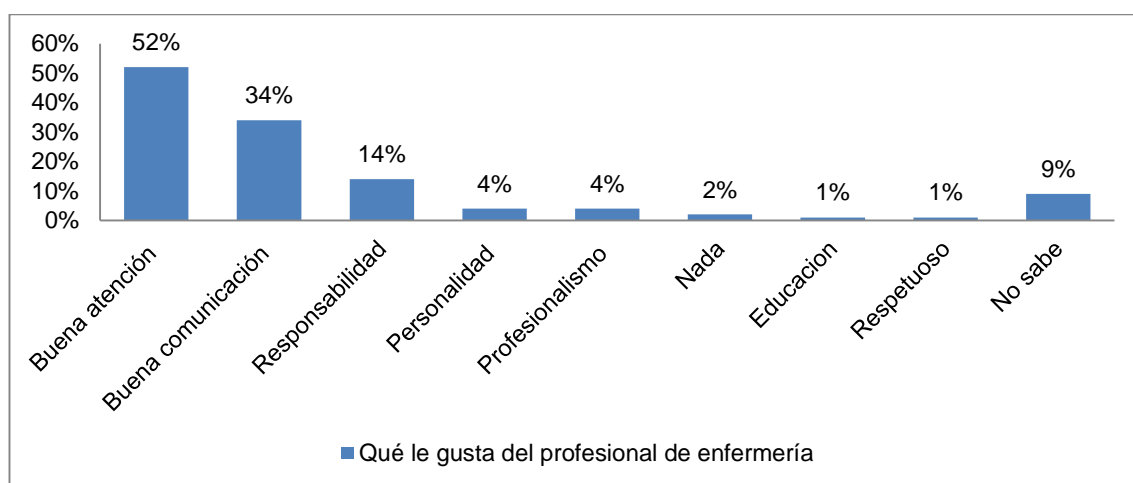
Grafica 12 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre la comunicación respetuosa y amable del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Los usuarios y familias resaltan de manera preferencial acerca del profesional de enfermería: su buena atención en un 52%, buena comunicación en un 34%; responsabilidad en un 14%; personalidad, profesionalismo en un 4%, profesionalismo; nada les gusta en un 2%; respeto en un 1%, profesional como educador en un 1% y no saben en un 9%. (Ver Grafica 13)

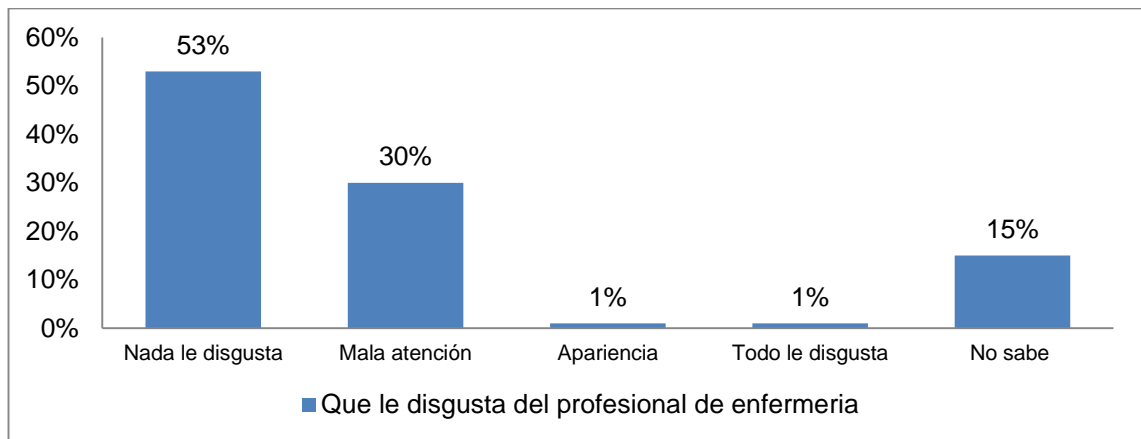
Grafica 13 Distribución porcentual según usuarios y sus familias sobre lo que resaltan de manera preferencial acerca del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Al preguntarles a usuarios y sus familias sobre lo que los disgusta del profesional de enfermería respondieron: nada les disgusta en un 53%; mala atención en un 30%; apariencia en un 1%; todo le disgusta en un 1% y no saben en un 15%. (Ver Grafica 14)

Grafica 14 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que les disgusta del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

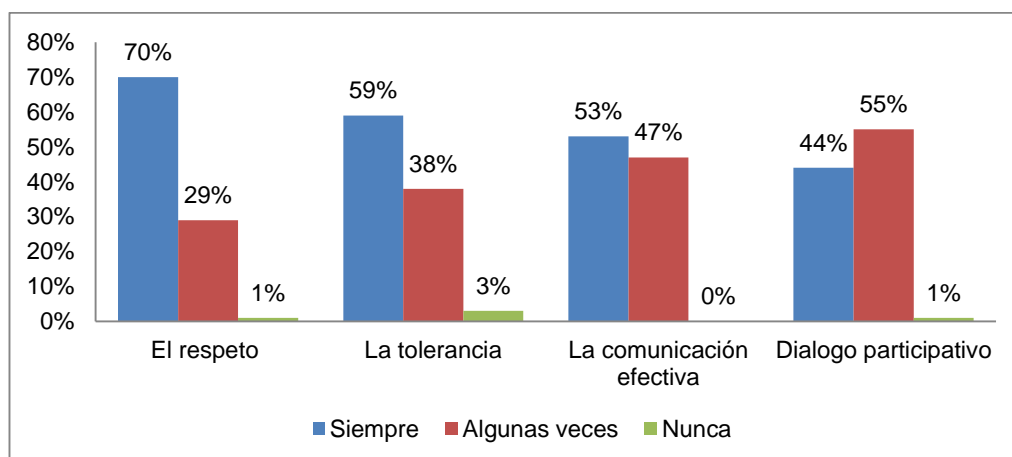


FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.5 Formas y características de la comunicación del profesional de enfermería

Se obtuvieron resultados en orden de mayor a menor ponderación sobre lo que el profesional de enfermería siempre tiene en cuenta para comunicarse: respeto en un 70 %; tolerancia en un 59%; comunicación efectiva en un 53 % y con criterio de algunas veces diálogo participativo en un 55%. (Ver grafica 15)

Grafica 15 Distribución porcentual según directivos, profesionales de enfermería y miembros del equipo de salud sobre las formas y características de la comunicación del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



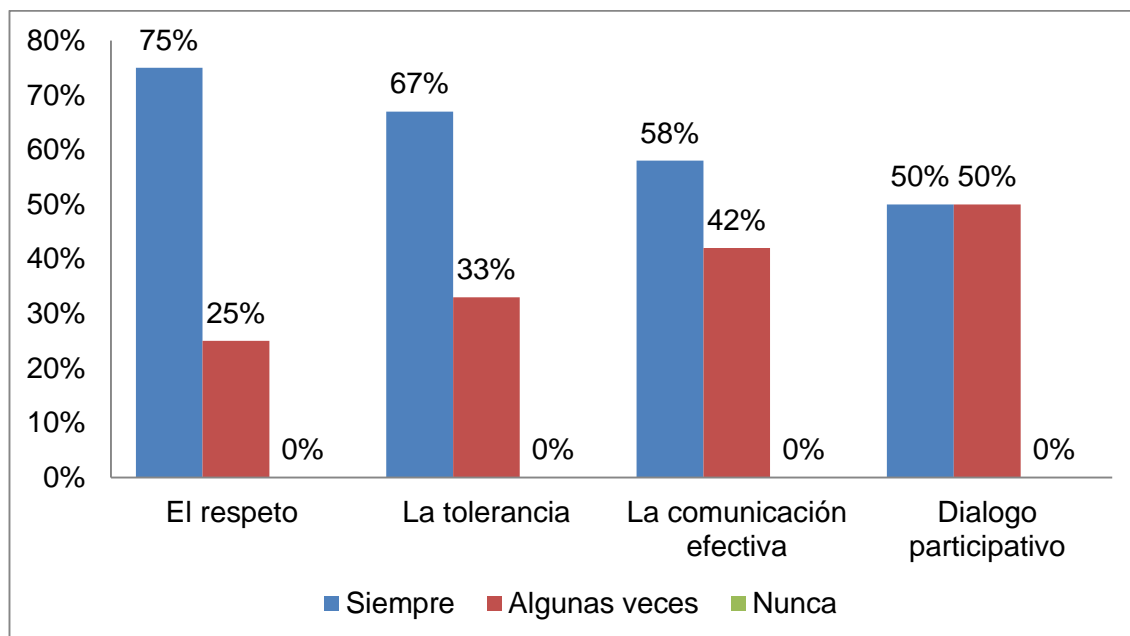
FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.6 Formas y características de la comunicación del profesional de enfermería según la opinión de los directivos.

Se obtuvieron resultados según la percepción de los directivos sobre lo que el profesional de enfermería siempre tiene en cuenta para comunicarse, en orden de mayor a menor ponderación fueron las siguientes: respeto en un 75 %; tolerancia en un 67%; comunicación efectiva en un 58 % y diálogo participativo en un 50%. (Ver grafica 16).

En el nivel I de atención los directivos consideran que el profesional de enfermería para comunicarse siempre tiene en cuenta: el respeto, la tolerancia, la comunicación efectiva y el diálogo participativo en un 100%. En el nivel II de atención las opiniones fueron de algunas veces en lo relacionado a la comunicación efectiva, el diálogo participativo y la tolerancia en un 50%. En el nivel III los resultados con criterio de algunas veces fueron: el diálogo participativo en un 100%; comunicación efectiva, respeto y tolerancia en un 75% para cada una de ellas.

Grafica 16. Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre formas y características de comunicación del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

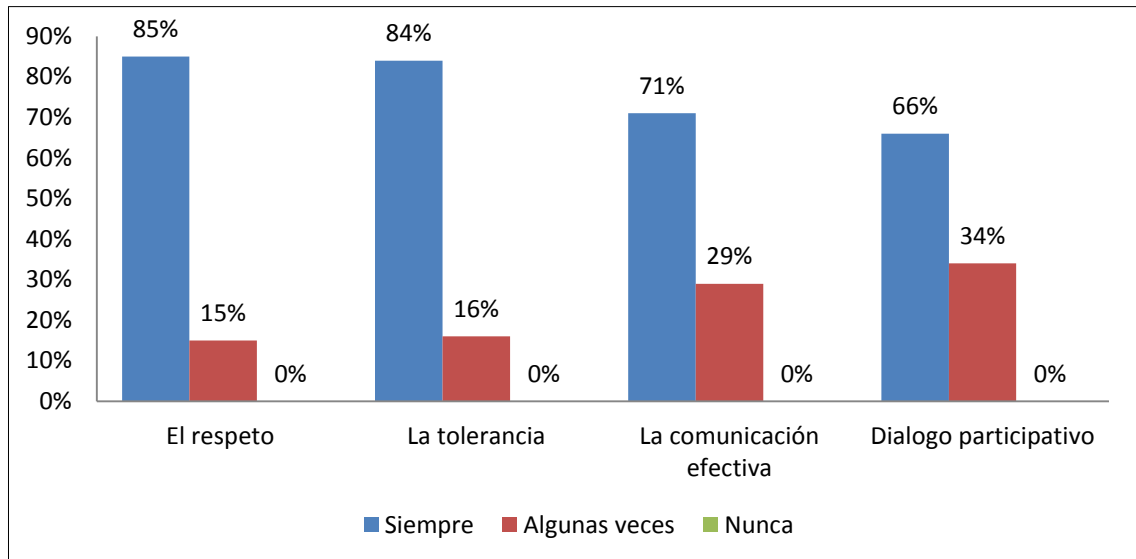
4.1.1.7 Formas y características de comunicación del profesional de enfermería desde la percepción de los enfermeros.

Los resultados sobre lo que el profesional de enfermería tiene en cuenta para comunicarse con criterio de siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación los siguientes: respeto en un 85%; tolerancia en un 84%; comunicación efectiva en un 71% y dialogo participativo en un 66%. (Ver grafica 17).

En el nivel I y II de atención en salud lo correspondiente a las formas y características que tiene el profesional de enfermería para comunicarse, las opiniones con criterio de siempre fueron las siguientes: respeto, tolerancia, comunicación efectiva y dialogo participativo en un 100% para cada una de ellas.

En el nivel III las respuestas con criterio de algunas veces fueron las siguientes: comunicación efectiva en un 56% y dialogo participativo en un 63%.

Grafica 17. Distribución porcentual según opinión de los enfermeros sobre lo que el profesional de enfermería tiene en cuenta para comunicarse. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.8 Formas y características de comunicación del profesional de enfermería desde las apreciaciones de los miembros del equipo de salud.

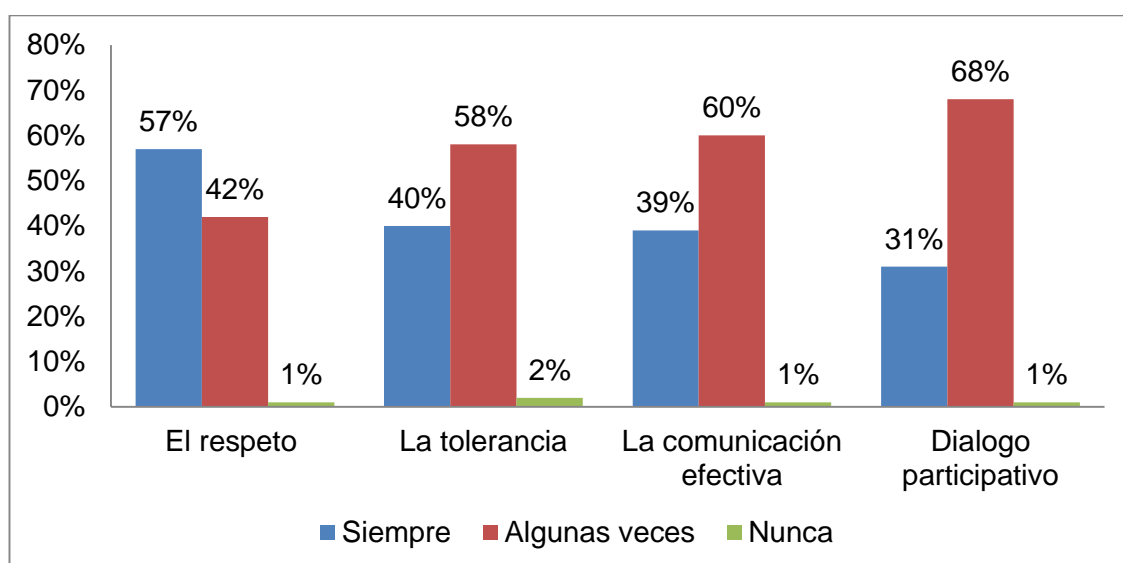
El resultado con criterio de siempre fue la siguiente: el respeto en un 57%. Los resultados con criterio de algunas veces fueron en orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: dialogo participativo en un 68%; comunicación efectiva en un 60% y tolerancia con 58%.(Ver Grafica 18).

En el nivel I de atención los resultados con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: comunicación efectiva, dialogo participativo en un 83% cada una de ellas; tolerancia con 66% y respeto en un 50%.

En el nivel II los resultados con criterio de algunas veces fueron en orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: dialogo participativo en un 65%; comunicación efectiva, tolerancia en un 55% cada una de ellas. La única respuesta con criterio de siempre fue respeto en un 55%.

En el nivel III los resultados con criterio de siempre fueron: respeto en un 67% y comunicación efectiva en un 55%. Con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: dialogo participativo en un 55% y tolerancia en un 52%.

Grafica 18 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre formas y características de comunicación del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



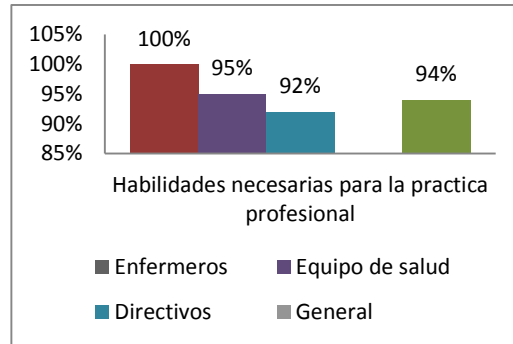
FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.1.8 Habilidades necesarias de los enfermeros para la práctica profesional.

Habilidades necesarias de los enfermeros para la práctica profesional según la opinión de los directivos, enfermeros y miembros del equipo de salud.

El profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para el desarrollo de la práctica profesional de forma general en un 97%. De forma particular, desde la opinión de enfermeros en un 100%; miembros del equipo de salud en un 95% y directivos en un 92%. (Ver grafica 19).

Grafica 19. Distribución porcentual según la opinión de cada una de las fuentes: directivos, enfermeros y miembros del equipo de salud sobre las habilidades necesarias de los enfermeros para la práctica profesional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

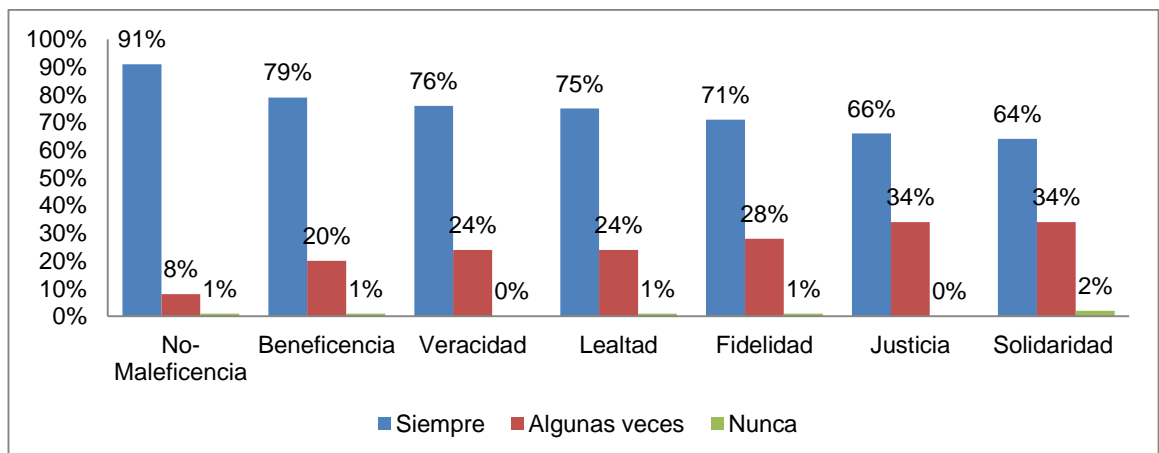


FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.2. Principios éticos que acompañan al profesional de enfermería en su desempeño.

