

JOSE CRESPO BENITEZ  
JUAN M. IGNACIO GARCIA

---

**SEMINARIO SOBRE CONCEPTO**

---

**Y OBJETIVOS DOCENTES**

---

**EN ENFERMERIA**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION  
UNIVERSIDAD DE CADIZ**

---



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION**

**UNIVERSIDAD DE CADIZ**

**SEMINARIO SOBRE  
CONCEPTO Y OBJETIVOS  
DOCENTES EN ENFERMERIA**

**JOSE CRESPO BENITEZ**

**JUAN M. IGNACIO GARCIA**



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION  
UNIVERSIDAD DE CADIZ**

**SEMINARIO SOBRE  
CONCEPTO Y OBJETIVOS  
DOCENTES EN ENFERMERIA**

**DIRECTORES**

**PROF. DR. JOSE CRESPO BENITEZ**

Catedrático de Enfermería Psiquiátrica de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**PROF. DR. JUAN MANUEL IGNACIO GARCIA**

Profesor Titular de Farmacología de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**Edita: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CADIZ**  
**I.C.E. DE LA UNIVERSIDAD DE CADIZ**  
**Depósito legal: CA-536/92**  
**I.S.B.N.: 84-7786-091-2**  
**Imprime: INGRASA Artes Gráficas**  
**Polígono Industrial El Trocadero, Manzana A**  
**PUERTO REAL (Cádiz)**

## INDICE

Prólogo.....	9
Introducción.....	13
Programa del Seminario .....	17
Relación de participantes.....	21
Concepto de Ciencia.....	27
Investigación Científica.....	41
La Enfermería desde el punto de vista epistemológico .....	51
Funciones de Enfermería .....	59
La Enfermería en la realidad social de los últimos años .....	69
La reforma de los planes de estudios .....	95
Objetivos docentes en Enfermería.....	103
Código deontológico .....	113
Epílogo .....	145



# **PROLOGO**



El Seminario programado por el Prof. Crespo Benítez de la Universidad de Cádiz sobre “Concepto y Objetivos docentes en Enfermería”, despertó en el Consejo General de Enfermería un gran interés. La vicepresidenta Prof<sup>ta</sup>. Pilar Fernández Fernández y yo mismo aceptamos gustosos el encargo de participar en dos mesas redondas exponiendo respectivamente los temas referidos al código deontológico y análisis de las funciones de enfermería. Lamentablemente, a pesar de la ilusión despertada, me resultó imposible acudir a aquella cita, siendo desarrollado el tema que se me había encomendado por la también vicepresidenta del Consejo, Prof<sup>ta</sup>. María Teresa Monzón Casas.

Ahora que aquellas intervenciones van a ser publicadas por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Cádiz, accedo con sumo gusto a hacer la presentación de este libro, que sé despertará gran interés en los profesionales y docentes de la Enfermería y otras áreas de las Ciencias de la Salud de nuestro país.

Los estudios de Enfermería tienen rango universitario en España desde el curso escolar 1977–78. Hasta entonces, y aún en la actualidad, las referencias a las Escuelas y a los profesionales de la Enfermería han sido frecuentemente ambiguas y confusas. Este problema de identidad se ha materializado fundamentalmente en los siguientes aspectos:

1. Falta de caracterización del saber y del ejercicio de la profesión.
2. Ausencia de uniformidad en la sistematización de los objetivos docentes del “currículum”.

3. Indefinición de las funciones de Enfermería por parte de las distintas administraciones.

En este Seminario se pretendió, a partir de las conceptualizaciones de ciencia, métodos de investigación y del saber y la praxis de Enfermería, hacer un análisis de las funciones que, ante la pasividad de la administración, podrían quedar perfiladas a través de la homologación de objetivos docentes y de los distintos planes de estudios.

Tenga el lector la seguridad de que encontrará en este texto un análisis dinámico y crítico de estas cuestiones que, progresivamente, a través de los esfuerzos de la Organización Colegial y de la propia Universidad, se adaptan a los cambios filosóficos, sociales y académicos acaecidos durante los últimos años.

Madrid, Marzo de 1992

MAXIMO GONZALEZ JURADO

Presidente del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería.

# **INTRODUCCION**



Hasta hace pocos años, la Enfermería no ha sido más que una actividad de carácter empírico que nutría su saber a base de la experiencia o repetición continuada de las tareas propias de su praxis. Por entonces, la conceptualización de esta disciplina era difícil por la gran influencia cultural que pesaba sobre ella, lo cual hacía que en cada latitud fueran distintas las competencias y los niveles de formación de estos profesionales. Estas circunstancias, obligaron a los docentes de enfermería, casi siempre médicos, a centrar su atención en la transmisión de conocimientos que capacitasen a este personal para desempeñar, en un modelo asistencial casi exclusivamente hospitalario, actividades y técnicas (de colaboración y delegadas) derivadas en su mayoría del quehacer profesional de la medicina.

Por entonces se excluía otro tipo de intervenciones que son las específicas de la profesión o las de carácter comunitario, cuya utilidad resulta incuestionable hoy día.

En los últimos años, y sobre todo, desde que, tras las recomendaciones de la O.M.S. la Enfermería alcanzase rango universitario, se ha desplegado en los profesionales y en los docentes un importante esfuerzo que tiene como objetivo estructurar los fundamentos teóricos de la profesión dentro de un marco doctrinal propio.

En este cuerpo conceptual es donde podría basarse la práctica profesional de las tareas específicas o propias. Lógicamente, las actividades delegadas o de colaboración continuarán teniendo otras bases de sustentación.

Este desarrollo conceptual, aún incipiente, se encuentra en la actualidad con multitud de problemas. Pretendemos analizarlos y, si fuese posible, aportar soluciones a ellos.

En este sentido, resulta prioritario definir, si es posible, qué clase de saber es el de la Enfermería y si ésta es una ciencia, tecnología o un arte, tal como se ha afirmado y continúa afirmándose repetidamente.

Otra cuestión importante consistirá en analizar qué tipo de praxis es el ejercicio de la misma: si ésta es científica, empírica o de conocimientos adquiridos por simple tanteo.

Por último, en nuestra condición de educadores, tendremos que asumir la difícil tarea del diseño de unos planes de estudios y unos objetivos docentes propios y adecuados a esta disciplina. Y esto habrá de hacerse a pesar de las indefiniciones legales existentes aún hoy día respecto a las funciones de este personal.

Lo que antecede no es más que una breve relación de problemas a resolver.

El viejo consejo chino nos dice que “más vale encender una vela que deplorar la oscuridad”. Atendiéndolo, pretendimos con la organización del Seminario sobre “Concepto y Objetivos docentes en Enfermería” aportar nuestro grano de arena al desarrollo de ésta.

Se celebraron dos mesas redondas constituidas por cuatro ponentes y un moderador, desarrollándose al final de las exposiciones un coloquio entre los asistentes. Esta publicación, que se realiza gracias a la ayuda del Servicio de Publicaciones de nuestra Universidad, recoge todas las intervenciones de los ponentes.

Agradecemos muy sinceramente la inestimable intervención de todas las personas que participaron en aquel acto como ponentes, moderadores o asistentes, así como la de los organismos colaboradores: Instituto de Ciencias de la Educación, Consejo Social y Departamento de Enfermería de la Universidad de Cádiz. A todos, nuestro sincero agradecimiento.

JOSE CRESPO BENITEZ

# **PROGRAMA DEL SEMINARIO**

**UNIVERSIDAD DE CADIZ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**SEMINARIO SOBRE  
CONCEPTO Y OBJETIVOS DOCENTES  
EN ENFERMERIA**

Cádiz, Septiembre de 1991



## **PRIMERA MESA REDONDA**

### **◦ CONCEPTO DE CIENCIA**

Prof. J. M. González Infante. Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina de Cádiz.

### **◦ METODO CIENTIFICO**

Prof. J. Vilches Troya. Catedrático de Biología Celular. Vicerrector de Investigación. Universidad de Cádiz.

### **◦ LA ENFERMERIA DESDE EL PUNTO DE VISTA EPISTEMOLOGICO**

Prof. J. Crespo Benítez. Catedrático de Enfermería Psiquiátrica. E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

### **◦ FUNCIONES DE ENFERMERIA**

Prof. M. González Jurado. Presidente del Consejo General de ATS y DUE.

## **MODERADOR**

Prof. L. Moreno Corral.

Director del Departamento de Enfermería. Universidad de Cádiz.

## **SEGUNDA MESA REDONDA**

### **\* LA ENFERMERIA EN LA REALIDAD SOCIAL DE LOS ULTIMOS AÑOS**

Prof. F. Herrera Rodríguez. Profesor Titular de Historia de la Enfermería. E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

### **\* REFORMA DE LOS PLANES DE ESTUDIO**

Prof. J. V. Benéit Montesinos. Director de la E.U.E. de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la Conferencia de Directores de E.U.E. estatales.

### **\* OBJETIVOS DOCENTES EN ENFERMERIA**

Prof. J. Crespo Benítez. Catedrático de Enfermería Psiquiátrica. E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

Prof. J.M. Ignacio García. Profesor Titular de Farmacología Clínica y Dietética de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

### **\* CODIGO ETICO EN ENFERMERIA**

Prof<sup>a</sup>. P. Fernández Fernández. Vicepresidenta del Consejo General de ATS y DUE.

### **MODERADOR**

Prof. F. Gala León. Director de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

## **RELACION DE PARTICIPANTES**



**D.<sup>a</sup> ESPERANZA ARRIAGA PIÑEIRO**

Directora de Enfermería del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz.

**D. ANTONIO BARBA CHACON**

Profesor Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Director de la E.U.E. del S.A.S. de Jerez (Adscrita a la Universidad de Cádiz).

**D. ORLANDO BLANCO MAESTRE**

Presidente del Colegio Provincial de Diplomados en Enfermería de Cádiz.

**D. JESUS CASTIÑEIRAS FERNANDEZ**

Catedrático de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

Director de la E.U.E. del S.A.S. de Cádiz (Adscrita a la Universidad de Cádiz).

**D.<sup>a</sup> PILAR CORRERO ROMAN**

Directora Técnica de la E.U.E. del S.A.S. de Jerez (Adscrita a la Universidad de Cádiz).

**D.<sup>a</sup> CRISTINA COSTA ALONSO**

Profesora Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**D. OSCAR DE TORRES GARROTE**

Secretario del Colegio Provincial de Diplomados en Enfermería de Cádiz.

**D. JULIO DE LA TORRE FERNANDEZ-TRUJILLO**

Jefe de Bloque de Formación Continuada de Enfermería del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz.

**D. EMILIO IGNACIO GARCIA**

Jefe de Bloque de Control de Calidad del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz.

**D.<sup>a</sup> CONSOLACION LOPEZ FERNANDEZ**

Directora Técnica de la E.U.E. del S.A.S. de Cádiz (Adscrita a la Universidad de Cádiz).

**D.<sup>a</sup> MERCEDES LUPIANI JIMENEZ**

Enfermera del Hospital Universitario “Puerta del Mar” de Cádiz.

**D. PEDRO GAVIRA VILAR**

Profesor Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**D.<sup>a</sup> MARIA ANTONIA JESUS DE LA CALLE**

Profesora Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**D. JUAN MARTIN TELLO**

Profesor Asociado de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

**D. JOSE MANUEL MARTINEZ NIETO**

Profesor Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la  
Universidad de Cádiz.

**D. JUAN NOVAL TOIMIL**

Profesor de la E.U.E. “Salus Infirmorum” (Adscrita a la  
Universidad de Cádiz).

**D. ALBERTO PEREZ MORENO**

Profesor Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la  
Universidad de Cádiz.



# **CONCEPTO DE CIENCIA**

**PROF. JOSE MANUEL GONZALEZ INFANTE**  
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Cádiz



Si mis primeras palabras sobre el tema que nos ocupa fueran las de enunciarles la definición de lo que se entiende por Ciencia, estoy convencido de que la mayoría de Vds. se desconectarían de cualquier ulterior comentario que tuviera que hacerles, con lo que conseguiría, no sólo faltar a la confianza que han depositado en mí los organizadores de este Seminario, al no poder transmitirles el “concepto de Ciencia”, sino que además les perjudicaría al no recibir un conocimiento esperado, y, por si no fueran suficientes los desafueros, dificultaría igualmente el que prestasen la atención debida a los conferenciantes que me seguirán en el uso de la palabra, con lo que también les perjudicaría a ellos.

Y todo esto es así, como fácilmente pueden comprender, porque cualesquiera de las definiciones que puedan hacerse de la Ciencia, resultan complejas y difíciles de entender sin más; y, esto, tanto para el hombre de la calle como para muchos científicos.

Precisamente es muy de lamentar, que un número no despreciable de científicos posean, bien un escotomizado concepto de lo que es la Ciencia, o incluso carezcan por completo del mismo, lo que además de lamentable es difícilmente comprensible, ya que hacen irracional, ilógico e ininteligible, al más racional, lógico e inteligible de los quehaceres.

Procuraré pues, no incurrir en el error al que me he referido en un principio, para lo cual voy a abordar el concepto de Ciencia valiéndome de símiles sencillos y operativos, sin que por ello perdamos de vista en toda su complejidad el referido concepto.

Si se sitúan Vds. ante un rompecabezas, su atención se centra en sus múltiples piezas de distintas formas y colores. Aisladamente ninguna de ellas posee la más mínima significación, no les dicen nada. Pero si con paciencia llegan a descubrir las claves que permiten su ensamblaje y las ordenan convenientemente, obtienen, una bucólica escena campestre, una figura femenina o una locomotora; en definitiva, han conseguido que el informe montón de piezas carentes por completo de significación, posean un sentido. Pues bien, algo similar a esto es lo que hace la Ciencia. De ahí que pueda definírsele como “el descubrimiento de conexiones entre los hechos”, como con todo acierto hace Ortega y Gasset, para quien además, “en la conexión el hecho desaparece como puro hecho y se transforma en miembro de un sentido”.

Vamos a servirnos de otro símil, para lo cual les propongo que intentemos representarnos y seguir mentalmente el proceso de la sensorpercepción. Múltiples estímulos del medio actúan sobre el individuo irritando sus receptores sensibles; los hay de naturaleza mecánica, química, lumínica, etc. Todos ellos codificados convenientemente discurren como corriente bioeléctrica transmitiendo en forma de sensaciones los estímulos recibidos a nuestro cerebro; allí, tras ser seleccionados y analizados, adquieren una significación, un “sentido”, constituyéndose una compleja “unidad perceptiva”, en la que, siguiendo con la cita orteguiana, “el *sentido* es la materia inteligible”. Al igual que el anterior, también este símil puede ser adecuado para comprender el proceso científico, con lo que estaremos en mejores condiciones de aproximarnos más acertadamente al CONCEPTO DE CIENCIA.

Siguiendo a Bochenski (1975), vamos a abordar a la Ciencia desde dos perspectivas diferentes.

Una, eminentemente subjetiva, desde la que puede considerársele como *un saber sistemático*. Un superficial análisis de esta primera proposición conceptual de la Ciencia nos permite apuntar los siguientes hechos:

a) Se trataría, por tanto, de un “saber”, es decir, un conocimiento sobre algo, lo que indudablemente nos obliga a tener que referirnos al OBJETO de la Ciencia, al ENTE que estudia, en definitiva a lo que podríamos considerar como sus aspectos ontológicos. Pero además, la noción de “saber” es fundamentalmente psicológica, es decir, que el saber es algo psíquico, algo que tiene lugar, que se produce, en nuestro psiquismo. Este matiz del saber nos permite introducir en el concepto de Ciencia a sus aspectos psicológicos.

b) Por otra parte, hemos dicho que se trata de un saber *sistemático*, es decir, que no sólo se trata de un saber sobre algo, sino que es un conocimiento complejo que implica “el conocer las conexiones de los contenidos de ese saber”. Todo lo cual hace referencia al concepto de Ciencia entendida como “el descubrimiento de conexiones entre los hechos”.

Tenemos pues, que la Ciencia como “saber sistemático” constituye, tanto un proceso psicológico (subjetivo) como un saber complejo de algo, en sus detalles y en sus interconexiones dinámicas (contenidos objetivos).

Otro significado de la Ciencia puede establecerse desde una perspectiva básicamente objetiva, veámoslo: si como hasta ahora se ha planteado, la Ciencia fuese simple y solamente un saber sistemático, sería la “ciencia de un individuo”, o lo que es lo mismo, “una propiedad del sujeto humano individual”. El enfoque objetivo de la Ciencia nos permite analizarla como *un conjunto de proposiciones objetivas*, es decir, algo que trascendiendo lo propiamente individual, se constituye como una “construcción social”, lo que implica

que ese saber sistemático se transmite a otros individuos. Esta transmisión se realiza mediante “proposiciones”, es decir, formulaciones, definiciones, conceptualizaciones, etc.

La noción de proposición comporta, como se desprende de lo expuesto, la comunicación de ese saber sistemático que poseemos sobre algo a otros, lo que se hace mediante “signos” verbales o escritos. Pero estos signos lingüísticos no representan directamente al objeto del saber, es decir, mediante el lenguaje sólo transmitimos lo que pensamos sobre el objeto del saber (proposición). Esta noción pues, nos enlaza con los aspectos semióticos de la Ciencia.

Pero además, estas proposiciones tienen que ser “objetivas”, es decir, tienen que corresponderse con algo existente, lo que la hace “ser verdadera”; en caso contrario “sería falsa”.

Las proposiciones objetivas, en tanto se refieren a algo existente, pueden ser objetivadas por otros, es decir, “verificadas”, bien directamente, o de manera indirecta; así, si digo: “esta mesa es redonda”, y eso es verdadero, basta a cualquiera con mirar la mesa para verificar su carácter de proposición objetiva. Puede ocurrir también que la proposición objetiva, aun siendo verdadera, no pueda ser verificada directamente por otro, sino indirectamente, es decir, en lugar de captar la configuración transmitida, aprehender contenidos o cualidades de la misma, de los que deducir la verdad de la proposición.

En definitiva pues, la noción de “proposición objetiva” implica la del “criterio de verdad” de toda Ciencia (poder ser verificable). Lo que nos conduce a la consideración de los aspectos gnoseológicos de la Ciencia.

Creo que estamos ya en condiciones de poder intentar realizar una DEFINICION DE LA CIENCIA, que sería a grandes rasgos la siguiente:

*“La Ciencia es un saber sistemático sobre algo que se transmite en forma de proposiciones objetivas”.*

Un estudio analítico de la definición establecida, nos lleva a las siguientes consideraciones:

—El “saber de algo” comporta la OBSERVACION.

—El “saber sistemático” entraña la EXPERIMENTACION.

—La “proposición” o formulación del saber implica la COMUNICACION CIENTIFICA.

—La “proposición objetiva” comporta la “verificación” del saber, es decir, el CRITERIO DE VERDAD.

—Por último, el “algo” de lo que se sabe, constituye el OBJETO de la Ciencia.

Estamos pues, ante los tres constructos fundamentales de toda CIENCIA, y en función de los cuales se delimitan las distintas ciencias particulares, es decir, sirven de basamento para toda clasificación de las ciencias: El OBJETO, el METODO y el CRITERIO DE VERDAD, que respectivamente dan lugar a los aspectos ontológicos y gnoseológicos de la Ciencia; el aspecto semiótico se lo confiere a la Ciencia su imprescindible comunicabilidad mediante proposiciones.

EL OBJETO DE LA CIENCIA. Puede adoptar dos formas básicas: la de una *configuración ideal* (entes ideales) y la de una *configuración del mundo real* (entes materiales). Precisamente esta doble naturaleza del objeto de la Ciencia obliga a establecer una primera división en su seno, apareciendo dos grupos de ciencias: las “formales” (de objetos ideales) y las “fácticas” (de objetos materiales).

Prescindiendo de las primeras, representadas por la lógica formal y las matemáticas, vamos a centrarnos en el estudio de los “objetos del saber” de las ciencias más próximas a nosotros, las fácticas.

Aunque en principio pudiera parecer fácil la delimitación de los entes materiales como objetos de las ciencias fácticas, las cosas se complican a poco que tengamos en cuenta ciertas características de los mismos, tales como sus aspectos: esencia y existencia; o las opiniones sostenidas por distintos pensadores, tales como la de que “no

existen entes, sino sólo propiedades y relaciones”; o la que sostiene que sólo existe “un ente único”; o la contraria, para la que existe “una multiplicidad de cosas”. De lo que cabe deducir el carácter puramente convencional de la división de las ciencias, pero a su vez la absoluta necesidad de la delimitación de ciencias particulares. Así, las llamadas “ciencias del hombre” o “ciencias culturales históricas” oscilan, según los criterios, entre las fácticas, en unas ocasiones, y las formales en otras; se hace necesario, como sostiene con razón ASTIVERA (1972), el establecer un tercer grupo de ciencias en el que se englobasen a las culturales–históricas, e incluso, como también apunta el mismo autor, un cuarto grupo constituido por las ciencias interdisciplinarias.

**EL METODO CIENTIFICO:** También el método obliga a delimitar dos grupos de ciencias entre las fácticas: el de las Ciencias Naturales y el de las Culturales o Humanistas, en tanto las primeras se sirven de la “observación” y la “experimentación” (Metodología Explicativa), y las culturales de la “continuidad de sentido” y la “comprensión psicológica” (Metodología Comprensiva). Estas últimas, no con poca frecuencia manejan también el método experimental, de ahí que a todos los efectos —tanto desde la perspectiva de su objeto, como la de su método—, puedan ser consideradas como ciencias mixtas.

Pero, tanto las ciencias naturales como las culturales se rigen por los considerados por BARRAUD (1971) caracteres del espíritu científico: la “racionalidad” y la “objetividad”. La racionalidad comporta el que la ciencia no se queda en la mera apreciación de lo dado a la conciencia (sensaciones, imágenes, etc.), sino que genera ideas, con las que elabora hipótesis que interrelacionadas en sistemas lógicos, constituyen conjuntos coherentes de proposiciones, es decir, teorías. En cuanto a la objetividad, hay que decir que las proposiciones de la Ciencia poseen siempre unos contenidos que

corresponden a imágenes del mundo real, es decir, que suelen concordar con su objeto; de ahí, como afirma BUNGE (1972), el que “busca alcanzar la verdad fáctica”. Frente a estas proposiciones objetivas, pueden existir también proposiciones subjetivas cuyos contenidos son ciertas producciones psíquicas que no se corresponden con configuraciones del mundo real. En tanto las primeras son proposiciones verdaderas (verificables), estas últimas son falsas, carentes de objetividad.

**EL CRITERIO DE VERDAD DE LA CIENCIA:** Otra característica fundamental del conocimiento científico es su “verificabilidad”, mediante la cual sus proposiciones pueden ser confirmadas o disconfirmadas. Se trataría en este caso, de conocer en todo momento los medios y las operaciones seguidas por la ciencia para el establecimiento de enunciados que considera verdaderos, y que constituirán el “corpus” básico de sus saberes.

Aunque estemos hablando del criterio de verdad, la veracidad no constituye la característica fundamental del conocimiento científico, que se sustenta primordialmente en el fiel reconocimiento de los medios y el método seguido para enunciar proposiciones que consideramos verdaderas; este poder repetir los sucesivos pasos y operaciones al conocerlas con fidelidad y precisión, es lo que permite la verificabilidad de lo enunciado, es decir, su confirmación o disconfirmación, lo que en definitiva es la esencia del conocimiento científico.

**LA COMUNICACION CIENTIFICA:** Un último aspecto a tratar es el de la “comunicabilidad” de los conocimientos científicos, que reviste también una gran importancia, ya que al ser la Ciencia un hecho social requiere que su saber sea transmitido, para lo cual necesita utilizar signos lingüísticos que son el objeto “princeps” de la Semiótica.

Independientemente de su dimensión sintáctica, son los aspectos “semánticos” y “pragmáticos” de las palabras utilizadas por los científicos los que queremos destacar aquí, ya que el significado de

los signos lingüísticos manejados por el hombre de ciencia, constituirá un léxico propio de la comunidad científica, que la definirá como tal, diferenciándola en unos casos del colectivo social general, y, en otros, de distintos colectivos particulares (los distintos campos científicos). El aspecto “pragmático” de la terminología científica, bien general o particular de cada ciencia, es un importante condicionante de las relaciones entre los científicos, que adquieren a su través sus matizaciones diferenciales generales y específicas.