Los resultados obtenidos en la investigación sobre los principios éticos con la respuesta correspondiente al criterio siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación las siguientes: no maleficencia 91%; beneficencia en un 79%; veracidad en un 76%; lealtad en un 75%; fidelidad en un 71%; justicia en un 66% y solidaridad en un 64%. (Ver grafica 20).

Grafica 20 Distribución según la opinión de directivos, profesional de enfermera y miembros del equipo de salud sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.2.1 La opinión de los directivos sobre los principios éticos que acompañan al profesional de enfermería.

La opinión sobre los principios éticos que acompañan al profesional de enfermería en su desempeño fue expresada con criterios de siempre y algunas veces.

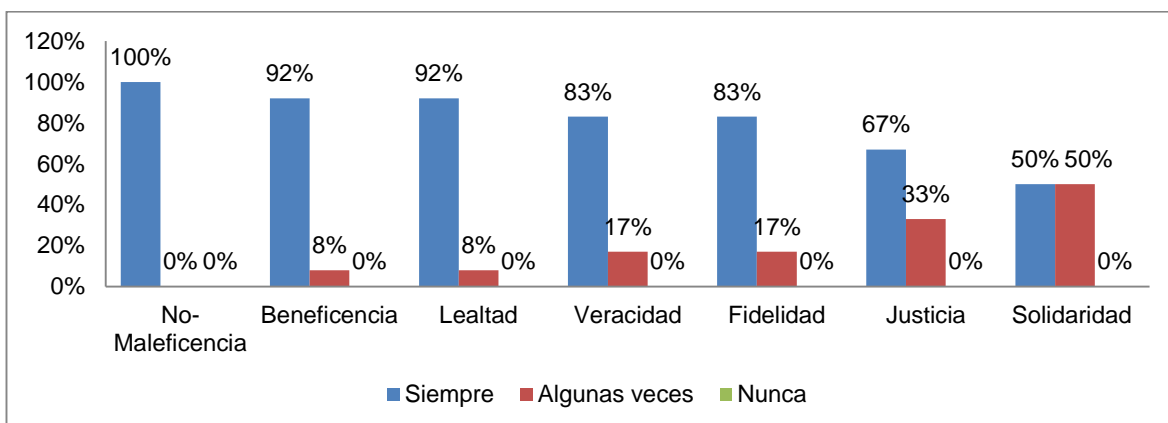
Los resultados correspondientes al criterio de siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación los siguientes: no maleficencia en un 100%; beneficencia, lealtad en un 92% cada uno de ellos; veracidad, fidelidad en un 82% cada uno de ellos; justicia en un 67% y solidaridad en un 50%. (Ver grafica 21)

En los niveles I y II consideran que el profesional de enfermería siempre actúa bajo todos los principios: no maleficencia, beneficencia, lealtad, veracidad, fidelidad, justicia en un 100% cada uno de ellos, con la excepción del principio de solidaridad que mientras en el nivel I tiene una ponderación de 100% en el nivel II y III está dado en un 50%.

En el nivel III consideran que el profesional de enfermería algunas veces actúa bajo el principio de lealtad en un 100%.

Cabe destacar que el principio que obtiene el 100% en los tres niveles de atención es el de no maleficencia y el de menor ponderación en los niveles II y III es el principio de solidaridad.

Grafica 21 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

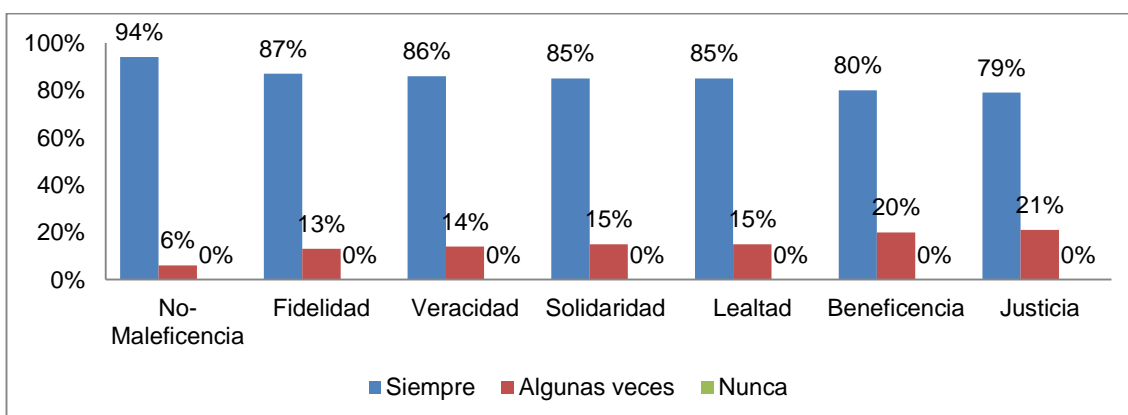


FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.2.2 Principios éticos que acompañan al profesional de enfermería en su desempeño según criterios de los enfermeros.

Los resultados correspondientes al criterio siempre fueron en orden de mayor a menor ponderación las siguientes: no- maleficencia en un 94%; fidelidad en un 87%; veracidad en un 86%; solidaridad, lealtad en un 85% cada uno de ellos; beneficencia en un 80% y justicia en un 79%. (Ver Grafica 22).

Grafica 22 Distribución porcentual según criterio de los enfermeros sobre los principios éticos con que actúa el profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

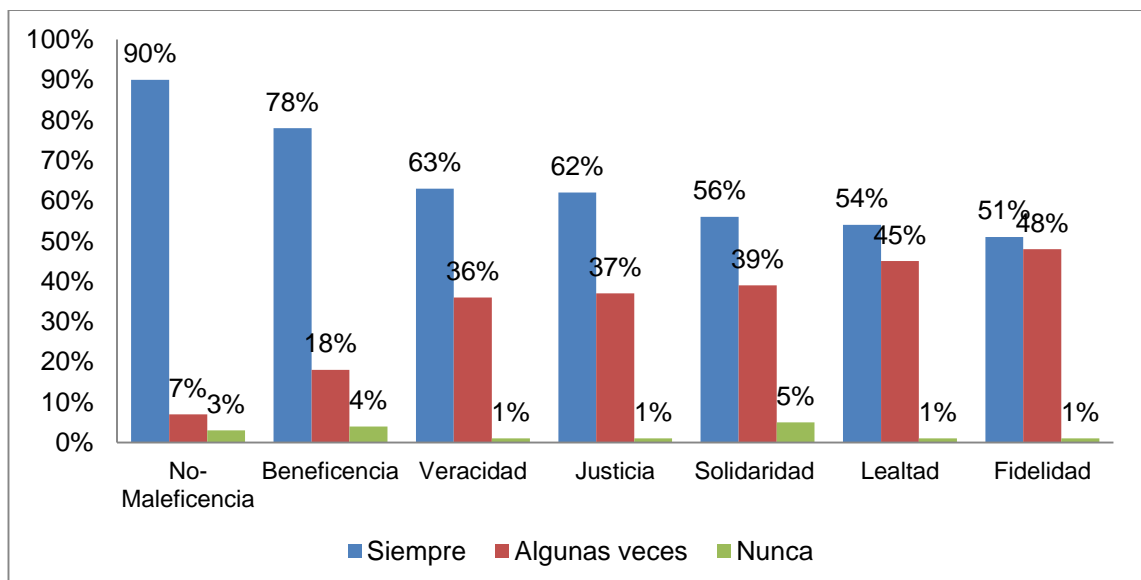
4.1.2.3 Principios éticos que acompañan al profesional de enfermería en su desempeño desde la opinión del equipo de salud.

Los resultados con criterio de siempre fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: no- maleficencia en un 90%; beneficencia en un 78%; veracidad en un 63%; justicia en un 62%; solidaridad en un 56%; lealtad en un 54% y fidelidad en un 51%. (Ver Grafica 23).

En el nivel I las opiniones que corresponden al criterio algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje las siguientes: solidaridad, lealtad y fidelidad en un 66% cada uno de ellas; justicia, veracidad en un 50% cada uno de ellas.

En el nivel II y III opinan que el profesional de enfermería actúa bajo todos los principios éticos en su desempeño laboral.

Grafica 23 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre los principios éticos que acompañan al profesional de Enfermería en su desempeño. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



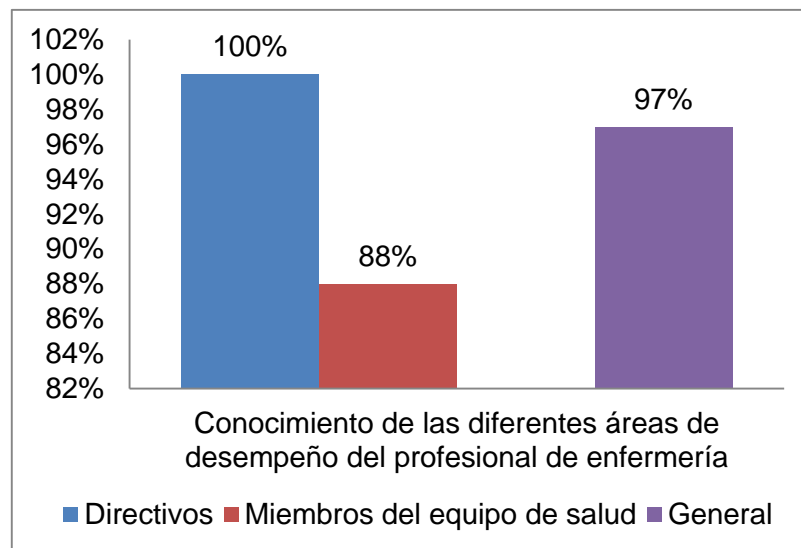
FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.3. Acerca del desempeño y demanda profesional

4.1.3.1 Acerca del conocimiento de las áreas de desempeño profesional.

En los tres niveles de atención de forma general opinan que conocen las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería en un 97%. De forma particular, los directivos opinan que conocen las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería en un 100% y los miembros del equipo de salud refieren que conocen estas áreas en un 88%. (Ver grafica 28)

Grafica 24 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el conocimiento de las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

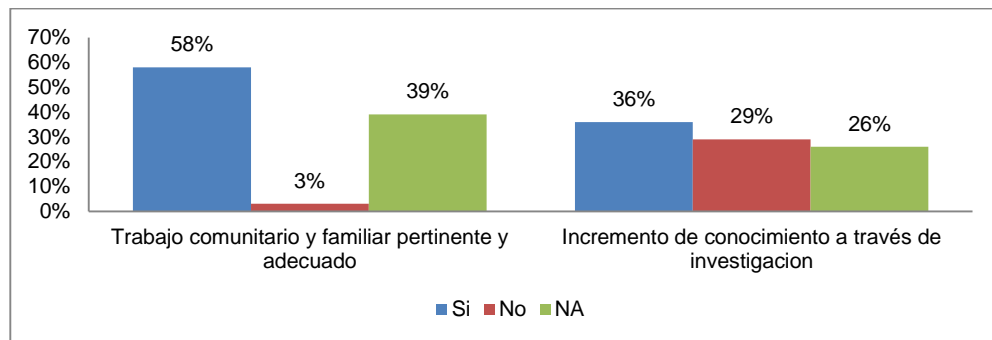
4.1.3.2 Acerca de las áreas de desempeño profesional

Los resultados obtenidos sobre la opinión acerca del reconocimiento social de la profesión de enfermería en los tres niveles de atención, relacionados con las áreas de desempeño profesional fueron los siguientes: el área que le dedica más tiempo es la asistencial en hospitales, en segundo lugar se encuentra la gestión, en tercer lugar educación, en cuarto lugar el área comunitaria y por último el área de investigación.

4.1.3.3 Acerca del desempeño profesional de forma general

Los resultados obtenidos indicaron que el trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado en un 58%, los resultados correspondientes al criterio no aplica están en un 39%. Incremento de conocimiento a través de la investigación en un 36%, en un 29% consideran que no hay y para el criterio de no aplica en un 26%. (Ver grafica 25).

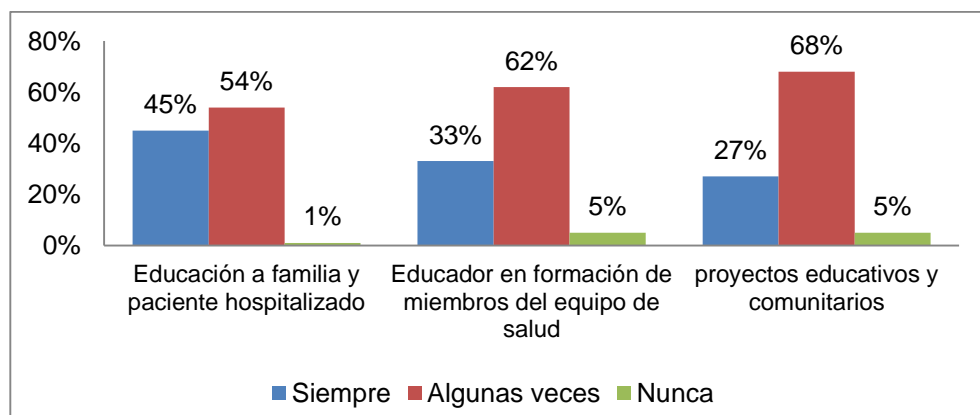
Grafica 25 Distribución porcentual según los directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño profesional del Enfermero. (Parte 1) Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Acerca del desempeño profesional de forma general los resultados con criterio de algunas veces fueron los siguientes: realiza proyectos educativos y comunitarios; educadores en formación de miembros del equipo de salud en un 62% y brinda educación a familia y paciente hospitalizado en un 54%. (Ver grafica 26)

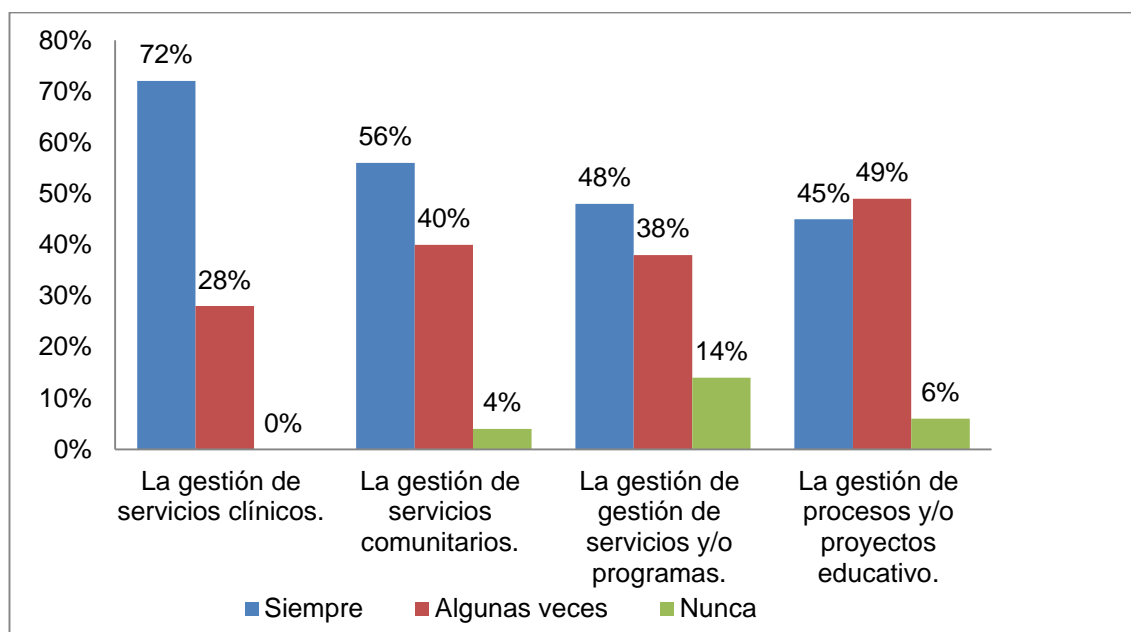
Grafica 26 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño profesional del Enfermero. (Parte 2) Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Los resultados obtenidos de forma general el profesional de enfermería se desempeña eficazmente en: gestión de servicios clínicos en un 72%; gestión de servicios comunitarios en un 56%; gestión de programas en un 48% y gestión de proyectos educativos. (Ver grafica 27)

Grafica 27 Distribución porcentual según directivos y miembros del equipo de salud sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

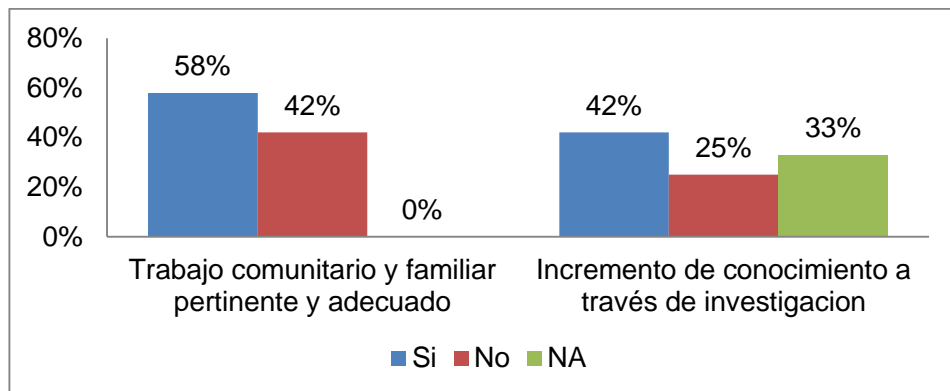
4.1.3.4 Acerca del desempeño profesional desde la opinión de directivos

Los resultados obtenidos según la opinión de los directivos indicó que el trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado en un 58%, están en un 42% consideran que no es pertinente. Incremento de conocimiento a través de la investigación en un 42%, en un 25% consideran que no hay y para el criterio de no aplica en un 33%. (Ver grafica 28)

En el nivel I consideran que el trabajo de enfermería a nivel familiar y comunitario es pertinente, realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos en un 100%. En el nivel II consideran que la pertinencia del trabajo de enfermería a nivel comunitario, familiar y la realización de actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos no aplican en un 100%. En el nivel III consideran que la pertinencia del trabajo de enfermería a nivel comunitario, familiar es pertinente y adecuada en 75%; no realiza actividades

encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos en un 75%.