**DIVISION DE LAS CIENCIAS:** A sabiendas de su evidente artificiosidad, creo que podemos estar en condiciones, por último, de, partiendo de los constructos analizados, esbozar una clásica división de las Ciencias:

A) **CIENCIAS FORMALES**, cuyo “objeto” lo constituyen entidades ideales y abstractas; poseen como “método” la deducción y se sustentan en el “criterio de verdad” representado por la consistencia o no contradicción de sus enunciados.

B) **CIENCIAS FACTICAS**, encargadas del estudio de “objetos” materiales, para lo que se sirven del “método” de la observación y la experimentación y cuyo “criterio de verdad” es la verificación.

Siguiendo el criterio de **ASTI VERA**, que apuntábamos en páginas anteriores, una aproximación sería a la división de las Ciencias obliga, bien a establecer un tercer grupo de ciencias, o bien a subdividir en dos a las ciencias fácticas; así como también a no desear la posibilidad de establecer un hipotético cuarto grupo de Ciencias: aquellas que poseen el carácter de interdisciplinarias.

Analícemos aquí, aunque sea brevemente, esta división o subdivisión de las ciencias fácticas.

La contraposición “material” entre Ciencias Naturales y Ciencias Culturales, en que pueden ser divididas las Ciencias Fácticas o Empíricas, es equiparable, en cierto modo, al de Ciencias de la Naturaleza y Ciencias del Espíritu, dualidad en la que se funda-

menta la Filosofía para establecer su clasificación “material” de las Ciencias. El no emplear habitualmente esta segunda oposición se debe a que el término naturaleza hace referencia al ser corporal, y el de espíritu al ser psíquico, de lo que cabría deducir que las dos disciplinas que representarían a las Ciencias Empíricas serían, la Mecánica, como la más general de las Ciencias del cuerpo, y la Psicología, como la más significativa Ciencia de lo psíquico, lo que de ninguna manera puede ser aceptado, ya que, si bien la Mecánica puede más o menos representar al conjunto de las Ciencias Naturales, la Psicología no puede hacer otro tanto, respecto a las restantes Ciencias no naturalistas.

Tal inconveniente aún se hace más notorio al clasificar las disciplinas particulares, según el método seguido por cada una de ellas, e intentar hacer coincidir los dos principios de división mencionados —el material y el formal—. Efectivamente, si la Psicología es según la división material la más representativa de las Ciencias Espirituales, al trasladar esto al principio de división formal, resultaría que el método idóneo de investigación para la totalidad de ciencias no naturalistas sería el “método psicológico”, lo que se aparta profundamente, en el quehacer práctico, de lo que opinan los cultivadores de estas disciplinas.

Hemos de concluir, que los sistemas de división “material” y “formal” de las Ciencias no son adecuados, si mantenemos como criterio de oposición entre las Ciencias Empíricas los términos “naturaleza” y “espíritu”. La sustitución de este último por el de “cultura”, permite aproximar más adecuadamente a ambos sistemas metodológicos, al hacer coincidir el criterio de división material —Ciencia Natural, Ciencia Cultural—, con el de división formal —Método Naturalista, Método Histórico—. Este criterio, sustentado por RICKERT, tiene sus antecedentes en WINDELBAND, para quien los dos modos fundamentales de tratar una materia serían, o sentar

leyes de valor universal (Método Nomotético), o describir hechos individuales (Método Idiográfico), siendo la investigación nomotética la propia de las Ciencias Naturales, y la idiográfica de las Ciencias Culturales–Históricas.

También DILTHEY aporta otras dos cuestiones metodológicas de extraordinario interés para la división de las Ciencias Empíricas, basándose para ello en las conexiones entre los distintos contenidos científicos de cada disciplina particular; así, en tanto que las ciencias naturales buscan “relaciones causales”, su método de investigación ha de ser el “explicativo”, mediante el que tratarán de captar las “causas” que determinan los hechos naturales; y si a las disciplinas culturales–históricas lo que les interesa descubrir son los “motivos” con nexos de sentido entre los hechos externos y el ser que los produce, debe recurrir al método “comprensivo”.

De todo lo expuesto puede concluirse que cabe delimitar dos tipos de Ciencias Fácticas o Empíricas: las Ciencias Naturales, en todo ajustadas al concepto de ciencia empírica, y las Ciencias Culturales–Históricas, conceptualmente empíricas en cuanto a su objeto de estudio, y mixtas en cuanto a su metodología.

Por último, y para terminar mi exposición, una brevísima referencia al carácter “interdisciplinario de muchas ciencias particulares, que al evidenciar la unidad de la Ciencia, hace más llamativa la convencionalidad de sus distintas divisiones; lo que no quiere decir, sin embargo, que una clasificación de las ciencias no nos sea, hoy por hoy, imprescindible, al carecer de una Epistemología, cuyo saber holístico nos permitiera aprehender esa realidad monística de la que no dudamos, pero que sólo en parte podemos abarcar, gracias a las aportaciones de las distintas ciencias particulares.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ASTI VERA, A.: Metodología de la Investigación. Ed. Cincel. Madrid, 1972.
- BARRAUD, H.J.: Ciencia y Filosofía. Ed. Gredos. Madrid, 1971.
- BOCHENSKI, I.M.: Los métodos actuales del pensamiento. Ed. Rialp. Madrid, 1975.
- BUNGE, M.: La Ciencia, su método y su filosofía. Ed. Siglo Veinte. Buenos Aires, 1972.
- CASSIRER, E.: Las Ciencias de la Cultura. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México, 1965.
- DILTHEY, W.: Introducción a las Ciencias del Espíritu. Revista de Occidente. Madrid, 1966.
- MASON, S.F.: Historia de las Ciencias. 5 Vols. Alianza Editorial. Madrid, 1988.
- PANIKER, R.: Ontonomía de la Ciencia. Ed. Gredos. Madrid, 1961.
- POINCARÉ, H.: Ciencia y Método. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1963.
- POINCARÉ, H.: El valor de la Ciencia. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1964.
- RICKERT, H.: Ciencia Cultural y Ciencia Natural. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1965.



# **LA INVESTIGACION CIENTIFICA**

**PROF. JOSE VILCHES TROYA**

Catedrático de Biología Celular. Vicerrector de  
Investigación de la Universidad de Cádiz.



## ¿QUE ES LA INVESTIGACION?

El significado de la palabra investigación no es unívoco, y quizás deberíamos preguntarnos: ¿qué es lo que mueve al hombre a investigar?

Einstein dijo una vez que la ciencia consiste en crear teorías: “Ideamos teorías, una tras otra, y lo hacemos porque gozamos comprendiendo”. COPI cree que el valor esencial de la investigación científica reside en que satisface nuestra curiosidad al realizar nuestro deseo de conocer, y recuerda que Aristóteles, en su “POETICA”, había dicho: “aprender es el más grande de los placeres no solamente para el filósofo, sino también para el resto de la humanidad, por pequeña que sea su capacidad para ello”.

El empleo no siempre riguroso de la palabra “investigación” ha conducido a algunas identificaciones abusivas como son:

- La investigación es igual a ciencias positivas.
- La investigación equivale a indagación empírica.

Quienes así piensan olvidan que no sólo se puede investigar en el terreno de las ciencias positivas: hay una investigación humanística también. Se investiga —y se ha investigado desde hace más de dos mil años— tanto en el terreno científico como en el filosófico.

## HACIA LA EXPRESION DEL CONCEPTO “METODO CIENTIFICO”

El punto de partida de la investigación es, pues, la existencia de un problema que habrá que definir, examinar, valorar y analizar críticamente para poder intentar su solución. El primer paso será

entonces delimitar el objeto de la investigación —el problema— dentro de los temas posibles. PLATON, en su diálogo MENON lo estableció con meridiana claridad: “¿Y cómo buscarás, Oh Sócrates, lo que tú ignoras totalmente? Y de las cosas que ignoras, ¿cuál te propondrás investigar? Y si por ventura llegaras a encontrarla, ¿cómo advertirás que esa es la que tú buscas?”.

Lo que plantea PLATON es lo que solemos llamar un “problema metodológico”, pero ¿qué queremos expresar con esto?

La palabra metodología se puede usar con dos significados. En efecto, hay una disciplina llamada metodología que es, en realidad, una rama de la Pedagogía, que se ocupa del estudio de los métodos adecuados para la transmisión del conocimiento. Esta metodología expone, analiza y valora los distintos métodos usados en la enseñanza de una materia. Un problema metodológico sería, por ejemplo, determinar cuál es el procedimiento más adecuado para enseñar la Matemática en EGB, BUP y a nivel universitario.

Hay una segunda manera de entender la palabra metodología, que es la que aquí nos interesa: “el estudio analítico y crítico de los métodos de investigación y de prueba”. Desde este punto de vista podemos definir la metodología como la descripción, el análisis y la valoración crítica de los métodos de investigación. Podría afirmarse que si bien la metodología no es una condición suficiente para el éxito de la investigación, es, sin duda, una condición necesaria en el sentido matemático del término.

Por otro lado se habrá delimitado perfectamente el sentido de la expresión si distinguimos dos expresiones de significaciones vecinas: técnica y método. Entre el método y la técnica hay una diferencia semántica igual a la que distingue al género de la especie. Puede definirse el método como un procedimiento o un conjunto de procedimientos, que sirven de instrumento para alcanzar los fines de la investigación; en cambio, las técnicas son medios auxiliares que con-

curren a la misma finalidad. El método es *general*, las técnicas son particulares; de tal modo que algunos autores definen las técnicas, y luego, generalizando, llegan a la noción de método.

En síntesis, resumiendo el concepto de método podemos expresar que: el método, dentro del estudio de las Ciencias, es el orden que siguen éstas para investigar y enseñar la verdad. La metodología como rama de la Pedagogía se ocupa del estudio de las reglas adecuadas para la transmisión del conocimiento mediante su exposición, análisis y valoración. Pero, por otro lado, la metodología entiende del estudio analítico y crítico de las normas de investigación y de prueba. En síntesis, el método es un procedimiento o un conjunto de procedimientos que sirven de instrumento para alcanzar los fines de la docencia o de la investigación.

El método heurístico o de investigación se divide en un método general de la Ciencia y el método particular de cada ciencia. Las operaciones comunes a todas las ciencias, como por ejemplo la definición, la división y la demostración, constituyen el método general de la Ciencia, pero como el objeto estudiado en cada ciencia es diferente a los demás, es necesario que cada una de ellas realice unas operaciones metodológicas propias, cuyo conjunto constituye el método particular de dicha ciencia.

¿Cuáles son los métodos aplicables a las ramas de las Ciencias de la Salud?

El método inductivo es el razonamiento de base experimental que va de lo particular a lo general, de los hechos se remonta a las leyes que lo rigen, de los efectos a las causas, de lo múltiple a la unidad. El método inductivo es el único legítimo en la formación de las Ciencias naturales (denominadas así porque una ciencia natural es un “conocimiento cierto por las causas”). Los procedimientos de un método inductivo son la observación y la experimentación, que ambas aparecen interrelacionadas entre sí de tal manera que, en

palabras de Claude Bernard, es una observación provocada; la diferencia fundamental radica en que en la observación estudiamos hechos naturales mientras que la experimentación estudia hechos que nosotros hemos producido o modificado.

El método experimental, a grandes rasgos, puede dividirse en las siguientes fases:

- a) Observación.
- b) Formulación de la hipótesis.
- c) Comprobación de la hipótesis.
- d) Formulación de la Ley.
- e) Matematización de la Ley.

El método deductivo sólo tiene aplicación en Ciencias de la Salud cuando el inductivo ha llegado a establecer algunas verdades naturales. Pero aun partiendo de verdades ciertas, la deducción es sumamente aventurada en Ciencias Naturales porque la conclusión exige que conozcamos todas las condiciones de los fenómenos, y esto rara vez ocurre. Lo contrario sucede en la Ciencia Deductiva por excelencia, las Matemáticas.

El entendimiento humano, decía Cajal, desligado de la observación fiel de los fenómenos, es impotente para penetrar ni aún en los más sencillos rodajes de la vida.