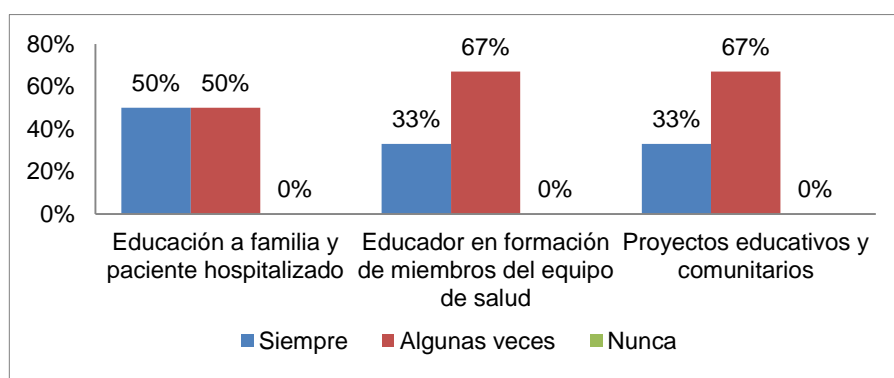
Grafica 28 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional 1 de Enfermería. Reconocimiento social profesión enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Según la opinión de directivos los resultados con criterio de algunas veces fueron los siguientes: realiza proyectos educativos y comunitarios; educadores en formación de miembros del equipo de salud en un 67% cada uno de ellos y brinda educación a familia y paciente hospitalizado en un 50%. (Ver grafica 29)

Grafica 29 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional 2 de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



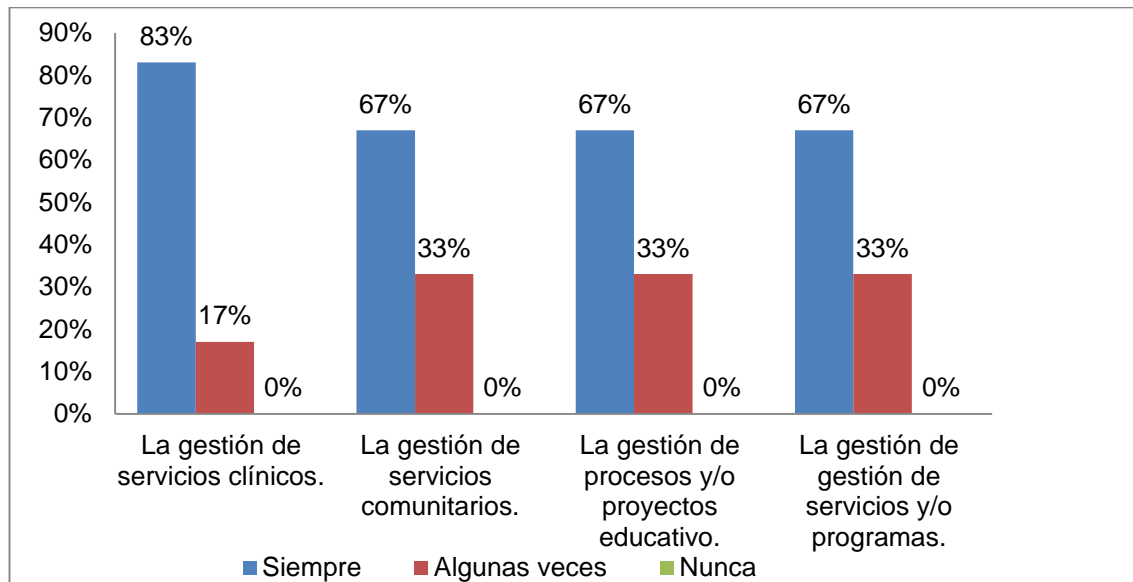
FI: RSPEIPS. POP.2012

La opinión del directivo sobre el desempeño eficaz del profesional de enfermería en la gestión de los diferentes servicios fue expresada con criterios de siempre, algunas veces y nunca.

El profesional de enfermería siempre se desempeña en la gestión de: servicios clínicos en un 83%; servicios comunitarios, procesos y/o proyectos educativos, servicios y/o programas en un 67% cada uno de ellos. (Ver grafica 30)

En el nivel I considera que siempre el profesional de enfermería se desempeña eficazmente en la gestión de: Servicios clínicos, comunitarios, procesos y/o proyectos educativos y gestión de servicios y/o programas en un 100%. En el nivel II consideran que siempre el profesional de enfermería se desempeña eficazmente en la gestión de: servicios clínicos en un 100%. Con criterio de algunas veces: servicios comunitarios, procesos y/o proyectos educativos y gestión de servicios y/o programas en un 50% cada uno de ellos. En el nivel III consideran que algunas veces el profesional de enfermería se desempeña eficazmente en la gestión de: servicios clínicos, comunitarios, Procesos y/o proyectos educativos, gestión de servicios y/o programas en un 50% cada uno de ellos.

Grafica 30 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



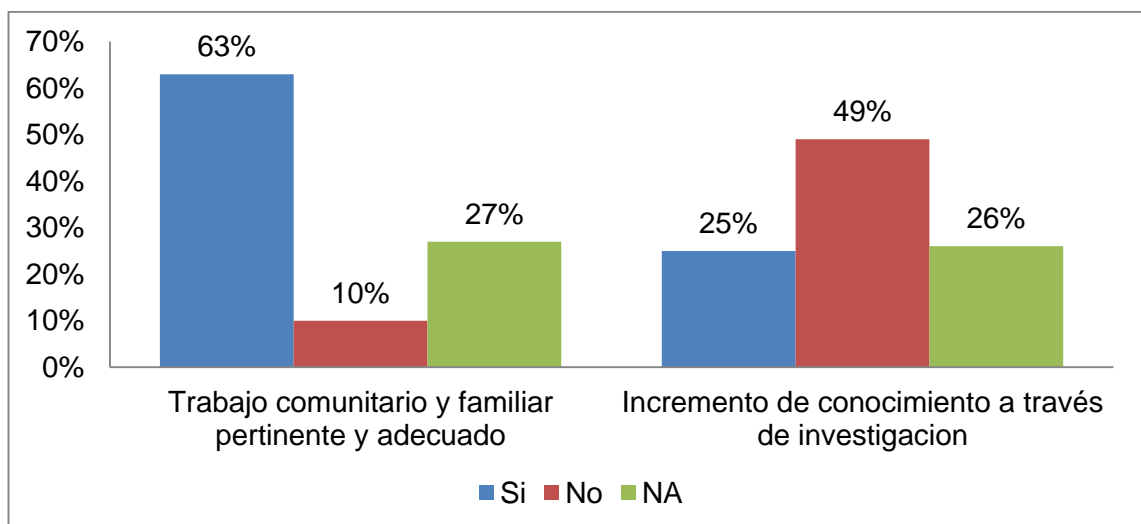
FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.3.5 Acerca del desempeño profesional desde las apreciaciones de los miembros del equipo de salud

Según la percepción que tienen los miembros del equipo de salud el trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado en un 63%, no es pertinente en un 10% y no aplica en un 27%. No realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos en un 49%, no aplican en un 26% y si las realiza en un 25%. (Ver grafica 31).

En el nivel I consideran que el trabajo de enfermería a nivel familiar y comunitario es pertinente en un 66%, no realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos en un 83%. En el nivel II consideran que el trabajo de enfermería a nivel familiar y comunitario es pertinente en un 75%, no realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos en un 40%. En el nivel III consideran que la pertinencia del trabajo de enfermería a nivel comunitario, familiar es pertinente y adecuada no aplica en un 50%; realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos no aplica en un 45%.

Grafica 31 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre el desempeño del profesional de Enfermería. (Parte 1). Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

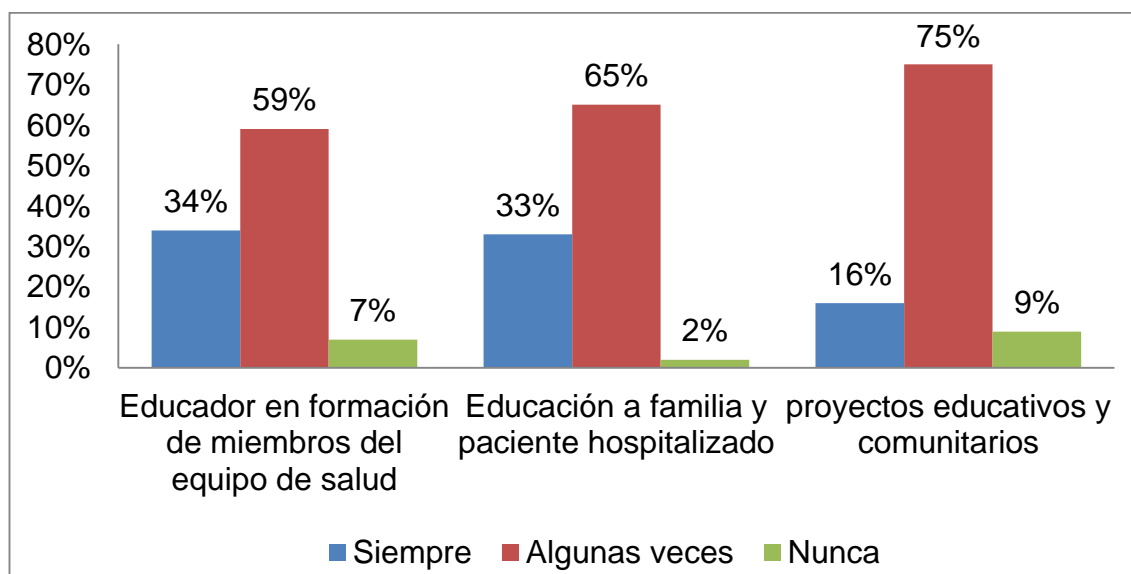


FI: RSPEIPS. POP.2012

Los resultados según la opinión del equipo de salud con criterio de algunas veces fueron de orden de mayor a menor porcentaje los siguientes: el profesional de enfermería desarrolla proyectos educativos en la comunidad tendientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en un 75%; brinda educación a la familia y al paciente hospitalizado en un 65% y asume el papel de educador en la formación de los miembros del equipo de salud en 59%. (Ver grafica 32).

En los niveles I, II y III de atención los miembros del equipo de salud opinaron que algunas veces el profesional de enfermería desarrolla proyectos educativos en la comunidad tendientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brinda educación a la familia y al paciente hospitalizado y asume el papel de educador en la formación de los miembros del equipo de salud.

Grafica 32 Distribución porcentual según criterio de los directivos sobre el desempeño del profesional de Enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

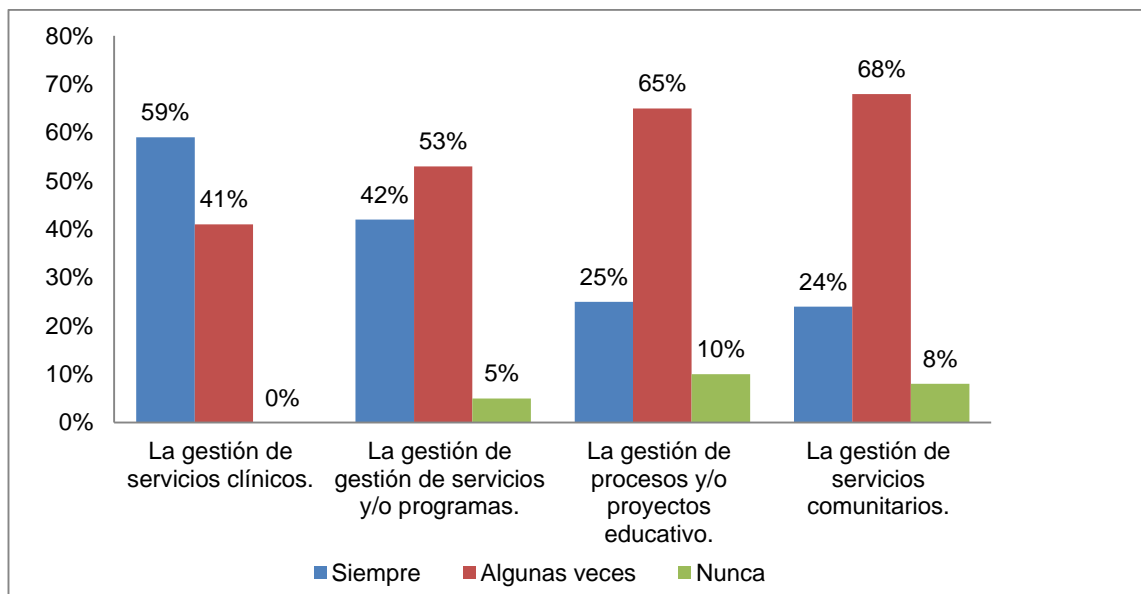
El profesional de enfermería desde la percepción que tienen los miembros del equipo de salud siempre se desempeña eficazmente en la gestión de servicios clínicos en un 59%. Con criterio de algunas veces la gestión de: servicios comunitarios en un 68%; procesos y/o proyectos educativos en un 65% y la gestión servicios y/o programas en un 53%. (Ver grafica 33).

En el nivel I los resultados con criterio de algunas veces fueron los siguientes: la gestión de servicios clínicos; la gestión de servicios comunitarios; la gestión procesos y/o proyectos educativos y la gestión servicios y/o programas.

En el nivel II la opinión que corresponde al criterio siempre fue la siguiente: gestión de servicios clínicos en un 65%. Los resultados con criterio de algunas veces fueron los siguientes: la gestión de servicios comunitarios; la gestión procesos y/o proyectos educativos y la gestión servicios y/o programas.

En el nivel III la opinión que corresponde al criterio siempre fueron de orden de mayor a menor porcentaje las siguientes: la gestión de servicios clínicos en un 62% y la gestión de servicios y/o programas en un 47%. Los resultados con criterio de algunas veces fueron la gestión de procesos y/o proyectos educativos en un 65% y la gestión de servicios comunitarios en un 60%.

Grafica 33 Distribución porcentual según criterio de los miembros del equipo de salud sobre el desempeño eficaz del profesional de Enfermería en la gestión de los diferentes servicios y proyectos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.

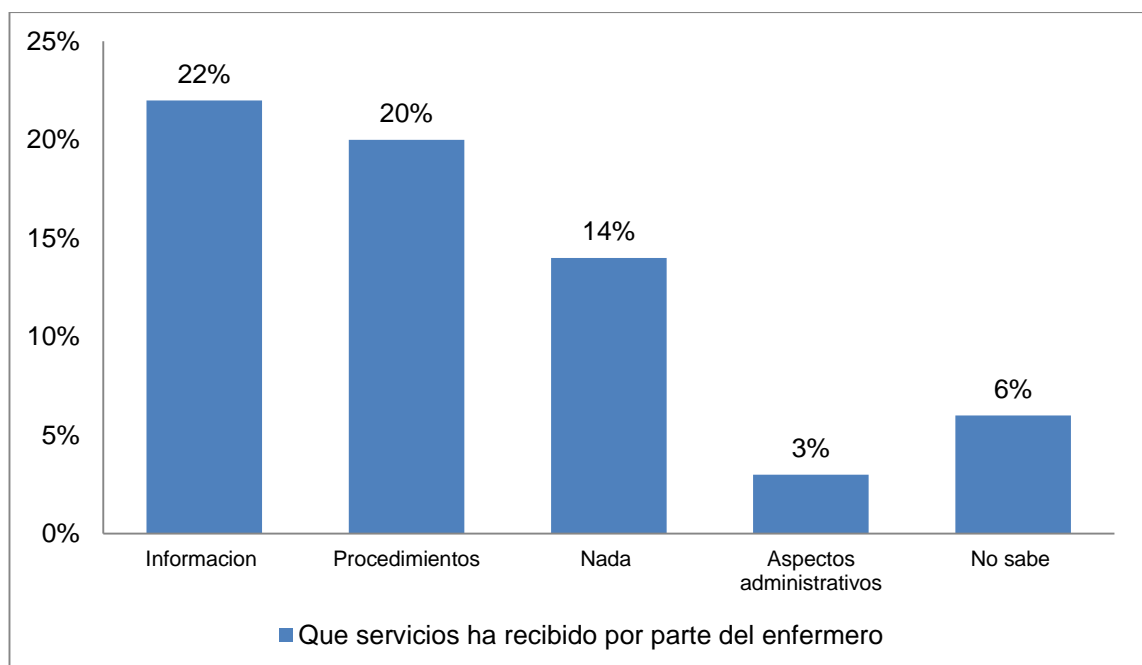


FI: RSPEIPS. POP.2012

4.1.3.6 Acerca del desempeño profesional y los servicios que le ha prestado el enfermero.

Los servicios que han recibido usuarios y sus familias por parte del profesional de enfermería fueron: información en un 22%, procedimientos en un 20%; no han recibido servicios en un 14%; aspectos administrativos en un 3% y no saben en un 6%. (Ver Grafica 34)

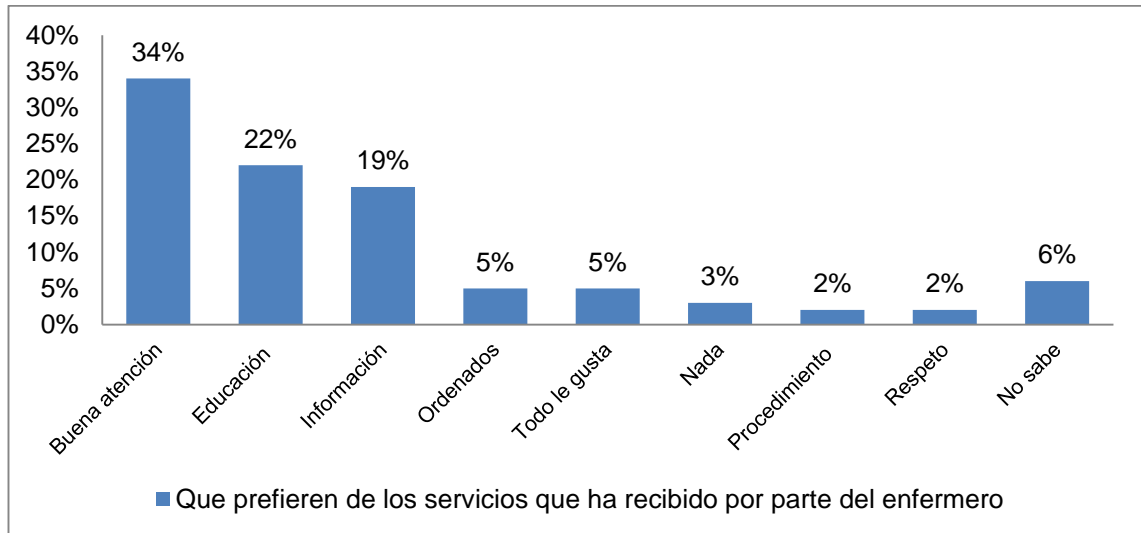
Grafica 34. Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Los resultados sobre la opinión de los usuarios y sus familias acerca de las preferencias por servicios recibidos por el profesional de enfermería fueron: la buena atención en un 34%; educación en un 22%; información en un 19%; es ordenado en un 5%, todo le gusta de los servicios que recibe en un 5%, nada les gusta en un 3%, procedimientos, respeto en un 2% cada uno de ellos y no saben en un 6%. (Ver Grafica 35).