## **INTERRELACION CIENCIA-TECNOLOGIA. LA DICOTOMIA INVESTIGACION BASICA-INVESTIGACION APLICADA**

El prestigio que la Ciencia goza hoy ha de atribuirse, en gran medida, a los éxitos resonantes y al alcance cada vez mayor de sus aplicaciones. En ocasiones, las ciencias naturales han sentado las bases para que, en íntima asociación con ellas, surjan tecnologías que apliquen los resultados obtenidos por la ciencia y a su vez pro-

porcionen a la investigación pura o básica nuevos datos, nuevos problemas y nuevos instrumentos de trabajo. Este pensamiento expresado por HEMPEL, justifica la interrelación que debe existir entre Ciencia y Tecnología. Así la distinción entre una ciencia pura y aplicada, en muchas ocasiones, es, sin lugar a dudas, arbitraria y artificiosa.

Si la investigación básica o pura es el fundamento necesario para la investigación aplicada, no es menos cierto que posee unos valores estéticos y espirituales de suma importancia para la humanidad. Dicha investigación encuentra en la Universidad un lugar idóneo, puesto que las disciplinas más elevadas son necesarias para producir técnicos o profesionales competentes.

### **¿POR QUE INVESTIGAR EN LA UNIVERSIDAD?**

La misión específica de la Universidad es la enseñanza a nivel superior. Enseñanza de la información general y especial desde la cual se comprende la vida o se ejerce la profesión. Aprendizaje, asimismo, de unos hábitos mentales y un talante moral, es decir, adquisición de una formación en orden a la inteligencia y a la conducta.

Por esta razón, si la Universidad no enseña y forma, o lo hace mal o en escasa medida, traiciona a la sociedad que la sostiene y, fundamentalmente, traiciona a su propia esencia.

Una Universidad sin escolares o en la que éstos merezcan una consideración secundaria, no tiene razón de ser como tal Universidad, si bien pueda ostentar las más altas cualificaciones como centro de investigación o sabiduría.

La Universidad es pues el hogar de la enseñanza superior y, en palabras de Ortega, “cuna de las ideas generales desde las que cada época ensaya comprenderse a sí misma”, de tal modo que tendrá que contribuir al progreso de las ciencias que enseña. Decía CROWTHER que “la prueba del conocimiento completo de un tema es la capacidad de ampliar su conocimiento”.

Si el docente no investiga, su saber se anquilosa en la repetición mecánica de unos textos. Si, en alguna medida, no colabora en el progreso de la ciencia que enseña, se convierte en un espectador de su desarrollo, y su voz, al exponer la labor ajena, no tendrá la autenticidad que la docencia exige para llevar el convencimiento al ánimo de los escolares. Si, por el contrario, se unen docencia e investigación, el maestro y el alumno pasan de ser unos meros espectadores a ser unos hacedores y, en definitiva, en descubridores por sí mismos del conocer, culminación del acto docente.

Esta exigencia del progreso adquiere la plenitud de su fuerza en el Renacimiento; se impone a la cultura general y a la enseñanza universitaria en particular, la obligación de no limitarse a la conservación de lo antiguo, sino de elaborarlo en nuevas formas, de explorar nuevos terrenos, profundizar y extender las investigaciones, hacer progresar la ciencia.

En este sentido incluso la investigación no había sido extraña a la cultura medieval y a las universidades, ni siquiera mientras trataban de conservar y recuperar la herencia de la antigüedad; cobrando nuevo impulso cuando el Renacimiento introduce la exigencia y originalidad creadora.

La Universidad actual tiende a aunar la teoría y la práctica formando a la vez profesionales e investigadores. Nuestras facultades y escuelas no son sólo fábricas de técnicos y prácticos, sino, asimismo, son centros de investigación.

En la antigüedad griega la investigación teórica y la actividad profesional estaban separadas; más aun: los griegos despreciaban la praxis, en especial el trabajo manual, hasta tal punto que llegaron a desterrar de la medicina toda práctica quirúrgica, cuyo ejercicio quedaba relegado a los practicantes incultos, como los barberos y los masajistas.

La correlación entre investigación y profesión, entre teoría y la praxis, que caracteriza a la Universidad contemporánea, es una herencia medieval y renacentista, como vimos antes; es desde entonces la “exigencia del progreso” de Bernardo de Chartres en el siglo XII.

En este sentido, y como reflexión final, ¿son la investigación y la docencia un fenómeno indisoluble?

En efecto, si evidentemente así no lo pensara, no podría desempeñar con convencimiento el cargo, al entender que es un binomio que no debe supeditarse a otros factores. El docente, en cuanto investigador, debe conjugar el espíritu analítico que la pesquisa experimental exige, con una mentalidad en la que la síntesis haga accesible su difusión. La investigación exige especialización rigurosa; la docencia, una apertura al mundo de las aproximaciones conceptuales, de las visiones panorámicas, de los conceptos generales. La investigación requiere el culto al detalle y a los hechos. La docencia atiende fundamentalmente a las categorías y a las leyes. Aunar hábitos contrapuestos no es tarea fácil.

La investigación es el deseo insatisfecho de un más allá en el mundo del conocer que repercutirá con gran fruto en el campo de la docencia y, a su vez, esta última ampliará el campo visual del investigador: el profesor ha de estar al día en una extensión mucho mayor que la que cultiva como investigador, y esto puede prestar grandes servicios a la investigación misma.



# **LA ENFERMERIA DESDE EL PUNTO DE VISTA EPISTEMOLOGICO**

**PROF. JOSE CRESPO BENITEZ**

Catedrático de Enfermería Psiquiátrica de la  
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de  
la Universidad de Cádiz.



La epistemología, o filosofía de la ciencia, es la rama de la filosofía que estudia la investigación científica, y su producto el conocimiento científico. Durante las últimas décadas, la epistemología ha experimentado un gran desarrollo, llegando en la actualidad a ser una rama importante del árbol de la filosofía.

Entrando en mi primer turno de intervención, abordaré uno de los problemas centrales de la enfermería: el de su propia conceptualización. En la siguiente mesa redonda, en colaboración con el Prof. Ignacio García, haremos el diseño de unos objetivos docentes adecuados al “currículum” actual de la carrera.

De forma genérica, se entiende por modelo “aquello que es objeto de imitación o reproducción”. Se trata, pues, de una muestra que sirve de prototipo para imitar o reproducir.

Desde el punto de vista epistemológico, los modelos también hacen referencia a representaciones teóricas con carácter de ejemplo.

Así mismo, en enfermería, la palabra modelo tiene el significado de esencia conceptual. Si aceptamos que el cometido específico de enfermería es el de cuidar, complementando al objetivo más específico de la medicina que es el de curar, a través de un modelo de enfermería, se pretende definir cómo, dónde y quién ha de prestar esos cuidados profesionales.

Pero en enfermería existen varios modelos y también han sido diversos los criterios utilizados para agruparlos. Esta pluralidad de criterios clasificatorios y de modelos, resulta significativa por su propia variedad. Son muchas las opiniones sobre el papel que ha de

cumplir este personal en relación con los pacientes. Según el criterio de operatividad, los modelos se han agrupado en tres tendencias:

1. *Modelo naturalista*: Florence Nightingale, una de las figuras más relevantes de la historia de la profesión, máxima representante de este modelo, enfoca los cuidados de enfermería, actividad específica de este personal, como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos (1). En la actualidad, las ideas de Nightingale, de finales del siglo XIX, están ampliamente superadas, aunque a esta autora le corresponde el mérito de haber definido los conceptos de salud y enfermedad en relación con la Enfermería.

2. *Modelo de ayuda*: Los representantes más destacados de este modelo son: Virginia Henderson (2) y Dorothea Orem (3). Ellas, en 1960 y 1971 respectivamente, afirman que la función específica de enfermería consistirá en llevar a cabo acciones en las que el paciente no sea capaz de actuar por sí mismo.

3. *Modelo de interrelación*: Los representantes más característicos de este modelo son: Hildegar Peplau (1952), Martha Rogers (1970), King (1971) y Roy (1980). (4, 5, 6 y 7). Fundamentalmente, este concepto de enfermería se basa en la idea del ser humano como ente bio-psico-social en continua interrelación con su medio ambiente del que recibe constantes estímulos. Una adecuada adaptación al entorno es indispensable para conservar la salud.

Ya hemos señalado que la propia pluralidad de tendencias y modelos existentes en enfermería resulta altamente significativa. En distintos lugares, distintos profesionales enfocan de manera diversa un tema tan trascendente como es la misma esencia, el propio modelo de enfermería.

De forma implícita, al aceptar la existencia de varios modelos, aceptamos también que no existe una única teoría elaborada con cuerpo doctrinal propio. Esa multiplicidad implica la variabilidad de un concepto general de enfermería que no ha sido aún tematizado. Por ello no podemos aceptar la definición del Consejo Internacional

de Enfermería (8), ampliamente difundida, que define a ésta como: "Ciencia que tiene como objetivo principal dar cuidados directos al individuo sano o enfermo, familia o comunidad que por sí solos no pueden darse por falta de conocimientos o incapacidad".

Entre ciencia y tecnología no existen unas fronteras precisas, confundiendo muchos autores ambos conceptos y la tecnología con los efectos nocivos de sus aplicaciones. Recientemente, Mario Bunge (9) redefine la tecnología dando cabida en ella a todas las disciplinas orientadas a la práctica, siempre que apliquen el método científico y tengan un cuerpo propio de conocimientos científicos y matemáticos. La tecnología, por no ser ajena a la teoría, no es una mera aplicación de la ciencia pura. Para Bunge, la finalidad de la investigación científica es la verdad por la verdad misma, y la meta de investigación tecnológica es la verdad útil a alguien.

En otras palabras, al tiempo que el científico busca conocer por conocer, el tecnólogo busca conocer para hacer aplicación práctica. Luego la investigación científica difiere de la tecnológica, no en el método, sino en el propio fin.

Estamos ahora en condiciones de afirmar que la enfermería, aunque sea una práctica, al no poseer conocimientos científicos y matemáticos propios, tampoco es una tecnología, aunque en ella se utilicen numerosos conocimientos tomados de otras áreas (Biología, Psicología, Sociología, Matemáticas, etc.).

Al igual que de la medicina, también se afirma que la enfermería es un arte. Analicemos el significado de esta conceptualización.

De forma genérica, lo artístico suele estar lejos de la tecnología y más distante aún de lo propiamente científico. A excepción de la arquitectura donde con frecuencia se integran la tecnología y el arte, no es usual que estas áreas de la cultura interactúen, aunque con frecuencia el arte se sirva de los adelantos tecnológicos.

Las características más importantes de la producción artística radican en la belleza, creatividad y originalidad. Destacan en ella el sello o impronta del artista, o sea, lo personal. Una reproducción artística efectuada con ayuda tecnológica puede alcanzar mucha belleza y perfección, pero al carecer de originalidad no logra valor en el mercado.

En las tareas desarrolladas por el personal de enfermería debemos potenciar al máximo todo lo personal y humano por los beneficiosos efectos de la psicoterapia inespecífica que existen de forma implícita en la relación con el paciente. Pero esta relación, al ser tan valiosa, no debe confiarse a lo intuitivo, al azar, a la improvisación o a las dotes personales del D.U.E. Por el contrario, estos elementos accidentales, en donde pudiera quizás apreciarse ocasionalmente alguna impronta personal, creativa, intuitiva, etc., deben ser aprovechados, pero siempre complementados con una buena formación donde se sistematice al máximo la actuación y la relación DUE-enfermo. O sea, nuestro objetivo debe pretender formar a este personal para que, conociendo el valor de sus actuaciones, gestos, palabras, silencios y miradas, sistematice su relación con el paciente de la forma más responsable y eficaz (10).

Esta organización quedará, por lo tanto, lejos de la improvisación personal y más cerca del saber científico estructurado.

Podemos concluir pues, que la enfermería no es ciencia ni tecnología y menos aún arte. Por tanto, al igual que la mayor parte de las profesiones, tengan rango de diplomatura o incluso de licenciatura, se tratará de una práctica. Pero para conceptualizarla, tendremos que analizar qué clase de práctica.