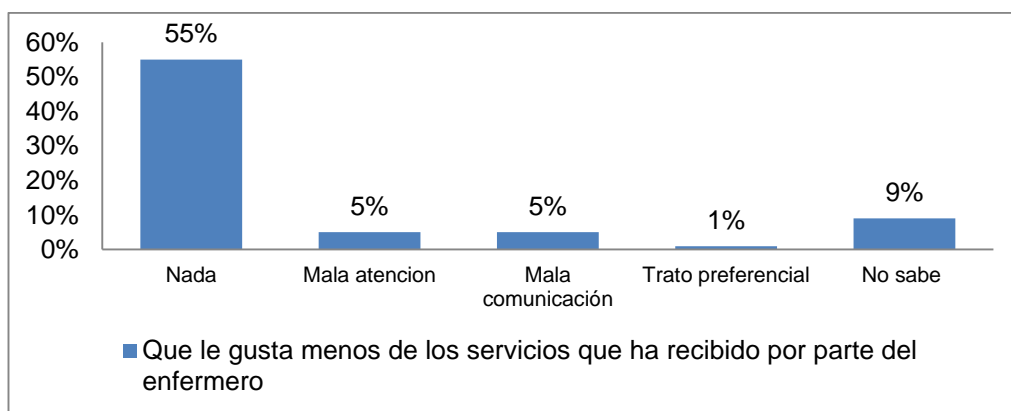
Grafica 35. Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que prefieren de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

En cuanto a lo que menos les gusta a los usuarios y familias de los servicios que han recibido por parte del profesional de enfermería opinan que: nada les disgusta en un 55%; la mala atención, mala comunicación en un 5% cada una de ellas; trato preferencial en un 1% y no saben en un 9%. (Ver Grafica 36)

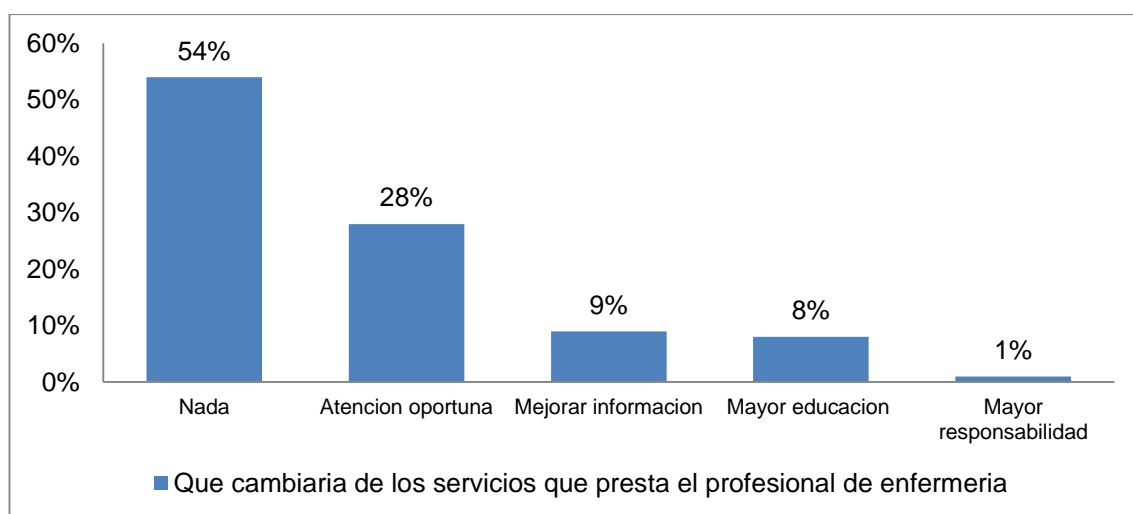
Grafica 36 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que menos les gusta de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Los usuarios y familias opinan que no cambiarían nada de los servicios recibidos por parte del profesional de enfermería en un 54% y sugieren que cambiarían en un porcentaje menor: la atención oportuna en un 28%, mejorar la información en un 9%, mayor educación en un 8% y mayor responsabilidad en un 1%. (Ver Grafica 37).

Grafica 37 Distribución porcentual según los usuarios y familias sobre lo que cambiarían de los servicios recibidos por el profesional de enfermería. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

En el nivel I según la opinión de los usuarios y sus familias sí reconocen al profesional de enfermería y se destacaron las cualidades profesionales y personales que acompañan al enfermero fueron, con una respuesta positiva y asertiva, buena atención, buena comunicación, amabilidad y opinan que no les disgusta nada del profesional en su totalidad.

En el nivel II algunas de las opiniones importantes para resaltar fueron: buena atención, responsabilidad, buena comunicación. En cuanto a los servicios que han recibido del profesional de enfermería expresaron no disgustarles nada de estos servicios recibidos.

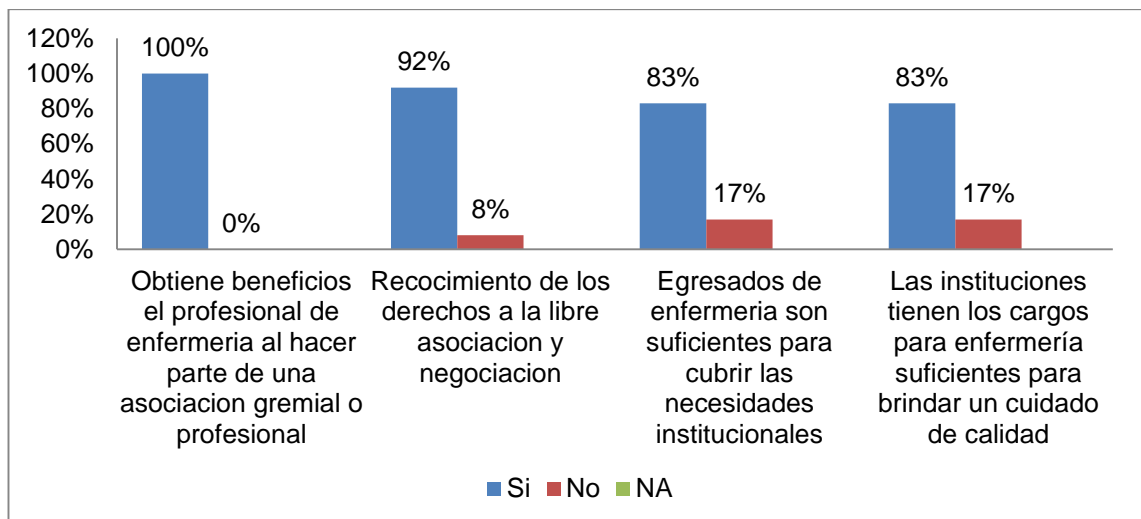
En el nivel III los usuarios y sus familias manifestaron que sí reconocen al profesional de enfermería, además destacan su buena atención, buena comunicación, responsabilidad, expresaron que no les disgustaba nada y no cambiarían nada de los servicios que han recibido.

Según las apreciaciones de los usuarios y los miembros de sus familias los resultados totales de la entrevista fueron: se reconoce al profesional de enfermería por sus principales características como son: la buena atención, responsabilidad, comunicación de manera respetuosa y amable, referente a los servicios que más ha recibido es el de información oportuna.

4.1.3.7 Acerca de la demanda laboral institucional.

Los resultados sobre la opinión de los directivos de las instituciones de salud acerca del reconocimiento social de la profesión de enfermería, relacionado con la demanda laboral institucional fueron en orden de mayor a menor ponderación los siguientes: el profesional de enfermería obtiene beneficios al hacer parte de una asociación gremial o profesional según la opinión de los directivos si los obtiene en un 100%, se le reconoce los derechos a la libre asociación y negociación en un 92%, los egresados de los programas de enfermería en Colombia son suficientes para cubrir las necesidades institucionales en un 83% y si las instituciones tienen los cargos de profesionales de enfermería suficientes para brindar un cuidado de calidad en un 58%. (Ver grafica 38).

Grafica 38 Distribución porcentual según los directivos sobre la demanda laboral institucional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



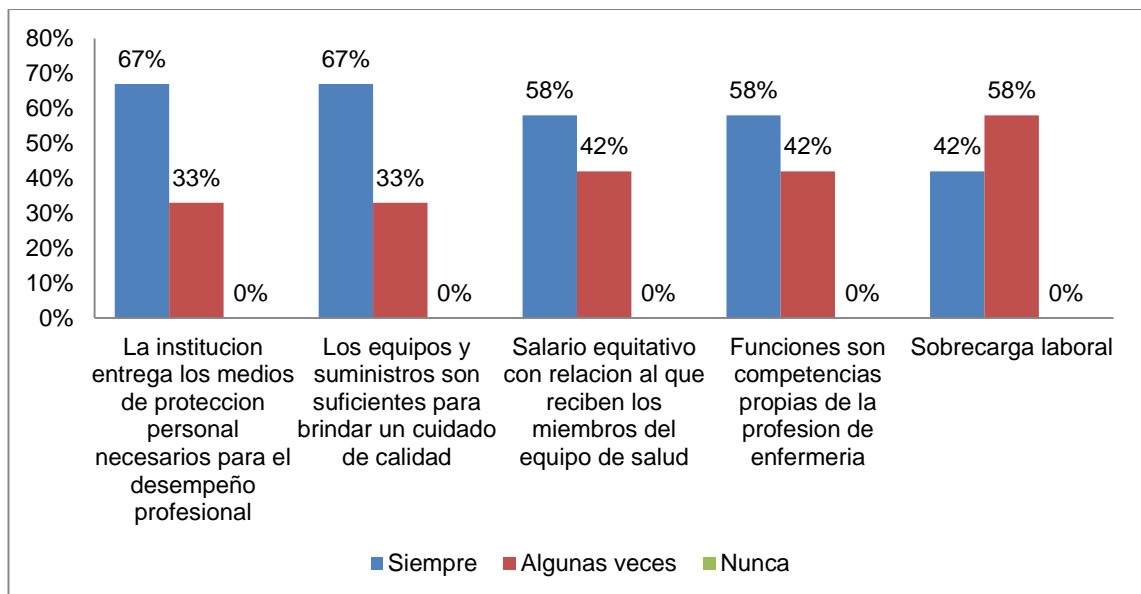
FI: RSPEIPS. POP.2012

La opinión de los directivos sobre la demanda laboral institucional también fue expresada con criterios de siempre, algunas veces.

Según la opinión de los directivos la institución siempre entrega los medios de protección personal necesarios para desempeñar la labor profesional de enfermería en un 100%, los equipos/suministros que le asignan para las labores al profesional de enfermería son suficientes para brindar un cuidado de calidad en un 67% consideran que el salario que recibe el profesional de enfermería siempre es equitativo con relación, al que recibe el resto del equipo de salud y las funciones que desempeña siempre son competencias propias de la profesión en un 58% cabe resaltar que la pregunta que obtuvo mayor ponderación para la opción de algunas veces en un 58% corresponde a sobrecarga laboral. (Ver grafica 39).

Ninguno de los resultados anteriores tuvo como respuesta el criterio nunca.

Grafica 39 Distribución porcentual según los directivos sobre la demanda laboral institucional. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

La principal forma de contratación que refieren los directivos corresponde a las asociaciones en un 58%, sindicatos en un 33% y en último lugar Orden de Prestación de Servicios (OPS) en un 9%.

En el nivel I consideran que los egresados de los programas de enfermería que se ofrecen en Colombia son suficientes para cubrir las demandas institucionales, los cargos de enfermería son suficientes para brindar un cuidado de calidad, derecho a la libre asociación y negociación y obtiene beneficios al hacer parte de una asociación gremial en un 100%.

En nivel II consideran que los egresados de los programas de enfermería que se ofrecen en Colombia no son suficientes para cubrir las demandas institucionales y que los cargos de enfermería no son suficientes para brindar un cuidado de calidad en un 50%.

En el nivel III consideran que algunas veces los profesionales de enfermería desempeñan competencias propias de la profesión y hay sobrecarga laboral en un 75 %.

4.1.4. Percepción que tienen los enfermeros acerca de su profesión y los posibles estereotipos que pueden estar afectando su reconocimiento.

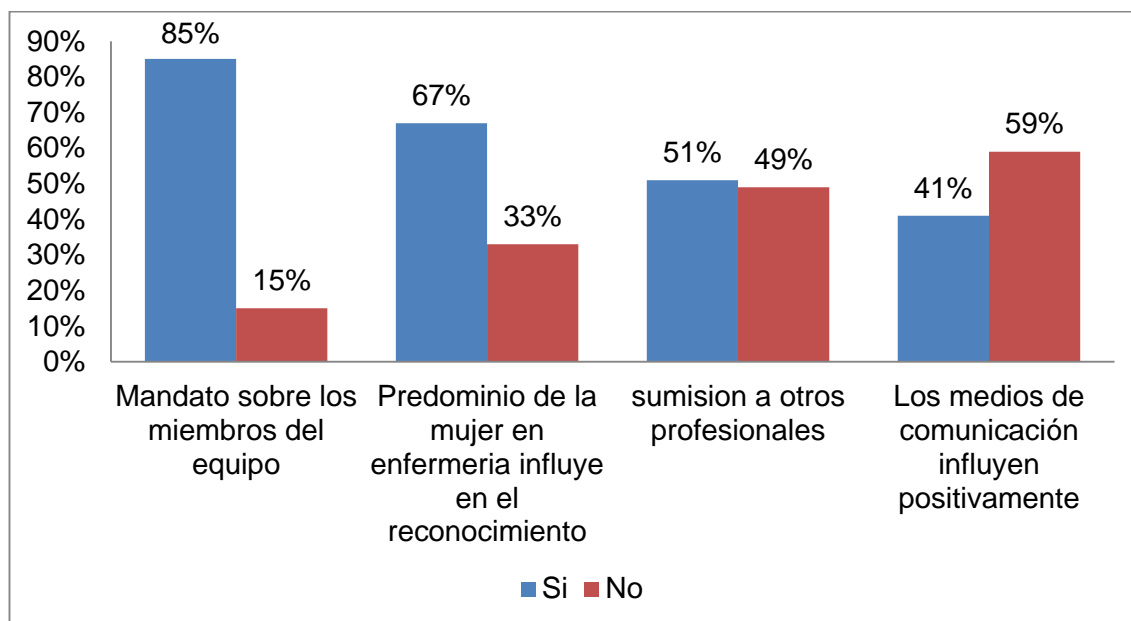
Los resultados acerca de estereotipos fueron los siguientes afirman: existe mandato sobre los miembros del equipo en un 85%; predominio de la mujer en enfermería influye en el reconocimiento en un 67%; sumisión frente a otros miembros del equipo en un 51% y los medios de comunicación no influyen positivamente en el reconocimiento en un 59%. (Ver Grafica 40)

En el nivel I y II de atención en salud, en cuanto a los estereotipos el profesional de enfermería refirió que los medios de comunicación influyen positivamente en el reconocimiento social de la profesión en un 50%

En el nivel II los resultados fueron los siguientes: el predominio de la mujer en enfermería no influye en el reconocimiento social de la profesión en un 60%. El profesional de enfermería se encuentra siempre sumiso a otros miembros del equipo de salud, los medios de comunicación influyen positivamente en el reconocimiento en un 50% cada uno de ellos.

En el nivel III los resultados fueron los siguientes: El profesional de enfermería no se encuentra sumiso a otros miembros del equipo de salud en un 96%; los medios de comunicación no influyen positivamente en el reconocimiento social de la profesión en un 76%.

Grafica 40 Distribución porcentual según criterio de los enfermeros sobre la percepción acerca de su profesión y los estereotipos. Reconocimiento social profesión Enfermería en Instituciones públicas de salud. Popayán 2012.



FI: RSPEIPS. POP.2012

Acerca de los estereotipos que están afectando el reconocimiento social del enfermero desde su propia percepción consideran que ejercen mandato sobre los miembros del equipo de salud, que el predominio de la mujer influye en dicho reconocimiento y que hay sumisión a otros miembros del equipo de salud.

5. DISCUSIÓN

En este capítulo se discutirán los resultados de la siguiente manera: Primero, las cualidades personales y profesionales, y los principios éticos que acompañan al enfermero, desempeño y demanda profesional según la opinión de los directivos, equipo de salud y enfermeros; segundo, las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero, el desempeño profesional según la opinión de los usuarios y los miembros de sus familias; y tercero de los estereotipos que pueden afectar el reconocimiento social según la opinión de los enfermeros.

5.1. LAS CUALIDADES PERSONALES Y PROFESIONALES, Y LOS PRINCIPIOS ÉTICOS QUE ACOMPAÑAN AL ENFERMERO, DESEMPEÑO Y DEMANDA PROFESIONAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS, EQUIPO DE SALUD Y ENFERMEROS.

El reconocimiento social de una profesión se entiende como el conjunto de rasgos que caracterizan al profesional en la sociedad, en donde intervienen la opinión, la apreciación, el desempeño y la demanda de su trabajo.

Las principales cualidades personales y profesionales que acompañan al profesional de enfermería encontradas en la investigación son: la responsabilidad, la claridad en los registros escritos, la toma de decisiones y la capacidad resolutoria de necesidades y problemas.

La principal cualidad encontrada fue la responsabilidad, esta característica también es determinada en la ley 911 de 2004 o código deontológico de enfermería donde se estipula la responsabilidad del profesional de enfermería en diferentes ámbitos tales como: en la práctica, con los sujetos de cuidado, con sus colegas, con el equipo de salud, con las instituciones; También en las competencias Tunning América Latina se menciona la responsabilidad y el compromiso ciudadano como característica del profesional de enfermería; El Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca determina que el egresado se caracteriza por valores como la responsabilidad, la disciplina, la solidaridad, el respeto, y tiene una gran sensibilidad social que lo motiva a aportar a la construcción de una sociedad justa.

Otra cualidad que se destacó en el profesional de enfermería fue la claridad en el diligenciamiento de registros escritos de enfermería, para lo cual inferimos que los registros a los que se hace mención pueden estar relacionados con aquellos que apoyan la labor administrativa y de gestión, y no solo los de cuidado.

Además se encontró que la toma de decisiones cuando le corresponde es otra cualidad importante, esta toma de decisiones se da a nivel institucional, y por tanto la investigación no permitió identificar si existe toma de decisiones más generales o a nivel de políticas para afirmar o negar lo expresado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el artículo titulado: La Enfermería en la Región de las Américas en donde se afirma que:la participación de la enfermería en los procesos decisorios es insignificante, su influencia en la toma de decisiones relativas a las políticas es muy limitada.

Las cualidades encontradas que menos acompañan al profesional de enfermería fueron: la autonomía en la toma de algunas decisiones, la iniciativa en la generación de proyectos, la adaptación sin detrimento en la calidad de la atención y el desarrollo de pensamiento crítico ante las diferentes situaciones.

De las cualidades anteriormente nombradas se encontró que la que menor ponderación tuvo fue la autonomía en la toma de algunas decisiones a nivel institucional, inferimos que esta situación se puede deber a que diferentes miembros del equipo de salud intervienen en el manejo del paciente, y que el criterio médico es más decisorio que el criterio de enfermería, se podría decir que la autonomía de enfermería es parcial, lo anterior se relaciona con lo expresado por TAPP Dianne y colaboradores en la investigación "La autonomía en la práctica de enfermería" que expresa que: "una profesión es una combinación estructural de las tres características típicas: conocimiento acreditado mediante títulos, autonomía en el desempeño y reconocimiento social. Esto implica funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales. La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el que hacer".

La práctica de enfermería implica desarrollar pensamiento crítico ante las diferentes situaciones que se presentan, sin embargo esta cualidad al igual que la autonomía en la opinión fue menos valorada. Consideramos de acuerdo a la experiencia universitaria que el pensamiento crítico se ha desarrollado de manera parcial en las actividades teóricas y prácticas a lo largo de la formación lo que implica que desde la universidad se debe fortalecer el desarrollo de esta

cualidad, para que el aprendizaje y la incorporación del conocimiento científico se interioricen poniendo en práctica el pensamiento crítico para el desempeño profesional dada su importancia que se enmarca desde la misión institucional de la Universidad del Cauca que respecto a esta cualidad en la formación profesional se señala que: "... tiene un compromiso vital y permanente con el desarrollo social, mediante la educación crítica, responsable y creativa".

Sobre la importancia del pensamiento crítico Macrina Salgado Brito en el artículo "Importancia de aplicar el Pensamiento Crítico en Enfermería" expresa que: "El pensamiento analítico crítico en el ámbito de la enfermería permite focalizar la valoración y emitir un diagnóstico de la situación, con el cual sustentar el resto de las etapas del proceso de enfermería". Las habilidades del pensamiento crítico se presentan no sólo como instrumento para el juicio clínico, o como ayuda para el proceso de enfermería, sino como componentes esenciales de los diversos aspectos de la enfermería, incluyendo la enseñanza, el aprendizaje y el razonamiento moral y ético.

Con respecto a la comunicación se encontró que el profesional de enfermería tiene en cuenta para comunicarse: el respeto, la tolerancia y la comunicación efectiva.

En la ley 266 de 1996 se estipula que uno de los principios de la práctica profesional es la dialoguicidad que fundamenta la interrelación enfermera paciente, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Sobre la comunicación también el Código Deontológico de Enfermería versa así: "Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al paciente, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando este se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado". Consideramos que la comunicación forma parte del proceso de interacción con los pacientes para que se garantice una relación terapéutica eficaz, condición indispensable para mejorar la práctica. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto hospitalario y comunitario tiene asegurado gran parte su éxito profesional.

Sobre lo concerniente a los principios éticos, las opiniones acerca del actuar de enfermería en su práctica profesional, se encontró que el profesional actúa bajo los principios consagrados en la ley 911 de 2004 y la Ley 266 de 1996: Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad.

Las áreas en que más se desempeña el profesional de enfermería, en primer lugar es el área asistencial, seguida del área administrativa, la educación, el área comunitaria, y la investigación. El área de mayor desempeño encontrada también se determinó en el estudio de investigación realizado por Ana Bolena Muñoz titulado: Ejercicio laboral y grado de satisfacción del profesional de Enfermería en los niveles de atención de salud 1, 2, 3 Popayán 2006-2008 en donde se encuentra que: “las áreas en las que con mayor frecuencia se desempeñan los profesionales de enfermería en la ciudad de Popayán son: la asistencial y la administrativa, con porcentajes significativos respectivamente. El área asistencial es probablemente el área que más oferta brinda a los profesionales de enfermería...”.

Se encontró que en el área asistencial el profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para la práctica, entendiéndose por habilidades la incorporación de competencias y capacidades nuevas en el sector salud.

El área de investigación ocupó el último lugar según la opinión de los directivos, llama nuestra atención que aunque esta área se destaca en la misión del programa de enfermería de la Universidad del Cauca en donde se enfatiza en el desarrollo disciplinar, proyección social, y aptitudes cognitivas, investigativas y comunicativas, entre otras, y teniendo en cuenta que la mayoría de los encuestados eran egresados de esta universidad, creemos que puede deberse a que la investigación durante nuestra vida estudiantil se desarrolla como ejercicio académico y por lo tanto no podemos dimensionar su importancia en el desempeño profesional, esta premisa se apoya con lo encontrado en la investigación citada anteriormente que expresa que: “solo el 1% de los profesionales de enfermería prefiere realizar funciones de investigación, ya que las instituciones no vinculan a profesionales de enfermería exclusivamente a investigación, solo ocurre desde el medio universitario cuando una institución tiene un proyecto específico generalmente con financiación externa”.

Respecto al conocimiento de las diferentes áreas de desempeño se encontró que fueron reconocidas por el personal directivo, y médico que fueron encuestados.

Con relación al desempeño profesional se encontró que el enfermero solo algunas veces asume el papel de educador con los usuarios, familias, y comunidad, tampoco lo realiza con los miembros del equipo de salud y por tanto desarrolla pocos proyectos educativos.

El profesional de enfermería tiene un rol de educador muy importante en el ejercicio profesional, sin embargo en las instituciones los enfermeros se dedican en gran parte en tareas administrativas por lo tanto su rol de educador se abandona debido a que es escaso el contacto con el sujeto de cuidado.

Sobre lo correspondiente a la demanda laboral de profesional de enfermería en Popayán, se destaca que en la presente investigación la mayoría de profesionales encuestados son egresados de la Universidad del Cauca para lo cual inferimos que la demanda es mayor dado que el prestigio que tiene dicha universidad es alto. Situación que coincide con lo encontrado en el estudio de Ana Bolena Muñoz en el cual se encontró que el 75% de los profesionales son egresados de la Universidad del Cauca, que equivalen a las dos terceras partes de los profesionales de enfermería que laboran en Popayán.

Acerca de la oferta laboral se encontró que según la opinión de los directivos los egresados de enfermería son suficientes para cubrir las necesidades institucionales sin embargo en el artículo de Consejo Técnico Nacional de Enfermería titulado "Sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia" en 2010 se expresa que: "el recurso profesional de Enfermería es insuficiente. Según el Estudio de Recursos Humanos de la Salud en Colombia, año 2006, con una población estimada, según el DANE de 43.405.387 se calculó 5.2 graduados en Enfermería por 100.000 habitantes. Según datos del Registro RUN-ANEC, el número de profesionales de Enfermería en el país hasta septiembre 2011, es de 44.519, de los cuales se encuentran registrados "habilitados para el ejercicio profesional" 29.598, que corresponde al 66% de los egresados.

Otro resultado encontrado es que se reconocen los beneficios de hacer parte el profesional de enfermería de una asociación gremial, consideramos que al hacer parte de una asociación gremial permite a los enfermeros conocer los derechos y la manera como definir un acceso al mercado laboral efectivo donde garantice unos medios de contratación adecuados, en relación con este concepto, en el artículo de investigación del Consejo Técnico Nacional de Enfermería expresan que: "El 6% de los profesionales de enfermería es miembro de una organización gremial sindical, y el 2% participa en alguna asociación. El 65% de los profesionales dice no conocer sus derechos y 35%

de los profesionales que laboran mediante contratación flexible, firma su contrato una vez iniciado su trabajo, y no distingue la connotación del rol que mediante el contrato se le asigna.”

Se encontró que solo algunas veces existe sobrecarga laboral según la opinión de los encuestados sin embargo lo planteado en la publicación sobre el perfil y competencias específicas del profesional de enfermería expresa que el ejercicio profesional de Enfermería se ve afectado por factores tales como: Sobrecarga laboral: jornadas de trabajo extensas; cambios y rotaciones frecuentes del sitio de trabajo.; Limitaciones en materiales, insumos, medicamentos, equipos, dotación e infraestructura.; Exposición a riesgos ergonómicos, biológicos, físicos y psicológicos; Baja remuneración; Nuevas formas de contratación que con llevan a la pérdida de la estabilidad laboral, al deterioro de la seguridad social.

5.2. LAS CUALIDADES PERSONALES Y PROFESIONALES QUE ACOMPAÑAN AL ENFERMERO, EL DESEMPEÑO PROFESIONAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS Y LOS MIEMBROS DE SUS FAMILIAS.

Solo la mitad de los usuarios y miembros de sus familias que intervinieron en el estudio, reconocieron al profesional de enfermería, lo que indica que la otra mitad no saben quién es el profesional, inferimos que esto puede deberse al escaso contacto que hay entre el enfermero y el paciente situación que hemos observado cuando se acude a las prácticas formativas. Igual situación se encontró en el artículo de investigación de Buttice, Carolina llamado el campo ocupacional de la enfermería: un “espacio de lucha” donde expresa que: “los profesionales universitarios asumen las tareas de supervisión dejando las más operativas a los auxiliares, los profesionales realizan tareas vinculadas a la planificación del cuidado, manteniendo distancia, aunque relativa, con las funciones de cuidado asistencial. Mientras que los auxiliares privilegian en su óptica el contacto directo con los pacientes, sustentado sus prácticas en lo afectivo, se trata de tareas de cuidado asistencial”.

Tal como se presentó al inicio de la discusión con respecto a la comunicación se encontraron como las principales cualidades del profesional de enfermería: la buena comunicación e información brindada en temas relacionados con la salud del paciente, resolución de problemas e inquietudes que surgen en el transcurso de la estancia hospitalaria. El trabajo de Gloria Inés Prieto de Romano en la publicación titulada “Comunicación asertiva en enfermería” expresa que: “El fundamento del cuidado de enfermería es la relación interpersonal terapéutica que establece la enfermera con el sujeto de cuidado y

con su familia; así mismo se relaciona con los demás trabajadores de la institución donde ejerce la profesión. Dicha relación a su vez se fundamenta en la comunicación, de ahí la importancia de que esta se caracterice por la asertividad; cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo del ejercicio profesional.”

Además acerca de la comunicación Samaniego, Corina en el artículo titulado “La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo” expresa que la comunicación implica ser parte del equipo de salud, educar, acompañar, escuchar, contener, aconsejar, tomar iniciativas, estar con el paciente, lo cual resulta ser reconocido por la comunidad.

Consideramos que en su actuar diario, el personal de Enfermería debe establecer procesos de comunicación con las diferentes personas a su alrededor, lo que les lleva a establecer relaciones interpersonales con todas aquellas personas a quienes brinda cuidados tanto a pacientes como miembros de sus familias. La opinión de los usuarios y sus familias sobre los cuidados recibidos de enfermería está muy relacionada con el cumplimiento por parte de los enfermeros con sus responsabilidades, que pueden ser resumidas de forma muy general en: promover la salud, evitar enfermedades, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento, al satisfacer todas las necesidades de individuos, familias y comunidades.

5.3. ACERCA DE LOS ESTEREOTIPOS QUE PUEDEN AFECTAR EL RECONOCIMIENTO SOCIAL SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS.

Los estereotipos que pueden afectar negativamente el reconocimiento social de la profesión de enfermería según la opinión de los mismos enfermeros fueron: mandato sobre los miembros del equipo, predominio de la mujer, sumisión a otros profesionales y los medios de comunicación. Los estereotipos que impone la sociedad a determinadas profesiones crean imágenes distorsionadas de su verdadero rol y de la contribución que hacen a la comunidad.

Lo correspondiente al estereotipo de sumisión a otros miembros del equipo de salud consideramos que algunos enfermeros todavía mantienen la creencia de que su actuar profesional está sujeto al criterio médico lo que está relacionado con lo encontrado en la primera parte acerca de las cualidades personales y profesionales que expresa que solo algunas veces el profesional tiene autonomía, esto puede deberse a que se mantiene la jerarquía de las

relaciones de poder, esta idea basada en que se encontró que la mitad de los profesionales refiere dicha sumisión, también cabe resaltar lo acontecido desde los inicios de la profesión, como lo expresan en el artículo Mónica Burgos Moreno y colaboradora titulado "Enfermería como profesión." La marcada dependencia médica desde los inicios de la profesión, desde la era Nightingale, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras. Dicha formación poseía una marcada dependencia del médico sobre la atención de salud, y la enfermera debía limitarse a cumplir sus órdenes. Así presentado el gran desafío fue en años posteriores, al establecerse en una profesión de formación formal y por lo tanto esto se debía también traducir en una compensación económica y reconocimiento social.", con respecto al estereotipo de sumisión antes mencionado también podemos referenciar lo que expresa Daniel Sifuentes Leura en el artículo de investigación titulado "Enfermería reconocimiento social y subutilización profesional: "algunos enfermeros advierten una cierta indefinición de rol profesional percibido por la comunidad y particularmente vinculado al carácter subalterno : creen que nuestra tarea radica en cumplir órdenes médicas, distribuir medicamentos, en realizar prácticas de higiene y confort, nos identifican con la jeringa y a cofia, nos identifican como la mano derecha del médico cuando en realidad somos la mano derecha del paciente."

Los enfermeros opinaron que el estereotipo de la mujer y su predominio en la profesión de enfermería influyen en el reconocimiento social, dado que son un grupo mayoritario. Desde sus inicios el cuidado en el hogar estaba a cargo de la mujer, la atención prioritaria prestada por la mujer cuidadora tenía como objetivo el mantenimiento de la vida, luego paso a ser una vocación religiosa, la mujer era vista como la cuidadora ideal sin un sustento científico y teórico claro, en donde predominaba un modelo de sumisión al equipo médico en el cual no había una laboralización del cuidado, solo se realizaba dicho cuidado con voluntariedad sin formación universitaria, también cabe mencionar lo expresado por Colliere: los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Con relación a lo anterior en el trabajo de investigación de Ana Bolena Muñoz referenciado anteriormente se manifiesta que: "A través de la historia la enfermería ha sido desarrollada por la mujeres, pero también se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando en consecuencia y con el pasar del tiempo, paso de ser una actividad a una profesión que era desempeñada solo por mujeres y que en la actualidad ha aumentado su desempeño por parte del género masculino, en la Universidad del Cauca la participación masculina en la matrícula del programa de enfermería ha ido progresivamente en aumento

Además Lázaro Luis Hernández Vergely colaborador en su artículo titulado "Imagen social de la enfermería en Cuba y en Belice" se encuentra que: "Virginia Henderson afirmó: "que mientras las enfermeras sean predominantemente mujeres y la imagen de la enfermería se confunda con el concepto de lo que una mujer debiera ser... esta situación debe afectar tarde o temprano la imagen pública de la enfermera".

Consideramos que la imagen de feminidad de enfermería ha ido cambiando debido a que a través del tiempo, se ha incrementado paulatinamente el número de hombres que optan por la profesión de enfermería, también se puede evidenciar esta idea con el trabajo de investigación de Ana Bolena Muñoz que anota que desde la creación del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca en 1973 hasta 1983 y posterior a su matrícula, egresaron 242 enfermeros de los cuales el 3% pertenecían al género masculino, de 1986, hasta 1996 egresaron 254 enfermeros de los cuales el 14% pertenecían al género masculino de 1997 hasta el 2007 egresaron 476 enfermeros de los cuales el 26% pertenecían al género masculino los anteriores reportes son análogos a los arrojados en la investigación de Muñoz, María Nelcy y Cols. En la Universidad Libre de Pereira en el año 2005, donde informa que se ha presentado una ruptura en la concepción de género relacionado con el aumento en el número de hombres que se matriculan en el programa de Enfermería, sin embargo esta situación no ha trascendido en la demanda por la profesión dado que en la mayoría de las universidades de Colombia, los aspirantes al programa de enfermería de género masculino no superan el total del 10% inscrito.