Hemos señalado que en esta profesión se acepta la misión de cuidar como específica y característica. En nuestra cultura podemos distinguir distintos tipos de cuidados. Existen los autocuidados, que son los que se presta uno a sí mismo; otros, de apoyo, que se trans-

miten de una persona a otra; por último, los cuidados especializados, que requieren habilidades más o menos complejas y que son proporcionados por un experto en la materia. Aunque ha habido autores que opinan lo contrario, creemos que la realización de autocuidados o cuidados de apoyo, aunque impliquen conocimientos arraigados en las costumbres sociales, no deben ser incluidos en el quehacer de la enfermería, por lo que en este análisis nos ceñiremos a los cuidados de expertos.

La condición de experto puede adquirirse a través del tanteo o de la experiencia, caso de la comadre que atiende con cierta eficacia un parto en el medio rural, realidad aún frecuente en otras culturas; o bien, a través de una formación cualificada profesionalmente, que integre en proporciones adecuadas conocimientos teóricos, técnicos y prácticos. Este sería el caso de una matrona concedora de la anatomía y fisiología del parto y de las habilidades y cuidados que requieren su asistencia. Ambas son personas expertas, lo que las diferencia es el nivel y el método de adquisición de sus conocimientos.

A estas alturas de la exposición, a pesar del vacío legislativo que regule las funciones de enfermería, a pesar también de los distintos modelos y tendencias existentes en la profesión, parece adecuado proponer la siguiente definición de enfermería:

“Práctica realizada por personal experto de rango universitario, cuya actividad se funda en el saber de otras ciencias, que en la actualidad se encuentra en vías de desarrollo de un saber propio, que tiene como objetivo principal dar cuidados al individuo sano o enfermo, familia o comunidad, que por sí solos no pueden darse por falta de conocimientos o incapacidad” (11).

De esta forma diferenciamos la actividad de esta profesión de una práctica empírica a secas que puede realizar cualquier experto o el personal de formación profesional con un conocimiento no científico y un rango no universitario.

Cuando el DUE actúa no lo hace por tanteo o de forma intuitiva, sino que actúa con unos conocimientos científicos en los que basa sus intervenciones, adquiriendo éstas el máximo rigor y eficacia.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. NIGHTINGALE, F.: Notes on nursing. What it is and what it is not. Harrison. Londres, 1859. 1914.
2. HENDERSON, V.: Principios básicos de los cuidados de enfermería. Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra, 1971.
3. OREM, D.: Nursing: Concepts of practice. McGraw-Hill. Nueva York, 1971.
4. PEPLAU, H.: Interpersonal relations in nursing. Putnam's sons. Nueva York, 1952.
5. ROGERS, M.E.: An introduction to a theoretical basis of nursing. F.A. Davis. Co Filadelfia, 1970.
6. KING, I.: Toward a theory of nursing. Nueva York, 1971.
7. ROY, C.: Introduction to nursing; an adaptation model. Englewood Cliffs, N.Y. Prentice Hall, 1980.
8. O.M.S.: Quinto informe del Comité de expertos en Enfermería. "Serie de Informes Técnicos", 347. Ginebra, 1966.
9. BUNGE, M.: Epistemología. Ariel. Barcelona, 1981.
10. CRESPO BENITEZ, J.: Formación psicológica y psiquiátrica del profesional de enfermería en el hospital. Escuela Universitaria de Enfermería. Oviedo, 1987.
11. CRESPO BENITEZ, J.: Proyecto Docente. Cádiz, 1988.

# **FUNCIONES DE ENFERMERIA**

**PROF<sup>ª</sup>. D.<sup>ª</sup> MARIA TERESA MONZON  
CASAS**

Vicepresidenta III del Consejo General de  
Colegios de Diplomados en Enfermería.



En primer lugar, agradecer al Prof. Crespo Benítez la invitación hecha al Consejo General de Enfermería para estar presente en estas jornadas. Aunque lo previsto era que el Consejo estuviera representado por su presidente, circunstancias de última hora han impedido que él se encuentre entre ustedes como hubiese sido su deseo. Como vicepresidenta asumo esta representación, y voy a procurar desarrollar el tema encomendado, FUNCIONES DE ENFERMERIA. Si no con la brillantez que lo hubiese hecho el señor presidente, sí al menos, con la misma buena voluntad.

Al abordar las “Funciones” de Enfermería, tengo que reconocer, que como tema a desarrollar no me llenó de alegría, ya que no se puede hacer otra cosa que volver a recitar la cadena de propósitos y despropósitos que ha supuesto el empeño, ya histórico, de la Enfermería porque se le reconozca jurídicamente su campo de ejercicio profesional, sin que hasta este momento se haya conseguido nada positivo.

Ante este planteamiento tan poco atractivo, he tratado de bucear en la situación actual para buscar alguna salida que nos pudiera ofrecer un horizonte más esperanzador.

“De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los Poderes Públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad”. Coincido con el profesor González Pérez, cuando dice, que estas palabras iniciales del preámbulo de la Ley General de Sanidad son perfectamente aplicables a las reformas de la profesión de Enfermería.

En la bibliografía existente en el Consejo General sobre el proceso de esta reforma de la profesión encontramos que desde la secularización de la Enfermería en el presente siglo, muchos y continuados han sido los intentos de perfeccionar y delimitar la definición de ámbito profesional de los enfermeros, en lo que concierne a los cuidados directos al paciente, asistencia a partos y curas. En 1857 la Ley de Instrucción Pública regula los requisitos del Título de Practicante.

El Real Decreto de 10 de agosto de 1804, reorganiza profundamente los estudios existentes, al tiempo que modifica la carrera de Matrona, que databa de noviembre de 1888.

Posteriormente, en el año 1953, todos estos estudios se unifican en una sola titulación, la de A.T.S.

El ordenamiento de la profesión de Enfermería actualmente vigente está regulado principalmente por el Decreto 2.319/1960 de 17 de noviembre sobre competencia profesional de los A.T.S., Practicantes, Matronas y Enfermeras.

Esta regulación del año 60 obedecía tal y como se reconoce en el propio Decreto, principalmente, a la necesidad de acomodar las funciones de estos profesionales a las exigencias de la asistencia sanitaria del momento, y por reconocer un mayor nivel de formación científica y técnica en los A.T.S., logrado con los nuevos planes de estudio.

Por el Real Decreto 2.128/1977 de 23 de julio, las Escuelas de A.T.S. son sustituidas por otras Escuelas de rango Universitario, lo que conlleva un profundo cambio en los planes de estudio, dando con ello un profesional, el Diplomado de Enfermería. "Enfermero", con un perfil diferente al del A.T.S.

En este momento es donde planteo la *primera reflexión* para mi particular tesis.

Este *nuevo perfil* profesional del enfermero tiene su marco de acción reconocido y recogido en la O.M. que regula las directrices generales de los Planes de Estudio del Diplomado en Enfermería, en el que se dice que una vez finalizados los estudios, estará capacitado para ofrecer una asistencia integral al individuo, familia y comunidad... etc.

Que el marco y la habilitación para el ejercicio lo avala el título final, no creo que sea causa de controversia, ya que en las ocasiones en que por supuestas irregularidades en su ejercicio profesional ha habido denuncias sobre algún enfermero, la sentencia de los tribunales ha estado basada en si, para ejercer esa actividad, se tenía o no capacitación académica acreditada.

Y es más, cuando una enfermera va a trabajar en países extranjeros, lo que se le solicita es la titulación con especificación de los contenidos del plan de estudios; luego se reconoce que en ese plan de estudios se define su campo de acción.

Pero abundando más, en la Directiva nº 77/453/C.E., Orden del Consejo de 27 de junio de 1977, por la que se establece la coordinación de las disposiciones legales en relación con las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales, se reconoce claramente que para que la libre circulación de estos profesionales sea efectiva tienen que tener un campo de ejercicio lo más similar posible, y esto sólo se garantiza si el plan de formación en todos los Estados miembros es similar. Por ello, lo que la citada directiva regula es el perfil de capacitación profesional que necesita un enfermero de cuidados generales para poder ejercer como tal, y se añade además el plan de estudios con todo su contenido.

Otro argumento que planteo es el siguiente:

La modificación de la legislación va siempre muy por detrás de las necesidades sociales. Es un hecho admitido por todos.

En el caso de nuestra profesión es bien obvio, la regulación de su ejercicio en el año 60 no responde en absoluto a la realidad de los profesionales actuales, y menos aún a las necesidades del Sistema Sanitario de nuestros días. Señores, ¿no creen que 31 años son muchos años, sobre todo para esta época en que nos ha tocado vivir? Y cuando el ritmo que nos imponen los acontecimientos mundiales hace ya imposible medir las etapas de tiempo en milenios, ni siquiera en siglos; ahora, una década comporta la medida de tiempo más usual, dada la precipitación con que se están sucediendo hechos transcendentales a nivel mundial que van a provocar cambios políticos, económicos y sociales muy importantes y que nos afectarán a todos. La caída del muro de Berlín, la situación de los países del Este; la más reciente caída del partido comunista en la U.R.S.S. y la independencia de sus Repúblicas, etc.

Estos hechos van a tener amplia repercusión en el nuevo orden del mundo y van a condicionar y comprometer en gran medida las políticas de los diferentes países. España no puede quedarse al margen de estos cambios, por tanto, aunque aún no sabemos exactamente en qué nos va a afectar si somos conscientes de que sufriremos estos cambios. Y si van a producirse cambios económicos y sociales, también sabemos que un sector donde se van a hacer claros y patentes va a ser en el sector sanitario.

Estamos asistiendo ya a diferentes enfoques y alternativas en la forma de desarrollar la Ley General de Sanidad del 86, lo que nos lleva a cambios inminentes.

Al llegar aquí es cuando quiero preguntarles: ¿Creen que será posible el que la Enfermería desarrolle adecuadamente su ejercicio de acuerdo a sus competencias y a las necesidades de salud de la población, si tenemos que esperar a la regulación del ejercicio profesional tal y como hasta ahora lo hemos hecho?

A estas alturas de la reflexión, muchos de ustedes estarán pensando: “mira tú, a la hora que viene y el recaó que trae”.

Pero sí, miren ustedes, es perfectamente lógico que “venga ahora y con este “recaó”. Durante el Curso pasado, en todas las Universidades españolas y también en la de La Laguna, a la que pertenezco, hemos estado trabajando en comisiones sobre el desarrollo de los planes de estudios, según las Directrices generales dadas por el Ministerio de Educación y Ciencia.

En las Directrices que la propia Universidad nos ha hecho llegar para el procedimiento metodológico de la elaboración de los planes de estudio de cualquier titulación, se aconseja que el primer paso sea la fijación de sus objetivos de formación y aprendizaje, así como el perfil profesional de los respectivos titulados. Metodológicamente, esto ha de ser la guía para la discusión del listado de materias y contenidos que conformen el plan de estudios. Por tanto, parece claro que los objetivos y contenidos de los planes de estudios han de estar relacionados con el perfil profesional de los futuros titulados.

Para la elaboración de tales objetivos y perfil, la metodología que se recomienda es la “clásica”, y que no es otra que la fundamentada en el conocimiento de las **FUNCIONES, ACTIVIDADES y TAREAS** que deberán desarrollar los futuros profesionales, a cuya capacitación debe orientarse el proceso educativo.

Aquí está la clave de la solución a la tesis planteada.

La Enfermería española tiene en sus manos, ahora, el instrumento apropiado para que el campo del ejercicio profesional del diplomado en Enfermería —el enfermero— sea reconocido legalmente.

Si al elaborar el perfil profesional en las diferentes Escuelas de Enfermería se lograra en todas el mismo perfil o muy similar, al ser aprobado y homologado por las diferentes instancias académicas sería publicado en el B.O.E. y por tanto tendría reconocimiento jurídico.

Al no existir en este momento ninguna regulación específica del ejercicio profesional del Diplomado en Enfermería, pues la normativa del 60 especifica claramente que va dirigido a los A.T.S., Practicantes, Matronas, y Enfermeras, y no existiendo nada posterior al 77, que es cuando se crea la titulación del Diplomado en Enfermería, sería perfectamente argumentable el que el marco del desarrollo del ejercicio profesional está recogido en el Plan de Estudios, porque ahí se define claramente que es lo que el futuro profesional va a poder realizar en función a la capacitación que le otorgue su titulación académica.

Incluso parece lo más coherente, pues si antes hacíamos alusión a los rápidos cambios a los que estamos sometidos socialmente, parece lógico también que estos mismos cambios hagan modificar las necesidades del mercado laboral, ya que irán surgiendo nuevos espacios laborales que requerirán quizás nuevos profesionales, o al menos adecuación de los existentes.

Al producirse este reajuste profesional, será necesario, a su vez, la modificación del perfil profesional, lo que implicará sin duda modificación de su proceso educativo.

Que el marco de actuación se definiese en el Plan de Estudios nos permitiría en todo momento garantizar la relación óptima —ejercicio, formación— y por supuesto una respuesta más acorde a las cambiantes necesidades de salud de la población y una mejor integración profesional en el Sistema Sanitario.

Y si lo expuesto hasta ahora puede tener una gran repercusión en el plano profesional, no tendría menos en el docente, ya que la correcta definición del perfil profesional, con la delimitación clara y específica de las funciones, serviría sin lugar a duda para que al formularse los objetivos docentes éstos tengan la orientación adecuada, lo que conllevará que la estructura, contenido y enfoque de las materias del Currícula enfermero, se centre en el quehacer del

futuro profesional que se está formando, y no respondiendo a otros intereses como en la actualidad está pasando, intentando justificar estas desviaciones en la falta de definición de las competencias que el enfermero habrá de asumir en su ejercicio profesional.

Otra alternativa es, que la capacitación recogida en el Plan de Estudios fuese la base para el reconocimiento puramente formal de la regulación del ejercicio profesional, en la forma en la que hasta ahora se venía produciendo, a través de decretos que regulan la competencia profesional. La viabilidad de esto tendría que ser estudiada por profesionales jurídicos lógicamente, que emitiesen el oportuno veredicto.

## **PROPUESTA DE ELABORACION DEL PERFIL PROFESIONAL PARA EL DIPLOMADO EN ENFERMERIA**

Si lo que vamos buscando es la elaboración de un perfil común, yo creo que habría que partir de una base ya consensuada en su día por todos los sectores de la Enfermería Española. Me refiero al documento elaborado por el Consejo General y la A.E.E.D. en el período 88/89 y remitido en su día al Ministerio como proyecto de Ley de Funciones, donde se encuentra definido un claro perfil profesional; sería aconsejable tener en cuenta también el documento inmediatamente anterior al aludido, ya que en él se recoge el mismo perfil profesional, pero que al definir las actividades de cada función, se desarrollan más ampliamente.

Con estos documentos como base, hacer una revisión de algunos de los perfiles que en este momento se están elaborando en las Escuelas. Con esta visión global y con el Real Decreto de Directrices Generales propias, actualmente vigente, elaborar un perfil profesional que responda a la realidad profesional actual y del futuro inmediato.

Este perfil resultante podría ser consensuado de nuevo y, a través del órgano adecuado —la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería—, recomendarse a las Universidades para su inclusión en el Plan de Estudios que se está elaborando.

Todo esto, claro está, tendría que ser realizado con cierta premura para mantener los plazos establecidos por el Consejo de Universidades para la puesta en marcha de los nuevos planes de estudios en el curso 92/93.

Con esta exposición he tratado de brindar una salida esperanzadora, y yo creo que realista, que nos permitirá salir del complicado laberinto en el que se encuentra la profesión en cuanto al reconocimiento de su ejercicio profesional.

Para salir de ese laberinto se requiere el esfuerzo de todos, y una vez más se nos presenta a los profesionales la disyuntiva de hacer prevalecer los intereses generales de la profesión sobre los particulares de pequeños grupúsculos. Una vez más, también debemos pedirnos a todos que seamos generosos y humildes. Pues en esta profesión como en todas, si queremos crecer profesionalmente, tiene que ser partiendo del pensamiento de que: “Sólo con el esfuerzo de cada uno conseguiremos el deseo de todos”.

En la historia de la Enfermería, con mucha frecuencia, con demasiada diría yo, los árboles no han dejado ver el bosque. Estamos en un momento de madurez profesional en el que no podemos permitirnos el lujo de que los árboles nos impidan ver y dibujar el horizonte claro y prometedor de nuestra profesión.

Muchas gracias por su atención.

# **LA ENFERMERIA EN LA REALIDAD SOCIAL DE LOS ULTIMOS AÑOS**

**PROF. FRANCISCO HERRERA RODRIGUEZ**  
Profesor Titular de Historia de la Enfermería de la  
Escuela U. de Ciencias de la Salud de la Universi-  
dad de Cádiz.



Al analizar la estructuración temática de esta *Mesa Redonda* cobro conciencia de que el papel que debo desempeñar, a través de mi exposición, es el de realizar una síntesis de lo que socialmente ha sido la Enfermería española en los cruciales e intensísimos últimos cien años, con el fin de servir de atrio o prólogo a cuestiones de orden teórico y práctico que hoy vamos a debatir, ya que problemas como los adecuados objetivos docentes, la reforma de los planes de estudio y los soportes éticos de los profesionales son, sin duda, pilares que conformarán el futuro de la Enfermería. Un futuro que creo, sinceramente, debe estar marcado por una idea de progreso y de mayores ambiciones en el desarrollo y potenciación de funciones genéricas como son la asistencial, administrativa, docente e investigadora. Este progreso, como digo, sólo puede verse desarrollado si se acuña una adecuada herramienta formadora; es decir, un adecuado plan de estudio que dote al profesional de conocimientos y perspectivas de investigación en las áreas que cotidianamente desarrolla su trabajo. Pero sobre estos aspectos estoy seguro que en esta sala existen personas que pueden hablar con más propiedad. Es por lo que yo me voy a centrar, a partir de estos momentos, en el cumplimiento de la tarea que se me ha encomendado para esta reunión.

Trazar la evolución de la realidad social de la Enfermería en esta última centuria no es tarea fácil, debido al estado de abandono y desinterés general que hasta hace poco tiempo ha existido en torno a la investigación del pasado de esta profesión. Afortunadamente, en el momento actual, disponemos de los resultados de algunas investigaciones que a su vez abren perspectivas de futuras líneas de

trabajo. Trataremos, pues, en base a estos trabajos y a nuestra propia experiencia, de esbozar una panorámica que al menos posea la cualidad de la coherencia.

Dos problemas se nos plantean de entrada: el primero es precisar qué entendemos por *realidad social*; y el segundo, exponer una *sistematización histórica* que nos ayude a entender mejor cómo ha evolucionado la Enfermería en estos últimos cien años. En cuanto al primero de los problemas debemos decir que la realidad social es para nosotros una idea muy amplia, en la que caben, y por tanto se deben analizar, cuestiones tan importantes como las ideologías de enfermería que conforman la profesión, las funciones que se realizan, las influencias extranjeras, las polémicas con otros profesionales —médicos, practicantes, etc.—, las necesidades sociales que atienden los profesionales, la participación de los mismos en momentos especiales y delicadísimos como pueden ser epidemias o situaciones bélicas, etc.

Pues bien, estos aspectos que junto con otros constituyen la realidad social, como digo, deben ser estudiados en períodos concretos y diferenciados de nuestra historia más reciente. No se debe olvidar que al aplicar el prisma del estudio histórico a una profesión, tenemos la obligación de comprender la evolución de la misma en el contexto evolutivo de la sociedad. Es por lo que nuestra exposición va a estar marcada por cinco períodos diferenciados, en cada uno de los cuales debemos seguir investigando, y que son los que siguen:

- 1º.—La Enfermería en la regencia de María Cristina de Habsburgo-Lorena y el reinado de Alfonso XIII (1886–1931).
- 2º.—La Enfermería en la 2ª República Española (1931–1936).
- 3º.—La Enfermería en la Guerra Civil Española (1936–1939).
- 4º.—La Enfermería en el régimen de Franco (1939–1975).
- 5º.—La Enfermería en el reinado de Juan Carlos I (1975–     ).

Evidentemente, debe quedar claro que a través de este pequeño ensayo que expongo ante ustedes, no pretendo caer en la arrogancia y en la presunción de creer que se desarrollan todos y cada

uno de los puntos de interés histórico que atañen a la enfermería española; tan sólo aspiro humildemente a trazar una panorámica de conjunto y señalar algunas de las cuestiones de mayor interés que configuran la profesión enfermera en cada uno de estos períodos señalados.

## **1º.—LA ENFERMERIA EN LA REGENCIA DE M.<sup>a</sup> CRISTINA DE HABSBURGO—LOREÑA Y EL REINADO DE ALFONSO XIII (1886—1931)**

Este período histórico de aproximadamente unos cuarenta y cinco años que abordamos para su análisis, debe ser deslindado por una fecha muy concreta que es la de 1902, en que Alfonso XIII, después de la regencia de su madre, M.<sup>a</sup> Cristina de Habsburgo, durante casi diecisiete años, accede al trono.

En los hospitales españoles de finales del siglo XIX, el personal que prestaba cuidados a los enfermos eran hermanas religiosas y enfermeros, mientras que los practicantes realizaban técnicas concretas (1). Nosotros mismos hemos podido comprobar al estudiar el Reglamento del *Hospital de la Misericordia de Cádiz*, que esta situación es similar, en torno al año 1916, en esta institución gaditana (2), en la cual las Hijas de la Caridad realizaron la labor de cuidadoras teniendo bajo su control las salas de los enfermos y, por supuesto, las tareas de los enfermeros a los que se les confiaba el velar a los enfermos y operados, realizar los trabajos de limpieza, ayudar en las autopsias y cuidar de los enfermos infecto-contagiosos. En este reglamento del hospital gaditano se perfila la actividad de los practicantes, como hemos indicado, hacia la aplicación de técnicas, entre las que destacan la realización de curas, la aplicación de sanguijuelas, unturas, fricciones y baños, así como cuidar de la limpieza y conservación del instrumental.

Pero, sin lugar a dudas, existen una serie de fechas y hechos que no podemos soslayar en estos breves comentarios. En primer lugar, debemos recordar el año 1896, ya que tuvo lugar en España la creación de la que se considera que fue la primera Escuela de Enfermeras de nuestro país, llamada *Santa Isabel de Hungría*, la cual fue fundada por el cirujano de El Puerto de Santa María (Cádiz) Federico Rubio y Galí (3), en el Instituto de Técnica Operatoria de Madrid (Hospital de la Princesa) influenciado, como apunta Orozco, “por la escuela inglesa de Nightingale, creada en el St. Thomas' Hospital de Londres en 1860, y que él (Rubio) tuvo ocasión de conocer durante su estancia en Inglaterra...” (4). Esto, evidentemente, no quiere decir que Rubio calcara el modelo de Enfermería de Nightingale, sino que al ver el funcionamiento de la enseñanza de la enfermería en este hospital londinense cobró conciencia de la necesidad de reglar la formación de las personas que auxiliaban la labor del médico en nuestro país. La mentalidad de esta primera Escuela queda perfectamente reflejada en las condiciones que se les exigía a las mujeres para ingresar en la misma: “Tener veintitrés a cuarenta años de edad, saber leer, escribir y contar, ser sanas, robustas y dóciles, proceder de familias honradas, con preferencia de la clase media, huérfanas y desvalidas, ser de una moralidad intachable y de arraigados sentimientos cristianos, guiándolas, más que toda idea de lucro (aun siendo lícita), la bendita virtud de la caridad y el amor al prójimo, llevado hasta la abnegación”.

Domínguez Alcón (5) ha apuntado cómo a fines del siglo XIX las enfermeras formadas en la Escuela Nightingale ocuparon puestos en los hospitales ingleses, “asumieron su propia responsabilidad bajo las órdenes no de médicos, sino de enfermeras formadas”. Esta autora señala la ausencia de una líder femenina en nuestro país, ya que el proceso se inició promovido por médicos, “y más tarde, cuando en mayo de 1915 se legalizó y reconoció la profesión enfermera, fue a petición de una comunidad religiosa (las Siervas de María)”.