Sobre los medios de comunicación los profesionales de enfermería creen que estos influyen de forma negativa en el reconocimiento social. Francisco Muñoz Ronda en el artículo Imagen de enfermería en los medios de comunicación, reflejo de una realidad social del 2008 expresa: "Mientras sociedad, administraciones y medios de comunicación crean que los cuidados de calidad deben ser gestionados por los médicos, y la valoración de los problemas de dependencia y autonomía de la población deben ser determinados por otros profesionales, las enfermeras continuaremos estando tristemente sorprendidas, aunque no se alarmen, les seguiremos cuidando. Además, los medios han potenciado el perfil del profesional que realiza tareas rutinarias de importancia limitada, siempre bajo la supervisión de una mente más diestra y capaz, siempre dispuesta a obedecer, anhelando y lamentándose eternamente de no haber sido médico y condenada a ser lo que es."

6. CONCLUSIONES

- El profesional de enfermería se caracteriza por ser una persona que actúa con responsabilidad, sabe tomar decisiones y tiene la capacidad de identificar las necesidades en el medio de trabajo y brindar una solución ante los problemas presentes; sin embargo las cualidades menos valoradas fueron, autonomía, liderazgo dentro del equipo de salud, iniciativa en la generación de proyectos.
- Es necesario que se fortalezca desde la academia el pensamiento crítico, pues esta actividad intelectual ayuda a desarrollar habilidades de razonamiento y pensamiento lógico, dirigido al logro de un objetivo, y así contribuir con ello a incrementar el reconocimiento tanto a nivel profesional como personal.
- Se reconoce que el profesional de enfermería es más eficiente en el desempeño profesional en servicios clínicos, donde existe una mejor vinculación laboral, comparada con la escasa labor a nivel comunitario.
- Es necesario incrementar la relación enfermero/ paciente. En el trabajo se encontró que solo la mitad de los usuarios y familias reconocen al profesional de enfermería, actualmente este profesional está inmerso en actividades de tipo administrativo, y delega el cuidado al personal auxiliar alejándose del ser y esencia de la profesión que es el cuidado.

7. RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados obtenidos en la presente investigación ante instituciones de salud, instituciones educativas, asociaciones académicas y gremiales.
- Realizar una segunda fase investigativa sobre el reconocimiento social de la profesión de enfermería en ámbitos diferentes a las instituciones de salud.
- Fortalecer en el medio académico y en las instituciones de salud los aspectos encontrados en la investigación que resaltan las cualidades profesionales y personales del profesional de enfermería como lo son la responsabilidad en el trabajo, la claridad en los registros escritos, la toma de decisiones, la capacidad resolutoria de problemas y necesidades y los principios.
- Realizar un plan de contingencia desde el ámbito universitario y desde las instituciones de salud para mejorar los aspectos que van en detrimento del reconocimiento social de la profesión y del cuidado.
- Cumplir con las funciones y competencias estipuladas en la ley 266 de 1966 y las competencias Tunning con el fin de consolidar la identidad profesional.
- Proponer debates desde la academia y en las instituciones de salud sobre la pérdida de condiciones laborales para el desarrollo personal y profesional de los enfermeros.
- Existe la necesidad de crear espacios académicos y profesionales que permitan y faciliten pensar en el futuro de la profesión de enfermería, tomando como partida el pasado y presente profesional.

- Preservar la imagen del profesional de enfermería, haciendo un llamado de atención a los medios masivos de comunicación por el uso inadecuado de la imagen profesional.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA QUERALTA Leister G. FREIRE CARDOSO José Fernando
Antecedentes Históricos. Programa de Enfermería. Universidad del Cauca
(online) Consultado el 07-mayo-2012. 14.00 horas. Disponible en:
www.unicauca.edu.co/versionP/oferta-academica/programas-de-pregrado/enfermeria.com

AUCCASI ROJAS Marcelino, MARQUEZ PARIENTE Sol Mary, European
Intitute For Leadership, (en línea) El liderazgo en enfermería. p.3.Consultado
el: 05-junio-2012. A las 11:55. Disponible en:
<http://europeanleadership.com/wp-content/uploads/2011/01/Liderazgo-en-enfermeria.pdf> roles de enfermería.

B. Farrigton: Mano y cerebro en la Grecia Antigua, Ayuso, Madrid, 1974.

B. Geremek, op.cit., P.150 y ss.

BRONISLAW Geremek. La piedad y la horca. Alianza Universidad, Madrid,
1989, P.24.

CHARTRES, Ivo , Carta a las monjas de Saint-Avit. (c.1091-1092); en Colliere,
op. cit., P. 43.

COLLIERE, op. Cit., P.12-13.

COLLIERE. op. Cit. P. 25-26.

DEMETRIOS J. Constantelos: Dictionary of the Middle Ages, Vol. 6, Nueva
York, 1985, P. 50-60.

Diccionario de Historia Eclesiástica de España, P. 217 y 218.

DIXON, S. The Roman Mother. Ed. Routledge, Londres, 1998, P. 253 y ss.

EL CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996 (En línea) Consultado el 04-
junio-2012. A las 18 horas. Disponible en:
(www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf)

EL CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004 (En línea) Consultado el 04-junio-2012. A las 18 horas. Disponible en: (www.elabedul.net/Documentos/Leyes/.pdf

El Modelo de Actuación de Enfermería y su Valor Humanista. Publicado miércoles 8 julio de 2009.

ELIZONDO F.: Desarrollo histórico de la Enfermería, en Prensa Medica Mexicana, México, tercera reimpresión, 1981, P. 20-24.

ENTRALGO Laín, op. Cit. Tomo, II, P. 30-49.

F. Elizondo, op. cit., P. 182

F. Elizondo, op. cit., P. 229-236.

F. Bertini, op. cit., P. 134.

FAJARDO TRASOBARES M^a Esther, GERMÁN BES Concha. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Granada, otoño 2004 Vol 25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200002>

GARCÍA BARRIOS Y CALVO CHARRO. Op. cit., P. 68-70.

GARCÍA BARRIOS Y CALVO CHARRO: Historia de Enfermería. Textos mínimos. Universidad de Málaga, 1992, P. 18-19.

GARCIA MARTIN CARO, Catalina y MARTINEZ MARTIN, María Luisa. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid HARCOURT, P. 16. Consultado el: 10- Junio –2012. A las 18 horas. Disponible en: www.scribd.com

GARCIA MARTIN CARO, Catalina. MARTINEZ MARTIN, María Luisa. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid HARCOURT, P. 40. Consultado el: 10- Junio –2012. A las 18 horas. Disponible en: www.scribd.com

GUGLIEMI, op. cit., P. 132.

GUILLÉN CADENA Dulce María, CUEVAS GUAJARDO Leticia, aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012; 2(2):42-45

HERMANDAD de Flexner Autonomía La American Nurses Association (ANA) (Asociación Norteamericana de Enfermería)

HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid interamericana/McGraw-Hill, 1995. P. 63.

HERNÁNDEZ CONESA, Juana María. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial interamericana/McGraw-Hill, 1995. P.31.

HISTORIA DE LA ENFERMERIA. LA ENFERMERIA EN UN MUNDO DE TRANSFORMACION. Consultado el 02-Junio-2012. A las 22.00 horas. Disponible en: [www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia de la enfermerla.htm](http://www.usuarios.multimania.es/aficionada1/historia_de_la_enfermerla.htm).

J.A. García de Cortázar: Historia General de la Alta Edad Media. Alianza, Madrid, 1983, P. 41

JAMIESON Y SEWAL: op. cit., P. 268-269.

LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO A LA LUZ DE LA LEY 911 del 2004. Revista de Enfermería. (Online) Consultado el 23-mayo-2012. A las 22 horas. Disponible en:www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1032007/Editorial.htm

MAYA MAYA María Cecilia Identidad profesional. Universidad de Antioquia revista: investigación y educación de enfermería ISSN (Versión impresa): 0120-5307

NIGHTINGALE Florence (1820 1910). Consultado el 02-06-2012. A las 23 horas. Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm>.

Números, 12, 10-11.

OPUSCULA S.P.N. Fancisci, 3.a(ed): Quaracchi, 1949.

P. Donahue, op.cit., P. 145.

P. Donahue, op.cit., P. 219-224.

P. Donahue, op.cit., P. 269.

P. Donahue. Historia de la Enfermería, Doyma, Barcelona, 1988, P. 17

PAREDES Lorena. Imagen social de la enfermera. Publicado: 17/ Diciembre /2010.

Regla de San Agustín y Constituciones de la Orden de las Religiosas Justinianas. Cuenca, 1958.

ROMERO VALLEN Maria Nuvia. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Presencia, Vol. 1, No. 1, junio 2005, P. 3, 6, 7.

SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Información legislativa. (En línea) Consultado el 04-junio-2012. A las 16:44 horas.: Disponible en: www.secretariasenado.gov.co.

VELANDIA MORA, Ana Luisa. La enfermería en Colombia. Análisis Sociohistórico. Artículo original

WADELABARGE, op. cit., P. 220

WADELABARGE, op. cit., P. 230.

WADELABARGE, op. cit., P.150-157.

CRONOGRAMA MARZO A DICIEMBRE DE 2012

Actividades	MES										
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Selección del tema.	■										
Revisión Bibliográfica	■										
Realización de fichas	■	■									
Delimitar problema		■									
Determinación de objetivos		■									
Realización de justificación		■									
Primera plenaria (elaboración documento Word)			■								
Realización de marco teórico			■	■							
Realización de primera parte de metodología (tipo estudio, muestra)				■							
Segunda plenaria				■							
Realización de segunda parte de metodología (variable, consideraciones, éticas)				■							
Realización de instrumento				■	■						
Tercera plenaria					■						

Anexo A Cronograma y presupuesto

Accesorias										
Prueba piloto										
Recolección de la información (cuestionario y encuesta) aplicación consentimiento informado.										
Análisis y tabulación de la información										
Resultados y discusión										
Informe Final y socialización										

Cronograma 2013

Actividades	Mes	
	Agosto	Septiembre
Revisión y ajustes finales del trabajo escrito		
Elaboración de artículo científico		
Sustentación final		

PRESUPUESTO GENERAL

RUBRO	TOTAL
Personal	\$ 3.680.000
Hora de internet	\$ 99.000
Materiales de oficina	\$ 39.000
Equipos	\$ 205.000
Impresiones	\$ 25.000
Fotocopias	\$ 30.000
CDs	\$ 10.000
Transporte	\$ 720.000
Comunicación	\$ 30.000
Total	\$ 4.838.000

PRESUPUESTO DESGLOSADO

INVESTIGADORES	Valor hora	Dedicación al proyecto en horas/semana	Vinculación al proyecto en meses	TOTAL
Asesora	\$ 50.000	2	3	\$ 2.400.000
Estudiante investigador 1	\$ 10.000	10	4	\$ 320.000
Estudiante investigador 2	\$ 10.000	10	4	\$ 320.000
Estudiante investigador 3	\$ 10.000	10	4	\$ 320.000
Estudiante investigador 4	\$ 10.000	10	4	\$ 320.000
VALOR TOTAL				\$ 3.680.000

Rubros	Descripción	Cantidad	Valor unitario	TOTAL	TOTAL
Hora internet	66 Horas	66 horas	\$ 1.500	\$ 99.000	\$ 99.000
Materiales de oficina	Resma papel	1	\$ 11.000	\$ 11.000	\$ 39.000
	Tablas	4	\$ 5.000	\$ 20.000	
	Lapiceros	8	\$ 1.000	\$ 8.000	
EQUIPOS	Mantenimiento Computadores	4	\$ 40.000	\$ 160.000	\$ 205.000
	Alquiler Video vean	3 horas	\$ 15.000	\$ 45.000	
Impresiones	Material para asesoría y trabajo escrito	250 hojas	\$ 25.000	\$ 25.000	\$ 25.000
Fotocopias	Artículos, libro e instrumentos	30.000	\$ 30.000	\$ 30.000	\$ 30.000
CDs	CD, Caratula, impresión digital en CD	1	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 10.000
Trasporte	A sitios de recolección de información	48 Pasajes	\$ 1.500	\$ 720.000	\$ 720.000
Comunicación	Llamadas	200 minutos	\$ 150	\$ 30.000	\$ 30.000
Total					\$ 1.158.000

Variable	Definición conceptual	Indicadores		Escala o nivel de medición	Pregunta
Las cualidades personales y profesionales que acompañan al enfermero	Son las características y actitudes que identifican al individuo como persona y profesional que le permite hacer de forma óptima las funciones en su puesto de trabajo	Autonomía		Nominal Dicotómica	¿Considera usted que el profesional de enfermería es autónomo en la toma de algunas decisiones? Siempre__Algunas veces Nunca_ ¿Por qué?
		Toma de decisiones		Nominal Dicotómica	¿El profesional de enfermería sabe tomar decisiones cuando le corresponde? Siempre__Algunas veces Nunca_ ¿Por qué?
		Liderazgo		Nominal Politomica	¿Cree que el Profesional de Enfermería tiene liderazgo dentro del equipo de salud? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?

		Principios éticos		<p>Nominal Politomica</p> <p>¿Considera que el profesional de enfermería actúa bajo los siguientes principios éticos en su desempeño:</p> <p>Beneficencia Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>No-Maleficencia Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>Justicia Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>Veracidad Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>Solidaridad Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>
--	--	----------------------	--	--

					<p>Lealtad Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>Fidelidad Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>
		Responsabilidad		Nominal Dicotómica	<p>¿Cree que el Profesional de Enfermería es responsable en la realización de su trabajo? Siempre__Algunas veces_Nunca_¿Por qué?</p>
		Pensamiento critico		Nominal Politomica	<p>¿El profesional de enfermería desarrolla pensamiento crítico ante diferentes situaciones que se presenten en el trabajo? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>

		Habilidades de comunicación		<p>Nominal Politomica</p> <p>¿Considera que el profesional de enfermería para comunicarse tiene en cuenta:</p> <p>-La Comunicación efectiva Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>-El Diálogo participativo. Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>-El Respeto Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p> <p>-Tolerancia Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>
--	--	-----------------------------	--	---

		Expresión escrita con claridad		Nominal Politomica	¿Considera que el profesional de enfermería diligencia con claridad los formatos escritos que le corresponden? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
		Identidad profesional		Nominal Politomica	¿Cree que el profesional de enfermería se siente comprometido con su desarrollo profesional? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
			Nominal Dicotómica	¿Considera que la identidad que tiene el profesional de enfermería con su profesión es la adecuada? Siempre__Algunas veces__Nunca_¿Por qué?	

		Habilidades practicas (profesional)		Nominal Dicotómica	¿Cree que el profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para el desarrollo de la práctica profesional? SI__ NO__ ¿Por qué?
		Iniciativa		Nominal Politomica	¿Cree que el profesional de enfermería tiene iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
		Solución de necesidades y problemas		Nominal Politomica	¿Cree que el profesional de enfermería tiene capacidad resolutoria de los diferentes problemas y necesidades que se presentan? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?

		Adaptabilidad		Nominal Politológica	¿Cree que el profesional de enfermería se adapta según las necesidades sin detrimento de la calidad en la atención? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
		Empatía		Nominal Politológica	¿Cree que el profesional de enfermería desarrolla empatía con sus compañeros de trabajo y usuarios tanto en su relación profesional? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Definición operacional	Escala o nivel de medición	Pregunta
El desempeño profesional	Es la manera como los miembros de una organización trabajan eficazmente, para alcanzar objetivos y metas propuestos.	Desempeño asistencial: Desempeño en el área clínica	Incluye desempeño clínico y comunitario El desempeño clínico se realiza en instituciones prestadoras del servicio de salud, en donde el profesional de enfermería brinda cuidado.	Nominal Dicotómica Nominal	¿Conoce las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería? SI__ NO__ ¿Por qué? ¿Cuál es el área de desempeño profesional a la cual le dedica más tiempo el profesional de enfermería? Clínica Comunitaria Gestión o administración Investigación Educación o docencia Enumere de 1 a 5 siendo 1 el área de mayor desempeño y 5 la de menor desempeño

		Desempeño en el área comunitario	Se realiza en contextos ambulatorios, familia y comunitarios en donde el profesional de enfermería brinda cuidado en aspectos de prevención y promoción.	Nominal Dicotómica	¿El trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado frente al contexto en el cual se encuentra? SI__ NO__ ¿Por qué? NA__
		Gestión	La actividad profesional va enfocada en planificar, organizar y evaluar servicios de enfermería, empleando una serie de recursos para conseguir un fin eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido.	Nominal Dicotómica	Los profesionales de enfermería se desempeñan eficazmente en la gestión de: - Servicios clínicos Siempre__Algunas veces_Nunca_¿ Por qué? - Servicios comunitarios Siempre__Algunas veces_Nunca_¿ Por qué? - Procesos y/o proyectos

					<p>educativos Siempre__Algunas veces_Nunca_¿ Por qué?</p> <p>- Gestión de servicios y/o programas Siempre__Algunas veces_Nunca_¿ Por qué?</p>
		Investigación	<p>La investigación es un proceso sistemático, formal y riguroso, que trata de obtener soluciones a los problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones con el cuidado y adquisición de conocimientos.</p>	Nominal Politomica	<p>¿Sabe usted si enfermería realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos? Siempre__Algunas veces__Nunca ¿Por qué?</p>
		Educación	<p>Se basa en una serie de acciones encaminadas a formar a todo el personal apto para el cuidado, favorecer el aumento de conocimientos a través de cursos, conferencias, congresos.</p>	Nominal Politomica	<p>¿Cree que el profesional de enfermería brinda educación a la familia y al paciente hospitalizado? Siempre__Algunas veces__Nunca ¿Por qué?</p>

				<p>Nominal Politomica</p> <p>¿El profesional de enfermería desarrolla proyectos educativos en la comunidad tendientes a la promoción y prevención? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>
				<p>Nominal Politomica</p> <p>¿El profesional de enfermería puede adquirir el papel de educador en la formación de los miembros del equipo? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?</p>

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Definición operacional	Escala o nivel de medición	Pregunta
Condiciones laborales	Están relacionadas con la seguridad, la salud y la calidad de vida en el empleo.	Oferta laboral	Cantidad de profesionales que ingresan al mercado laboral.	Nominal Dicotómica	¿Cree que los egresados de los programas de enfermería que se ofrecen en Colombia son suficientes para cubrir las necesidades institucionales? SI__ NO__NA ¿Por qué?
		Demanda laboral	Representa la cantidad de trabajadores que las empresas o empleadores están dispuestas a contratar o vincular.	Nominal Dicotómica	¿Considera que las instituciones tienen los cargos de profesionales de enfermería suficientes para brindar un cuidado de calidad? SI__ NO__ ¿Por qué?
		Salarios	Es una contraprestación económica, que recibe el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo	Nominal Politomica	¿Cree que el salario que recibe el Profesional de Enfermería es equitativo con relación al que recibe el resto del equipo de salud? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?