Efectivamente, 1915 constituye un año trascendental para la enfermería española, ya que se autoriza a ejercer la profesión de enfermera a todas aquellas personas (religiosas o no) que acreditasen tener los conocimientos necesarios, con arreglo al programa publicado en la *Gaceta de Madrid* de 21 de mayo. Los conocimientos se podían adquirir en consultorios, asilos y hospitales, debiendo realizar posteriormente un examen de contenido teórico-práctico (6).

En este mismo año de 1915 la madrileña *Escuela de Santa Isabel de Hungría* es designada Real Escuela. En 1917, la Duquesa de la Victoria, Luisa de Orleans, patrocina la creación de las *Auxiliares Femeninas de la Cruz Roja* y, en Barcelona, se crea la *Escuela de Enfermeras del Montepío de Santa Madrona*; y en 1919 comienza a funcionar la *Escuela de enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Cataluña*, planteándose ambas instituciones la necesidad de la promoción social y profesional de la mujer (7). Como se puede apreciar en los casi veinte años que transcurren de 1896, en que se funda la primera Escuela por Federico Rubio, hasta 1915 en que se legaliza la profesión enfermera, se va creando muy lentamente el caldo de cultivo necesario para que progresivamente se vaya consolidando esta profesión. Esta circunstancia también se puede apreciar si se estudian los libros de texto que a partir de esta última fecha van apareciendo en el mercado para la formación de la enfermera, la mayor parte de los mismos redactados por médicos, plasmando una ideología de subordinación de la enfermera hacia estos profesionales.

Así, por ejemplo, aparecen las *Contestaciones al programa oficial de los conocimientos necesarios para ejercer la profesión enfermera* (Madrid, 1916) (8). Y los libros que publican con la misma finalidad autores como Fernández Corredor (1917) (9), Antonio Mut (1917-1918) (10), Nicasio Mariscal (1920) (11), Cándido Soriano Catalán (1920) (12), Baltasar Pijoán (c. 1919) (13), etc.

De este conjunto de textos vamos a detenernos a comentar algunas cuestiones que se señalan en dos de los mismos, los que escribieron los médicos Antonio Mut y Cándido Soriano. En cuanto a la subordinación de la enfermera al estamento médico, queda perfectamente reflejado en ambos textos. Por ejemplo, Mut precisa que la enfermera debe mantener ante el médico una obediencia “que no debe ser esclava ni servil, sino inteligente”, además de estar adornada de cualidades como la paciencia, el respeto y la discreción. El libro de Cándido Soriano se abre con un pequeño prólogo escrito por María González Neira de Terrero (Dama Enfermera de la primera promoción de la Escuela Provincial de Oviedo), cuyo título es de por sí elocuente, *Dos palabras por obediencia*, y en el que la citada enfermera expresa que a una dama enfermera se le exige “para acreditar su disciplina, no tan sólo el cumplimiento exacto de las órdenes que recibe de sus jefes, sino también la silenciosa ausencia de todo comentario”. En este libro, Cándido Soriano, médico militar y profesor de la Escuela de Damas Enfermeras de Oviedo, remarca un aspecto que nos interesa señalar a nosotros, pues tiene un gran interés para valorar la actividad y entrega a la sociedad de estas primeras promociones de enfermeras. Nos estamos refiriendo a la labor desarrollada por estas mujeres en muchas ciudades españolas en una de las mayores crisis sanitarias que ha vivido el siglo XX. Así, Soriano valora a la primera promoción de Damas Enfermeras de Oviedo “por el alto ejemplo de civismo y humanidad que disteis durante la epidemia gripal de 1918, asistiendo a los epidemiados de las clases más humildes en el hospital organizado por la Cruz Roja, es la confirmación más elocuente de lo dicho”. Hay que tener en cuenta que en este triste episodio de nuestro pasado perdieron la vida muchos profesionales sanitarios por su entrega y dedicación a los enfermos. Evidentemente, esta es una línea de investigación en la que hay que profundizar para conocer adecuadamente y en todos sus pormenores la incardinación de las enfermeras en la realidad social

que provocó la citada epidemia. Al igual que es preceptivo desarrollar aún más nuestros conocimientos sobre la labor que realizaron los sanitarios en las circunstancias bélicas que vivió en la década de los veinte de este siglo el ejército español en Africa.

En cuanto al libro de Antonio Mut, profesor de la Escuela de Santa Isabel de Hungría de Madrid, nos interesa destacar que el tercero de sus tomos, que vio la luz pública en el año 1918, fue dedicado a la “asistencia de los enfermos de las diferentes especialidades”, participando en su redacción médicos como Gutiérrez, Yagüe, García Triviño, Botín, Janke, García del Diestro, Galo Leoz, Sixto Martín, Enrique Vílchez, José Borcasitas, González Bravo y el odontólogo Landete, dedicándose cada uno a exponer los cuidados que la enfermera debe dispensar a los enfermos de cada una de sus especialidades. De todo ello deducimos la clara participación de los médicos en la formación de enfermeras durante estos años, además de que muchos de estos profesionales reflejaban en esta formación la necesidad de que la enfermera dominase determinadas peculiaridades de cada especialidad.

Es sabido que, en 1902, se autorizó a los Practicantes la asistencia a los partos normales, teniendo su programa de estudios un total de 26 temas dedicados a las cuestiones obstétricas (de un total de 78) (14), lo que supuso un golpe a la especificidad profesional de las matronas, aunque poco después se abrió a la mujer la posibilidad de realizar los estudios de Practicante. Así, hemos encontrado Practicantes colegiadas como es el caso de María de los Angeles Vega, que en 1917 firmó un artículo titulado *Inteligencia femenina* en el periódico profesional *El Practicante Gaditano* (15). O Natividad Núñez Gallardo, que llegó a desempeñar su labor como Practicante en el trasatlántico “Alicante” en una travesía a Manila (16).

Ya ha señalado Domínguez Alcón, comparando los programas para la formación de Practicantes (1902) y Enfermeras (1915), cómo el Practicante tiene una orientación mayor hacia “técnicas concretas

de cirugía menor, curas y vacunaciones”, mientras que la Enfermera está orientada más hacia “los cuidados, según las diversas sintomatologías” (17). De todas formas los roces profesionales existieron, debido al auge que iban cobrando las enfermeras en el medio hospitalario, quejándose los practicantes de que éstas realizaban intrusismo al aplicar las inyecciones hipodérmicas (18).

Finalmente, para terminar este apartado, no queremos dejar de mencionar el año 1925, pues fue de gran importancia al crearse la *Escuela Nacional de Puericultura*, a partir de la cual se va a potenciar en nuestro país, progresivamente, como veremos más adelante, la formación especializada en el mundo de la infancia. El año 1929 también debe ser tenido en cuenta pues se fundó la carismática Escuela de Enfermeras de la *Casa de Salud de Valdecilla* (19).

## **2º.—LA ENFERMERIA EN LA SEGUNDA REPUBLICA ESPAÑOLA (1931-1936)**

Este período de nuestro estudio, de gran relevancia en nuestra historia, tan sólo abarca un lustro; sin embargo, durante estos años se producen una serie de acontecimientos de interés en la enfermería española. Intentamos en las siguientes líneas acercarnos a los mismos, aunque sea someramente.

En primer lugar nos ocupamos del encendido debate que se produjo sobre si el ejercicio de la enfermería debía estar en manos de religiosas, cuyas integrantes rara vez poseían la titulación de enfermeras (20) o de enfermeras laicas. Ya en 1929 se le preguntó a Gregorio Marañón si las monjas eran necesarias en el mundo hospitalario, a lo que el prestigioso médico contestó: “En España son necesarias *aún* porque no hay un cuerpo de enfermeras con la preparación suficiente para sustituirlas” (21).

En nuestra opinión, el mejor trabajo que ha tratado este espinoso y polémico tema, tema básico para el entendimiento de la evolución histórica de la enfermería en nuestro país, es el realizado por

Salmón y cols., en el que analizan la postura que en 1931 mantuvo el director de la Escuela de Enfermeras de “Valdecilla”, Manuel Usandizaga, que emitió opiniones como las que transcribimos a continuación: “... tan equivocados están los sectarios de la izquierda cuando niegan a las religiosas el derecho a cuidar los enfermos como los secarios de la derecha cuando creen que esta función debe ser un monopolio de las órdenes religiosas”. La postura de Usandizaga era clara: para ser enfermeras se debían “poseer unos conocimientos y una técnica”, no bastando con un buen corazón, con una vocación religiosa, para cuidar enfermos” (22). Como vemos, en el quehacer de cuidar a los enfermos también cristalizó la enconada lucha política de estos años. Entre posturas radicales de un signo y de otro signo, se encontraba la opinión ecuaníme de profesionales que reivindicaban la necesidad de enfermeras, religiosas o laicas, pero que estuvieran formadas técnica y profesionalmente.

En 1932 se crea el cuerpo de “enfermeras laicas”, con la intención de sustituir a las Hermanas de la Caridad. En 1933 aparece la interesante y vanguardista *Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya*, donde los estudios se realizaban en dos cursos, existiendo un tercero de especialización, en el cual se podían cursar las enseñanzas de enfermera visitadora, especialista en enfermedades internas, en cirugía, puericultura, enfermedades nerviosas y mentales, dando como resultado estos estudios el título de “enfermera superior” (23).

No debemos olvidar en estas líneas el nombre de Mercedes Milá Nolla que, en 1934, se constituye en impulsora de la *Asociación de Visitadoras Sanitarias* (24).

Uno de los aspectos de mayor interés para la enfermería durante este lustro republicano fue, a nuestro entender, la aparición de la titulación de *enfermero psiquiátrico*, que hemos estudiado en otro trabajo (25). De sobra es conocido que en 1931, Alcalá Zamora (presidente del Gobierno provisional de la República) y Miguel Maura

(Ministro de la Gobernación), sensibilizados entre otros por la personalidad médica de Gonzalo Rodríguez Lafora (1886–1971), firman el decreto sobre la asistencia de enfermos mentales, con el que se pretende transformar la legislación vigente. En noviembre de 1931 fue nombrado Lafora presidente del Consejo Superior Psiquiátrico, institución desde la que tuvo una gran influencia en el desarrollo de la legislación que reguló la obtención del título de “Enfermero Psiquiátrico”. Efectivamente, el 16 de mayo de 1932, Casares Quiroga firma una Orden ministerial en la que expresa la necesidad de que desaparezca “el estado de cosas que entregaba a los enfermos psíquicos al cuidado de personas sin preparación alguna previa...”. Por ello, y una vez escuchado el informe del Consejo Superior Psiquiátrico, se dispone en esta normativa que “el personal sanitario subalterno existente en los establecimientos psiquiátricos, públicos y privados” será el siguiente:

- Practicantes en medicina y cirugía con el diploma de enfermeros psiquiátricos, “en número de dos, como mínimo, por establecimiento que albergue más de 50 enfermos”. El practicante “realizará en todo momento las funciones de su cargo, de acuerdo siempre con lo que le indiquen los médicos”.
- Enfermeros y enfermeras psiquiátricos, que estarán al cuidado directo del enfermo mental. Estos serán “el elemento auxiliar principal de la asistencia psiquiátrica intramaneicomial (...) y estarán en proporción de uno por diez enfermos de vigilancia continua, y uno por 150 de vigilancia discontinua”.

También se precisa en la Orden Ministerial el “personal subalterno no sanitario” que serán: los jefes de taller (para laborterapia) y los sirvientes o mozos, a cuyo cargo estará la limpieza y cuidado del establecimiento.

El programa de estudio para obtener el certificado de aptitud de enfermero psiquiátrico, promulgado por Orden Ministerial de 17 de mayo de 1932, consta de 24 temas, algunos de los cuales fueron

protestados por los practicantes, ya que consideraba que se estaba gestando un clarísimo intrusismo profesional. A partir de estos momentos se desata una campaña de críticas de los practicantes a Gonzalo Rodríguez Lafora por la creación de esta titulación que, según su criterio, les desvaloriza profesionalmente. Este pulso dialéctico que libraron los practicantes con el presidente del Consejo Superior Psiquiátrico, no resultó infructuoso para estos profesionales, ya que por una Orden de 30 de diciembre de 1932 consiguen que, con un año de estancia en un establecimiento adecuado y el posterior examen anual en los distritos universitarios de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago y Valencia, se les otorgue el título de Prácticante Psiquiátrico, aunque no logran, como ha precisado Orozco (26), que se retiren los temas específicos denunciados del programa.