		Formas de Contratación	Llegar a un acuerdo con una persona para recibir un servicio a cambio de dinero u otra compensación.	Nominal Politomica	<p>¿Cuál es la forma de contratación más frecuente del profesional de enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación de planta__ - Asociaciones__ - Sindicatos__ - Otros. Cuales? <p>Marque con una X su respuesta</p>
		Carga laboral	Se define como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral.	<p>Nominal Politomica</p> <p>Nominal Politomica</p>	<p>¿Las funciones que desempeña el profesional de enfermería son competencias propias de esa profesión?</p> <p>Siempre__ Algunas veces__ Nunca</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Usted cree que hay sobrecarga laboral para el profesional de enfermería?</p> <p>Siempre__ Algunas veces__ Nunca</p> <p>¿Por qué?</p>

		Exposición a riesgos	Intensidad y duración del contacto con el factor de riesgo y la probabilidad de ocasionar un evento adverso	Nominal Dicotómica	¿La institución entrega los medios de protección personal necesarios para desempeñar la labor al profesional de enfermería? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
		Provisión de suministros y equipos	Son insumos necesarios para realizar las actividades de cuidado.	Nominal Dicotómica	¿Cree que los equipos y suministros que le asignan para las labores al profesional de enfermería son suficientes para brindar un cuidado de calidad? Siempre__ Algunas veces__ Nunca ¿Por qué?
		Libre asociación y negociación	Derecho de todo trabajador de participar en plena libertad de las asociaciones sindicales así como la negociación colectiva.	Nominal Dicotómica	¿Considera que al profesional de enfermería se le reconoce los derechos a la libre asociación y negociación? SI__ NO__NA ¿Por qué?

				Nominal Dicotómica	¿Obtiene beneficios el profesional de enfermería al hacer parte de una asociación? SI__ NO__NA ¿Por qué?
--	--	--	--	-----------------------	---

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Definición operacional	Escala o nivel de medición	Pregunta
Estereotipos	Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o carácter inmutable.	Género	Diferencias fenotípicas entre un hombre y una mujer	Nominal Dicotómica	¿Cree que el predominio de la mujer en enfermería influye en el reconocimiento social de la profesión? SI__ NO__ ¿Por qué?
		Jerarquía	Es el criterio que permite establecer un orden de superioridad o de subordinación entre personas que ocupan determinado puestos de trabajo.	Nominal Dicotómica	¿Considera que el profesional de enfermería ejerce mandato sobre los miembros del equipo de salud? SI__ NO__ ¿Por qué?
		Sumisión	Sometimiento del juicio de alguien al de otra persona. Acatamiento, subordinación manifiesta con palabras o acciones.	Nominal Dicotómica	¿Cree que el profesional de enfermería se encuentra siempre sumiso a otros profesionales del equipo de salud? SI__ NO__ ¿Por qué?
		Estigmatización por los medios de comunicación	Afrentar, deshonrar, infamar a algo o alguien mediante el uso de Los medios, que son sin duda el principal recurso contemporáneo de expresión y comunicación culturales.	Nominal Dicotómica	¿Cree que los medios de comunicación influyen positivamente en el reconocimiento social de la profesión? SI__ NO__ ¿Por qué? ¿Cree que los medios de

					comunicación influyen negativamente en el reconocimiento social de la profesión? SI__ NO__ ¿Por qué?
--	--	--	--	--	---

Anexo C

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

CUESTIONARIO NÚMERO 1

El Reconocimiento Social de la profesión de Enfermería desde la Opinión de los Directivos.

OBJETIVO:

Reconocer la opinión de los directivos de las instituciones de salud sobre las cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería, su desempeño profesional y la demanda laboral institucional.

INTRODUCCIÓN

Para aclarar cualquier inquietud acerca de la metodología y terminología que se va a utilizar en el cuestionario por favor dirigirse al Instructivo si lo cree conveniente.

Existen preguntas que tienen las opciones de respuesta SI, NO, NA (No Aplica), y existen otras preguntas que tienen las opciones de respuesta: Siempre, Algunas veces, Nunca. Marque con una X la opción de respuesta que corresponda. Si su respuesta es Negativa o elige Nunca justifique brevemente ¿Por qué?

CAPÍTULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

No	PREGUNTA	RESPUESTA			
1	¿Considera usted que el profesional de enfermería es autónomo en la toma de algunas decisiones?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
2	¿El profesional de enfermería sabe tomar decisiones cuando le corresponde?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
3	¿Cree que el Profesional de Enfermería tiene liderazgo dentro del equipo de salud?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

4	¿Considera que el profesional de enfermería actúa bajo los siguientes principios éticos en su desempeño:	Beneficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		No-Maleficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Justicia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Veracidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Solidaridad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Lealtad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Fidelidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
5	¿Cree que el Profesional de Enfermería es responsable en la realización de su trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
6	¿El profesional de enfermería desarrolla pensamiento crítico ante diferentes situaciones que se presentan en el trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
7	¿Considera que el profesional de enfermería para comunicars e tiene en cuenta:	La comunicación efectiva	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El diálogo participativo	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El respeto	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		La tolerancia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

8	¿Considera que el profesional de enfermería diligencia con claridad los registros escritos que le corresponden?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
9	¿Cree que el profesional de enfermería se siente comprometido con su desarrollo profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
10	¿Considera que la identidad que tiene el profesional de enfermería con su profesión es la adecuada?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
11	¿Cree que el profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para el desarrollo de la práctica profesional?	SI	NO		¿Por qué?
12	¿Cree que el profesional de enfermería tiene iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
13	¿Cree que el profesional de enfermería tiene capacidad resolutoria de las diferentes necesidades y problemas que se presentan?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
14	¿Cree que el profesional de enfermería se adapta según las necesidades, sin detrimento de la calidad en la atención?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
15	¿Cree que el profesional de enfermería desarrolla empatía con sus compañeros de trabajo y usuarios en su relación profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

CAPÍTULO 2

Las preguntas de la número 16 a la 23 son acerca del Desempeño profesional del Enfermero/a

No	PREGUNTA		RESPUESTA			
			SI	NO	¿Por qué?	
16	¿Conoce las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería?					
17	Enumere de 1 a 5, siendo 1 el área de mayor desempeño y 5 la de menor desempeño					
	¿Cuál es el área de desempeño profesional a la cual le dedica más tiempo el profesional de enfermería?	Asistencial	()			
		Comunitaria	()			
		Gestión o administración	()			
		Investigación	()			
Educación o docencia		()				
18	¿El trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado frente al contexto en el cual se encuentra?		SI	NO	NA	¿Por qué?
19	Los profesionales de enfermería se desempeñan eficazmente en la gestión de:	Servicios clínicos	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Servicios comunitarios	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Procesos y/o proyectos educativos	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Gestión de servicios y/o programas	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

20	¿Sabe usted si enfermería realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos?	SI	NO	NA	¿Por qué?
21	¿Cree que el profesional de enfermería brinda educación a la familia y al paciente hospitalizado?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
22	¿El profesional de enfermería desarrolla proyectos educativos en la comunidad tendientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
23	¿El profesional de enfermería asume el papel de educador en la formación de los miembros del equipo de salud?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

CAPÍTULO 3

Las preguntas de la número 24 a la 33 son acerca de la Demanda Laboral Institucional

24	¿Cree que los egresados de los programas de enfermería que se ofrecen en Colombia son suficientes para cubrir las necesidades institucionales?	SI	NO	NA	¿Por qué?
25	¿Considera que las instituciones tienen los cargos de profesionales de enfermería suficientes para brindar un cuidado de calidad?	SI	NO		¿Por qué?
26	¿Cree que el salario que recibe el Profesional de Enfermería es equitativo con relación, al que recibe el resto del equipo de salud?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

27	Marque con una X su respuesta				
	¿Cuál es la forma de contratación más frecuente del profesional de enfermería?	Vinculación de planta	()		
		Asociaciones	()		
		Sindicatos	()		
		OPS	()		
Otros, Cuales?					
28	¿Las funciones que desempeña el profesional de enfermería son competencias propias de la profesión?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
29	¿Usted cree que hay sobrecarga laboral para el profesional de enfermería?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
30	¿La institución entrega los medios de protección personal necesarios para desempeñar la labor al profesional de enfermería?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
31	¿Cree que los equipos y suministros que le asignan para las labores al profesional de enfermería son suficientes para brindar un cuidado de calidad?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
32	¿Considera que al profesional de enfermería se le reconoce los derechos a la libre asociación y negociación?	SI	NO	NA	¿Por qué?
33	¿Obtiene beneficios el profesional de enfermería al hacer parte de una asociación gremial o profesional?	SI	NO	NA	¿Por qué?

Anexo D

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

INSTRUCTIVO DIRIGIDO A DIRECTIVOS

CAPÍTULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 1 tenga en cuenta esta definición: Autonomía: Es el control que tiene el profesional sobre su propia práctica o ejercicio con responsabilidad y autoridad en la toma de decisiones.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 2 tenga en cuenta esta definición: Toma de decisiones: Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 3 tenga en cuenta las siguiente definición: Liderazgo: El proceso de dirigir e influir proactivamente en las actividades laborales de los miembros de un grupo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 4 tenga en cuenta las siguientes definiciones: Beneficencia - No Maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Justicia: Significa que las personas que tienen necesidades iguales en materia de salud deben recibirla misma cantidad de recursos sanitarios. Veracidad: Razonamiento que expresa lo que realmente piensa el que lo emite, lo que equivale a sinceridad. Solidaridad: Cuando dos o más personas se unen y colaboran mutuamente para conseguir un <i>fin</i> común. Es por la cual las personas se sienten y reconocen unidas y comparten las mismas obligaciones, intereses e ideales. Lealtad: Firmeza en los afectos y en las ideas que lleva a no engañar ni traicionar a los demás Fidelidad: Es la lealtad hacia una persona, trabajo o institución. También permite hacer referencia a la exactitud o puntualidad en la ejecución de una acción.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 5 tenga en cuenta la siguiente definición: Responsabilidad: Se basa en la ayuda a los demás, cumpliendo los deberes y obligaciones asignados</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 6 tenga en cuenta la siguiente definición: Pensamiento crítico: Es una actitud intelectual que analiza o evalúa la estructura y consistencia de los razonamientos, en particular las opiniones o afirmaciones que en la vida cotidiana suelen aceptarse como verdaderas.</p>

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 7 tenga en cuenta la siguiente definición: Comunicación efectiva: La comunicación efectiva es el acto de darse a entender correctamente, ya sea formalmente (como por el medio escrito) o esto combinado con gestos corporales adecuados. Dialogo participativo: Es la interacción entre dos o más personas buscando la solución de una problemática. Respeto: Es tratar humanamente a las personas; significa valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. Tolerancia: Es el respeto y la aceptación de los demás, con sus virtudes y defectos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 8 tenga en cuenta la siguiente definición: Registros escritos: registros concernientes a enfermería, como notas de enfermería, kardex, tarjetas de medicamentos, etc.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 9 tenga en cuenta la siguiente definición: Desarrollo Profesional: Acumulación de conocimientos, modelos y experiencias propias y exclusivamente relacionadas con un área específica de la ciencia: por ejemplo enfermería, que garanticen un crecimiento en el desempeño de una labor específica.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 10 tenga en cuenta la siguiente definición: Identidad: Conjunto de rasgos propios del individuo o de una comunidad.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 11 tenga en cuenta la siguiente definición: Habilidad: Capacidad y buena disposición de una persona para desempeñarse o ejercer determinada labor.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 12 tenga en cuenta la siguiente definición: Iniciativa: Es la cualidad personal que tiende a generar proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 13 tenga en cuenta la siguiente definición: Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 14 tenga en cuenta la siguiente definición: Adaptabilidad: Capacidad de una persona para acomodarse o ajustarse a otra. Capacidad para acostumbrarse a una situación y para desempeñar funciones distintas de aquellas para las que fue instruido.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 15 tenga en cuenta la siguiente definición: Empatía: Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él.</p>

CAPÍTULO NÚMERO 2

Las preguntas de la número 16 a la 23 son acerca del Desempeño profesional del Enfermero/a

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 16 tenga en cuenta la siguiente definición: Desempeño: Es la manera como los miembros de una organización trabajan eficazmente para alcanzar objetivos y metas propuestos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 17 tenga en cuenta la siguiente definición: Asistencial: área de atención hospitalaria. Comunitaria: área de atención en comunidades y familias del área urbana y rural. Gestión o administración: de servicios en los diferentes centros de salud. Investigación: área de proyección de trabajos investigativos. Educación o docencia: área de educación y formación profesional en espacios para contribuir a mejorar el desempeño.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 18 tenga en cuenta la siguiente definición: Contexto: es un entorno físico o de situación a partir del cual se considera un hecho.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 19 tenga en cuenta la siguiente definición: Gestión: es la acción y el efecto de administrar o gestionar un <u>negocio</u> una situación. A través de una gestión se llevarán a cabo diversas diligencias, trámites, las cuales, conducirán al logro de un objetivo determinado, de un negocio o de un deseo que lleva largo tiempo en carpeta, como se dice popularmente.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 20 tenga en cuenta la siguiente definición: Procesos investigativos: tratan de obtener soluciones a los problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones con el cuidado y adquisición de conocimientos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 21 tenga en cuenta la siguiente definición: Educación: El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 22 tenga en cuenta la siguiente definición: Promoción: consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Prevención: Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 23 tenga en cuenta las siguientes definiciones: Educación: El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.</p>

CAPÍTULO NÚMERO 3

Las preguntas de la número 24 a la 33 son acerca de la Demanda Laboral Institucional

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 24 tenga en cuenta la siguiente definición: Egresado: Sujeto que ha concluido sus estudios, y obtenido un título o graduación</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 25 tenga en cuenta la siguiente definición: Cuidado de calidad: Es en una forma importante en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 26 tenga en cuenta las siguiente definición: Equitativo: Todo aquello que se destaque o caracterice por su equidad, justicia e imparcialidad</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 27 tenga en cuenta las siguientes definiciones: Vinculación de planta: La característica principal es que este tipo de contrato no tiene fecha de terminación establecida. El empleado goza de todas las prestaciones sociales establecidas por la ley y tiene beneficios adicionales como la opción de vinculación a cooperativas empresariales y ayudas especiales de acuerdo con cada empresa; con posibilidad de optar por créditos y préstamos entre otros. Asociación: Contrato plurilateral en sentido funcional y de colaboración. Esto equivale a decir que estarían comprendidos en este caso aquellas figuras en las cuales las partes sin renunciar a sus intereses individuales se obligan a efectuar prestaciones y a colaborar para el logro de un fin común. Sindicato: Es una nueva forma de contratación, <i>donde se celebra uno o varios sindicatos de trabajadores con uno o varios patronos o sindicatos patronales para la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados, como una manera de asegurar la igualdad en las relaciones y de fortalecer la estabilidad.</i> OPS: La prestación de servicios se refiere a la ejecución de labores basadas en la experiencia, capacitación y formación profesional de una persona en determinada materia. El contratista tiene autonomía e independencia desde el punto de vista técnico y científico, lo que constituye el elemento esencial de este contrato. La vigencia del contrato es por el tiempo justo para ejecutar un objeto específico.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 28 tenga en cuenta la siguiente definición: Competencias: son las capacidades de poner en operación los diferentes conocimientos, habilidades, pensamiento, carácter y valores de manera integral.</p>

<p>➤ Para responder la pregunta N° 29 tenga en cuenta la siguiente definición: Sobrecarga laboral: las exigencias impuestas son demasiadas en relación a las horas dedicadas a la Institución.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N° 30 tenga en cuenta la siguiente definición: Medios de protección personal: es cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N° 31 tenga en cuenta la siguiente definición: Equipos y suministros: Son elementos médicos o quirúrgicos consumibles, prescindibles, desechables o no duraderos, y son adecuados para el uso doméstico por parte del paciente.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N° 32 tenga en cuenta la siguiente definición: Libre asociación y negociación: Derecho de todo trabajador de participar en plena libertad de las asociaciones sindicales así como la negociación colectiva de trabajo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N° 33 tenga en cuenta la siguiente definición: Asociación: agrupación de personas físicas, realizada con un cierto propósito de permanencia para el cumplimiento de una finalidad cualquiera, de un interés común para los asociados, siempre que sea lícito.</p>

Anexo E

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

CUESTIONARIO NÚMERO 2

El Reconocimiento Social de la profesión de Enfermería desde la propia percepción del profesional de enfermería

OBJETIVO:

Identificar la percepción que tiene los enfermeros acerca de su profesión y los estereotipos.

INTRODUCCIÓN

Para aclarar cualquier inquietud acerca de la metodología y terminología que se va a utilizar en el cuestionario por favor dirigirse al Instructivo si lo cree conveniente.

Existen preguntas que tienen las opciones de respuesta SI, NO, NA (No Aplica), y existen otras preguntas que tienen las opciones de respuesta Siempre, Algunas veces, Nunca. Marque con una X la opción de respuesta que corresponda. Si su respuesta es Negativa o elige Nunca justifique brevemente ¿Por qué?

CAPITULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

No	PREGUNTA	RESPUESTA			
1	¿Considera usted que el profesional de enfermería es autónomo en la toma de algunas decisiones?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
2	¿El profesional de enfermería sabe tomar decisiones cuando le corresponde?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
3	¿Cree que el Profesional de Enfermería tiene liderazgo dentro del equipo de salud?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

4	¿Considera que el profesional de enfermería actúa bajo los siguientes principios éticos en su desempeño:	Beneficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		No-Maleficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Justicia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Veracidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Solidaridad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Lealtad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Fidelidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
5	¿Cree que el Profesional de Enfermería es responsable en la realización de su trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
6	¿El profesional de enfermería desarrolla pensamiento crítico ante diferentes situaciones que se presentan en el trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
7	¿Considera que el profesional de enfermería para comunicars e tiene en cuenta:	La comunicación efectiva	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El diálogo participativo	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El respeto	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		La tolerancia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
8	¿Considera que el profesional de enfermería diligencia con claridad los registros escritos que le corresponden?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	

9	¿Cree que el profesional de enfermería se siente comprometido con su desarrollo profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
10	¿Considera que la identidad que tiene el profesional de enfermería con su profesión es la adecuada?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
11	¿Cree que el profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para el desarrollo de la práctica profesional?	SI	NO		¿Por qué?
12	¿Cree que el profesional de enfermería tiene iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
13	¿Cree que el profesional de enfermería tiene capacidad resolutoria de los diferentes necesidades y problemas que se presentan?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
14	¿Cree que el profesional de enfermería se adapta según las necesidades, sin detrimento de la calidad en la atención?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
15	¿Cree que el profesional de enfermería desarrolla empatía con sus compañeros de trabajo y usuarios en su relación profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

CAPITULO 2

Las preguntas de la número 16 a la 20 son acerca de los Estereotipos sobre el profesional de Enfermería.

16	¿Cree que el predominio de la mujer en enfermería influye en el reconocimiento social de la profesión?	SI	NO	¿Por qué?
----	--	----	----	-----------

17	¿Considera que el profesional de enfermería ejerce mandato sobre los miembros del equipo de salud?	SI	NO	¿Por qué?
18	¿Cree que el profesional de enfermería se encuentra siempre sumiso a otros profesionales del equipo de salud?	SI	NO	¿Por qué?
19	¿Cree que los medios de comunicación influyen positivamente en el reconocimiento social de la profesión?	SI	NO	¿Por qué?
20	¿Cree que los medios de comunicación influyen negativamente en el reconocimiento social de la profesión?	SI	NO	¿Por qué?

Anexo F

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

INSTRUCTIVO DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

CAPITULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 1 tenga en cuenta esta definición: Autonomía: Es el control que tiene el profesional sobre su propia práctica o ejercicio con responsabilidad y autoridad en la toma de decisiones.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 2 tenga en cuenta esta definición: Toma de decisiones: Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 3 tenga en cuenta las siguiente definición: Liderazgo: El proceso de dirigir e influir proactivamente en las actividades laborales de los miembros de un grupo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 4 tenga en cuenta las siguientes definiciones: Beneficencia - No Maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Justicia: Significa que las personas que tienen necesidades iguales en materia de salud deben recibirla misma cantidad de recursos sanitarios. Veracidad: Razonamiento que expresa lo que realmente piensa el que lo emite, lo que equivale a sinceridad. Solidaridad: Cuando dos o más personas se unen y colaboran mutuamente para conseguir un <i>fin</i> común. Es por la cual las personas se sienten y reconocen unidas y comparten las mismas obligaciones, intereses e ideales. Lealtad: Firmeza en los afectos y en las ideas que lleva a no engañar ni traicionar a los demás Fidelidad: Es la lealtad hacia una persona, trabajo o institución. También permite hacer referencia a la exactitud o puntualidad en la ejecución de una acción.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 5 tenga en cuenta la siguiente definición: Responsabilidad: Se basa en la ayuda a los demás, cumpliendo los deberes y obligaciones asignados</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 6 tenga en cuenta la siguiente definición: Pensamiento crítico: Es una actitud intelectual que analiza o evalúa la estructura y consistencia de los razonamientos, en particular las opiniones o afirmaciones que en la vida cotidiana suelen aceptarse como verdaderas.</p>

➤ Para responder la pregunta N^o 7 tenga en cuenta la siguiente definición:
Comunicación efectiva: La comunicación efectiva es el acto de darse a entender correctamente, ya sea formalmente (como por el medio escrito) o esto combinado con gestos corporales adecuados.
Dialogo participativo: Es la interacción entre dos o más personas buscando la solución de una problemática.
Respeto: Es tratar humanamente a las personas; significa valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad.
Tolerancia: Es el respeto y la aceptación de los demás, con sus virtudes y defectos.

➤ Para responder la pregunta N^o 8 tenga en cuenta la siguiente definición:
Registros escritos: registros concernientes a enfermería, como notas de enfermería, kardex, tarjetas de medicamentos, etc.

➤ Para responder la pregunta N^o 9 tenga en cuenta la siguiente definición:
Desarrollo Profesional: Acumulación de conocimientos, modelos y experiencias propias y exclusivamente relacionadas con un área específica de la ciencia: por ejemplo enfermería, que garanticen un crecimiento en el desempeño de una labor específica.

➤ Para responder la pregunta N^o 10 tenga en cuenta la siguiente definición:
Identidad: Conjunto de rasgos propios del individuo o de una comunidad.

➤ Para responder la pregunta N^o 11 tenga en cuenta la siguiente definición:
Habilidad: Capacidad y buena disposición de una persona para desempeñarse o ejercer determinada labor.

➤ Para responder la pregunta N^o 12 tenga en cuenta la siguiente definición:
Iniciativa: Es la cualidad personal que tiende a generar proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo.

➤ Para responder la pregunta N^o 13 tenga en cuenta la siguiente definición:
Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

➤ Para responder la pregunta N^o 14 tenga en cuenta la siguiente definición:
Adaptabilidad: Capacidad de una persona para acomodarse o ajustarse a otra. Capacidad para acostumbrarse a una situación y para desempeñar funciones distintas de aquellas para las que fue instruido.

- Para responder la pregunta N° 15 tenga en cuenta la siguiente definición:

Empatía: Capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él.

CAPITULO 2

Las preguntas de la número 16 a la 20 son acerca de los Estereotipos sobre el profesional de Enfermería.

- Estereotipo: son generalmente imágenes aceptadas por todos nosotros, ya sea una sociedad o un grupo de personas. son constructos cognitivos que hacen referencia a los atributos personales de un grupo social y en que, aunque éstos sean más frecuentemente rasgos de personalidad, no son, desde luego, los únicos.

- Para responder la pregunta N° 16 tenga en cuenta la siguiente definición:

Predominio: hace referencia a la supremacía, preponderancia o influencia que alguien o algo tiene sobre otra persona o cosa.

- Para responder la pregunta N° 17 tenga en cuenta la siguiente definición:

Mandato: es el precepto o la orden que un superior da a sus semejantes.

- Para responder la pregunta N° 18 tenga en cuenta la siguiente definición:

Sumiso: cuando alguien se presenta extremadamente dócil y obediente a las órdenes de otro individuo, ya sea un superior, en términos laborales, o en el nivel personal, alguien que se encuentra en un estadio superior.

- Para responder la pregunta N° 19 tenga en cuenta la siguiente definición:

Medios de comunicación: influencia positiva: Las características positivas de los medios de comunicación residen en que posibilitan que amplios contenidos de información lleguen a extendidos lugares del planeta en forma inmediata.

- Para responder la pregunta N° 20 tenga en cuenta la siguiente definición:

Medios de comunicación: influencia negativa: Las características negativas recaen en la manipulación de la información y el uso de la misma para intereses propios de un grupo específico. En muchos casos, tiende a formar estereotipos, seguidos por muchas personas gracias al alcance que adquiere el mensaje en su difusión (como sucede al generalizar personas o grupos).

Anexo G

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

CUESTIONARIO NÚMERO 3 El Reconocimiento Social de la profesión de Enfermería desde las Apreciaciones del Equipo de Salud.

OBJETIVO:

Describir las apreciaciones de los diferentes miembros del equipo de salud acerca de las cualidades personales y profesionales y el desempeño profesional del Profesional de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Para aclarar cualquier inquietud acerca de la metodología y terminología que se va a utilizar en el cuestionario por favor dirigirse al Instructivo si lo cree conveniente.

Existen preguntas que tienen las opciones de respuesta SI, NO, NA (No Aplica), y existen otras preguntas que tienen las opciones de respuesta Siempre, Algunas veces, Nunca. Marque con una X la opción de respuesta que corresponda. Si su respuesta es Negativa o elige Nunca justifique brevemente ¿Por qué?

CAPITULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

No	PREGUNTA	RESPUESTA			
		Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
1	¿Considera usted que el profesional de enfermería es autónomo en la toma de algunas decisiones?				
2	¿El profesional de enfermería sabe tomar decisiones cuando le corresponde?				
3	¿Cree que el Profesional de Enfermería tiene liderazgo dentro del equipo de salud?				

4	¿Considera que el profesional de enfermería actúa bajo los siguientes principios éticos en su desempeño:	Beneficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		No-Maleficencia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Justicia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Veracidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Solidaridad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Lealtad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Fidelidad	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
5	¿Cree que el Profesional de Enfermería es responsable en la realización de su trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
6	¿El profesional de enfermería desarrolla pensamiento crítico ante diferentes situaciones que se presentan en el trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	
7	¿Considera que el profesional de enfermería para comunicars e tiene en cuenta:	La comunicación efectiva	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El diálogo participativo	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		El respeto	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		La tolerancia	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
8	¿Considera que el profesional de enfermería diligencia con claridad los registros escritos que le corresponden?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?	

9	¿Cree que el profesional de enfermería se siente comprometido con su desarrollo profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
10	¿Considera que la identidad que tiene el profesional de enfermería con su profesión es la adecuada?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
11	¿Cree que el profesional de enfermería tiene las habilidades necesarias para el desarrollo de la práctica profesional?	SI		NO	¿Por qué?
12	¿Cree que el profesional de enfermería tiene iniciativa en la generación de proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
13	¿Cree que el profesional de enfermería tiene capacidad resolutoria de los diferentes necesidades y problemas que se presentan?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
14	¿Cree que el profesional de enfermería se adapta según las necesidades, sin detrimento de la calidad en la atención?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
15	¿Cree que el profesional de enfermería desarrolla empatía con sus compañeros de trabajo y usuarios en su relación profesional?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

CAPITULO 2

Las preguntas de la número 16 a la 23 son acerca del Desempeño profesional del Enfermero/a

No	PREGUNTA	RESPUESTA		
16	¿Conoce las diferentes áreas de desempeño del profesional de enfermería?	SI	NO	¿Por qué?

17	Enumere de 1 a 5, siendo 1 el área de mayor desempeño y 5 la de menor desempeño					
	¿Cuál es el área de desempeño profesional a la cual le dedica más tiempo el profesional de enfermería?	Asistencial	()			
		Comunitaria	()			
		Gestión o administración	()			
		Investigación	()			
		Educación o docencia	()			
18	¿El trabajo de enfermería a nivel comunitario y familiar es pertinente y adecuado frente al contexto en el cual se encuentra?		SI	NO	NA	¿Por qué?
19	Los profesionales de enfermería se desempeñan eficazmente en la gestión de:	Servicios clínicos	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Servicios comunitarios	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Procesos y/o proyectos educativos	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
		Gestión de servicios y/o programas	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
20	¿Sabe usted si enfermería realiza actividades encaminadas a incrementar el conocimiento a través de procesos investigativos?		SI	NO	NA	¿Por qué?
21	¿Cree que el profesional de enfermería brinda educación a la familia y al paciente hospitalizado?		Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

22	¿El profesional de enfermería desarrolla proyectos educativos en la comunidad tendientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?
23	¿El profesional de enfermería asume el papel de educador en la formación de los miembros del equipo de salud?	Siempre	Algunas veces	Nunca	¿Por qué?

Anexo H

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

INSTRUCTIVO DIRIGIDO AL EQUIPO DE SALUD

CAPITULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 15 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 1 tenga en cuenta esta definición: Autonomía: Es el control que tiene el profesional sobre su propia práctica o ejercicio con responsabilidad y autoridad en la toma de decisiones.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 2 tenga en cuenta esta definición: Toma de decisiones: Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 3 tenga en cuenta las siguiente definición: Liderazgo: El proceso de dirigir e influir proactivamente en las actividades laborales de los miembros de un grupo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 4 tenga en cuenta las siguientes definiciones: Beneficencia - No Maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.</p>

Justicia: Significa que las personas que tienen necesidades iguales en materia de salud deben recibirla misma cantidad de recursos sanitarios.

Veracidad: Razonamiento que expresa lo que realmente piensa el que lo emite, lo que equivale a sinceridad.

Solidaridad: Cuando dos o más personas se unen y colaboran mutuamente para conseguir un *fin* común. Es por la cual las personas se sienten y reconocen unidas y comparten las mismas obligaciones, intereses e ideales.

Lealtad: Firmeza en los afectos y en las ideas que lleva a no engañar ni traicionar a los demás

Fidelidad: Es la lealtad hacia una persona, trabajo o institución. También permite hacer referencia a la exactitud o puntualidad en la ejecución de una acción.

- Para responder la pregunta N^o 5 tenga en cuenta la siguiente definición:

Responsabilidad: Se basa en la ayuda a los demás, cumpliendo los deberes y obligaciones asignados

- Para responder la pregunta N^o 6 tenga en cuenta la siguiente definición:

Pensamiento crítico: Es una actitud intelectual que analiza o evalúa la estructura y consistencia de los razonamientos, en particular las opiniones o afirmaciones que en la vida cotidiana suelen aceptarse como verdaderas.

- Para responder la pregunta N^o 7 tenga en cuenta la siguiente definición:

Comunicación efectiva: La comunicación efectiva es el acto de darse a entender correctamente, ya sea formalmente (como por el medio escrito) o esto combinado con gestos corporales adecuados.

Dialogo participativo: Es la interacción entre dos o más personas buscando la solución de una problemática.

Respeto: Es tratar humanamente a las personas; significa valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad.

Tolerancia: Es el respeto y la aceptación de los demás, con sus virtudes y defectos.

- Para responder la pregunta N^o 8 tenga en cuenta la siguiente definición:

Registros escritos: registros concernientes a enfermería, como notas de enfermería, kardex, tarjetas de medicamentos, etc.

- Para responder la pregunta N^o 9 tenga en cuenta la siguiente definición:

Desarrollo Profesional: Acumulación de conocimientos, modelos y experiencias propias y exclusivamente relacionadas con un área específica de la ciencia: por ejemplo enfermería, que garanticen un crecimiento en el desempeño de una labor específica.

- Para responder la pregunta N^o 10 tenga en cuenta la siguiente definición:

Identidad: Conjunto de rasgos propios del individuo o de una comunidad.

- Para responder la pregunta N^o 11 tenga en cuenta la siguiente definición:

Habilidad: Capacidad y buena disposición de una persona para desempeñarse o ejercer determinada labor.

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 12 tenga en cuenta la siguiente definición: Iniciativa: Es la cualidad personal que tiende a generar proyectos, propuestas y/o nuevas formas de trabajo.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 13 tenga en cuenta la siguiente definición: Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 14 tenga en cuenta la siguiente definición: Adaptabilidad: Capacidad de una persona para acomodarse o ajustarse a otra. Capacidad para acostumbrarse a una situación y para desempeñar funciones distintas de aquellas para las que fue instruido.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 15 tenga en cuenta la siguiente definición: Empatía: Capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él.</p>

CAPITULO NÚMERO 2

Las preguntas de la número 16 a la 23 son acerca del Desempeño profesional del Enfermero/a

<p>➤ Para responder la pregunta N^o 16 tenga en cuenta la siguiente definición: Desempeño: Es la manera como los miembros de una organización trabajan eficazmente para alcanzar objetivos y metas propuestos.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 17 tenga en cuenta la siguiente definición: Asistencial: área de atención hospitalaria. Comunitaria: área de atención en comunidades y familias del área urbana y rural. Gestión o administración: área de administración de servicios en los diferentes centro de salud. Investigación: área de proyección de trabajos investigativos. Educación o docencia: área de educación y formación profesional en espacios para contribuir a mejorar el desempeño.</p>
<p>➤ Para responder la pregunta N^o 18 tenga en cuenta la siguiente definición: Contexto: es un entorno físico o de situación a partir del cual se considera un hecho.</p>

- Para responder la pregunta N° 19 tenga en cuenta la siguiente definición:

Gestión: es la acción y el efecto de administrar o gestionar un negocio una situación. A través de una gestión se llevarán a cabo diversas diligencias, trámites, las cuales, conducirán al logro de un objetivo determinado, de un negocio o de un deseo que lleva largo tiempo en carpeta, como se dice popularmente.

- Para responder la pregunta N° 20 tenga en cuenta la siguiente definición:

Procesos investigativos: tratan de obtener soluciones a los problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones con el cuidado y adquisición de conocimientos.

- Para responder la pregunta N° 21 tenga en cuenta la siguiente definición:

Educación: El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

- Para responder la pregunta N° 22 tenga en cuenta la siguiente definición:

Promoción: consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Prevención: Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

- Para responder la pregunta N° 23 tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Educación: El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

Anexo I

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería

Entrevista El Reconocimiento Social de la profesión de Enfermería desde las Apreciaciones del usuario y su familia.

OBJETIVO:

Conocer la opinión de los usuarios y sus familias sobre las cualidades personales del Profesional de Enfermería, el desempeño profesional y los servicios que le ha prestado.

CAPITULO 1

Las preguntas de la número 1 a la 6 son acerca de las Cualidades profesionales y personales que acompañan al profesional de enfermería.

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿Usted reconoce al profesional de enfermería o jefe?	
2	¿Cuáles son las principales características que usted ve en el profesional de enfermería?	
3	¿Cómo es la forma de ser del Profesional de Enfermería en su atención hacia usted y su familia?	
4	¿El profesional de enfermería se comunica de manera respetuosa y amable hacia usted y su familia?	
5	¿Qué le gusta del profesional de enfermería o jefe?	
6	¿Qué le disgusta del profesional de enfermería?	

CAPITULO2

Las preguntas de la número 7 a la 10 son acerca del Desempeño profesional del Enfermero/a

No	PREGUNTA	RESPUESTA
7	¿Qué servicios ha recibido de parte del profesional de enfermería?	
8	¿Qué le gusta más de esos servicios que ha recibido?	
9	¿Qué le gusta menos de esos servicios que ha recibido?	
10	¿Qué cambiaría de los servicios que presta el profesional de enfermería?	