Con motivo de la creación de la titulación que comentamos, en 1932 apareció el libro de Luis Valenciano Gayá, prologado por Lafora, que lleva por título *La asistencia al enfermo mental. Manual del enfermero psiquiátrico*, que se adaptaba como texto básico al programa exigido. Posteriormente, en 1936, se editó en Barcelona el *Manual del Enfermero para pacientes nerviosos y mentales*, de los profesores W. Morgenthaler (Universidad de Berna) y O.L. Forel (Universidad de Ginebra).

Para finalizar este esbozo histórico de la enfermería en la segunda República española, vamos a recordar la Memoria del *Servicio de Higiene Infantil de Granada*, del año 1934, que redactó el pediatra Rafael García-Duarte Salcedo (27), a través de la cual conocemos que en este servicio se realizó en el año citado un curso de *Enfermeras visitadoras de puericultura*, durante seis meses, con lecciones teóricas y prácticas diarias, siguiendo el programa oficial de la Escuela Nacional de Puericultura. Asimismo, también apunta Duarte, de forma muy detallada, el personal de enfermería que

prestaba servicios en esta institución granadina, un total de 17 enfermeras especializadas en Puericultura, distribuidas de la siguiente forma:

- 1 Enfermera Visitadora Titular (retribuida por el Estado).
- 1 Enfermera Auxiliar ( " " ).
- 1 Matrona Puericultora ( " por Junta de Protección).
- 1 Enfra.—Practict. Puericultora ( " " ).
- 5 Enfermeras Puericultoras tituladas (sin retribución).
- 8 Enfermeras alumnas.

Con este comentario completamos las claves de mayor interés para el conocimiento de la enfermería durante este concreto período histórico.

### 3.º—LA ENFERMERIA EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (1936–1939)

El profesor Luis Sánchez Granjel indicó en 1986, que, aunque sobre la Guerra Civil Española existe copiosa literatura, el tema sanitario, a pesar de su importancia, apenas ha sido abordado con mentalidad analítica y de verificación de los testimonios personales (28). Evidentemente, con estas líneas sólo pretendemos acercarnos al tema, porque somos conscientes de la complejidad del mismo, pues el análisis de la actividad sanitaria se entrecruza de forma directísima con el papel de la mujer en la guerra civil, y su actuación tanto en el *bando nacional* como en el *bando republicano*.

Mary Nash ha señalado la importancia que tuvieron los institutos de Mujeres Libres en Madrid y Valencia y el *Casal de la dona Treballadora* en Barcelona, en los que se realizaron tareas educativas, con el desarrollo de clases elementales de cultura general, capacitación profesional en enfermería, puericultura, comercio, avi-cultura, mecánica, electricidad, etc. Esta misma autora, citando a

Gallego Méndez, señala que la movilización y el protagonismo de las mujeres en el bando nacionalista fueron mucho más homogéneos, debido a la progresiva unificación política que impedía cualquier autonomía de actuación y a las características de la organización que canalizaría la *Sección Femenina* (29). En 1936, Mercedes Sanz Bachiller, imitando al *Winterhilfe* alemán, creó el Auxilio de Invierno, más tarde conocido por Auxilio Social. Esta organización tuvo diferentes secciones de protección a la madre y al niño, de auxilio al enfermo, de defensa de la vejez, de recaudar fondos para la guerra, de confección de ropa, etc. Otra creación en la movilización femenina fue el denominado Servicio Social, creado por decreto en Octubre de 1937, que era obligatorio para todas las mujeres entre diecisiete y treinta y cinco años, y durante la guerra se cumplía sobre todo realizando trabajos en las instituciones militares, en los frentes, hospitales y en el Auxilio Social. Según los propios datos de la Sección Femenina, mientras duró la guerra llegó a alcanzar esta institución una afiliación de unas 580.000 mujeres, y concentró su labor sobre todo en actividades de enfermería, higiene, lavandería, oficinas del Estado, etc. (30). Domínguez Alcón ha señalado que “una noción de lo que significó la labor de Falange durante el período de guerra puede dárnoslo el dato de que la Sección Femenina tenía durante ese período 80.000 enfermeras movilizadas, cifra de profesionales que en la paz no se alcanzó en España hasta 1976” (31). No hay que olvidar tampoco que durante la guerra civil muchos conventos se convirtieron en hospitales militares y que muchas religiosas (Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, Siervas de María, Carmelitas de la Caridad, etc.) cuidaron enfermos y heridos (32).

Nosotros, en un trabajo previo (33), hemos analizado la figura del urólogo gaditano Enrique Alcina Quesada (1879–1943) y su visión de la Enfermería durante este trienio de la guerra civil española. Así hemos comprobado que Enrique Alcina dio cursos a enfer-

meras de Falange, a las Damas Voluntarias de la Cruz Roja y a las Auxiliares Militares. En plena Guerra Civil, y autorizado por el capitán general de Sevilla, Queipo de Llano, presidió como profesor encargado los cursos para Damas Españolas Enfermeras que se efectuaron en diversos puntos de la provincia gaditana (entre 1937 y 1941): San Fernando, Algeciras, Puerto Real, El Puerto de Santa María y Jerez de la Frontera. Así en marzo de 1937, poco después de comenzada nuestra lamentable contienda civil, en los locales de la Sección Femenina de la Falange Española, se celebró un acto presidido por el gobernador de Cádiz, y en el que se encontraba Alcina, para entregar los “títulos provisionales”, expedidos por la primera autoridad civil de la provincia a las nuevas Damas Enfermeras. Fueron un total de 163 de Cádiz y Puerto Real y 42 de San Fernando. Es decir, se entregaron 205 títulos, cifra que nos revela las necesidades que existieron, nada más comenzar la guerra civil española, de preparar a marchas forzadas a un personal auxiliar sanitario, eminentemente femenino como podemos apreciar. Fruto de esta labor de formación de enfermeras, Enrique Alcina Quesada publicó en 1938 un libro con el “extracto de las conferencias” que impartió, en el que resalta que la enfermera debe poseer entre sus cualidades la diligencia, la inteligencia, la observación y la subordinación. Observamos, pues, con este ejemplo concreto, que durante este trienio se mantienen los parámetros ideológicos en la formación de las enfermeras.

En este mismo año de 1938 ven la luz otros dos libros para la formación de estas profesionales. El primero es la segunda edición de la obra de Manuel Usandizaga (director de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud de Valdecilla), titulado *Manual de la Enfermera*, que posee un formidable capítulo sobre “Puericultura” redactado por el pediatra Guillermo Arce Alonso. Y el segundo libro al que hacemos referencia es el titulado *El Auxiliar del Médico*, escrito por Jorge de

Murga y Serret, y en cuyo prólogo de Jerónimo Mur se expresa esta premonitoria frase: “Siguiendo un criterio moderno y marcando con ello una orientación a seguir por el Estado en la reforma de los planes de estas enseñanzas, el autor ha reunido en un solo cuerpo de doctrina todo cuanto es preciso para el conocimiento de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera, poniéndole el genérico nombre de Auxiliar del Médico. Este es el buen camino, indudablemente, para que el auxiliar médico responda al concepto moderno que la cultura actual exige y dé el rendimiento que el médico y el enfermo puedan desear”.

Además este libro de Murga posee un capítulo redactado por el Dr. Alfonso de la Peña, que lleva por título *Papel del auxiliar médico en la especialidad de Urología*.

#### **4º.—LA ENFERMERIA EN EL REGIMEN DE FRANCO (1939–1975)**

En estos treinta y seis años que estudiamos, Domínguez Alcón (34) ha distinguido dos períodos diferenciados: uno, calificado por esta autora de *ordenamiento de la práctica profesional*, que abarca de 1940 a 1956; y otro, de *profesionalización*, entre los años 1957 y 1975.

A pesar de ser un período de nuestro pasado más reciente, aún quedan muchas fuentes documentales (libros, revistas, etc.) e instituciones docentes de enfermería por estudiar, para entender adecuadamente esta época. Por ejemplo, nosotros echamos de menos en nuestro medio un adecuado estudio de la gaditana Escuela de la Hermandad de *Salus Infirmorum*, que por Orden de 4 de julio de 1955 se constituye en Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y, por una Orden de 28 de junio de 1958, se le autoriza la creación de la especialidad de Asistencia

Obstétrica, de un año de duración, establecida por un Decreto de 18 de enero de 1957. El estudio de esta institución en particular nos revelaría datos interesantísimos de la enfermería gaditana de los años cincuenta en adelante; por ejemplo, análisis de la ideología de enfermería de las personas que han regentado esta institución, estudio pormenorizado de las diversas promociones, de la docencia de la especialidad obstétrica, del tránsito de la titulación de A.T.S. a la de D.U.E., etc.

Así mismo debemos esclarecer el papel jugado por las asociaciones de enfermeras, colegios profesionales, etc. Y acudir a fuentes documentales de interés como son las revistas que ilustran sobre las inquietudes profesionales y sociales del colectivo. En este sentido hemos consultado los números editados en los años 1950–51 por la revista *Enfermeras* (35), cobrando conciencia del interés de esta publicación porque informa sobre la difusión de la revista, las relaciones hispanoamericanas, los aspectos ideológicos y deontológicos, figuras de enfermeras que fueron muy activas y que hoy día lamentablemente sus nombres permanecen en el olvido.

Es sabido que un *Decreto de 4 de diciembre de 1953* unifica los estudios de practicante, matrona y enfermera, en una sola enseñanza que habilitará para obtener el título de *Ayudante Técnico Sanitario*. Una *Orden de 4 de julio de 1955*, determina que los estudios deberán realizarse en tres años, concretando que los A.T.S. femeninos cursarán los mismos “obligatoriamente en régimen de internado”.

Un aspecto importante en estos años es el de las especialidades que se van creando para los A.T.S.: *Asistencia Obstétrica* (Matrona) y *Fisioterapia*, en 1957; *Radiología y Electrología*, en 1961; *Pediatría y Puericultura*, en 1964; *Neurología y Psiquiatría*, ambas en 1970; *Análisis Clínico*, en 1971.

En 1960, se regulan las competencias profesionales de A.T.S., practicantes, matronas y enfermeras. Así tenemos que los A.T.S. están capacitados para realizar las siguientes funciones, siempre que “su actuación se realice bajo la dirección de un médico”:

- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.
- Practicar las curas de los operados.
- Prestar asistencia inmediata en casos urgentes, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente.
- Asistir a los partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
- Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los Ayudantes masculinos o a los femeninos.

En cuanto a los practicantes, según esta normativa que glosamos, tienen las mismas funciones que los A.T.S. “a todos los efectos profesionales”. A las matronas se las autoriza “para asistir a los partos y puerperios normales, pero no a los distócicos”. Las enfermeras tendrán las mismas funciones que los A.T.S. “con exclusión de la asistencia a partos normales”, prohibiéndoseles “establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre de la profesión”. Esta normativa de 1960 permite que todas las instituciones hospitalarias y sanatoriales públicas y privadas tengan un personal femenino no titulado (llamadas “Auxiliares de Clínica”) para actuar exclusivamente dentro del régimen interno de las mismas, cumpliendo “funciones de asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los enfermos, con exclusión de la vía parenteral” (36).

De especial interés para la regulación laboral de los sanitarios es la *Orden de 26 de abril de 1973*, por la que se aprueba el *Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social*, en el que se especifican las funciones de estos profesionales.

Todos estos aspectos que enunciarnos, como la creación de la titulación de A.T.S., sus especialidades, la definición de sus competencias, etc., hay que analizarlas dentro del contexto y nuevas expectativas generadas por la creación y desarrollo en nuestro país del Seguro Obligatorio de Enfermedad (37), el crecimiento del número de hospitales, la demanda de un personal con mayor preparación técnica y especializada, acorde con los nuevos conocimientos y recursos con que va contando el mundo sanitario.

## **5°.—LA ENFERMERIA EN EL REINADO DE JUAN CARLOS I (1975- )**

Es obvio que para realizar la exposición de este apartado de nuestro trabajo no vamos a aplicar la óptica de la investigación histórica, sino más bien la del cronista que ha vivido o está viviendo la realidad de la profesión enfermera en los últimos años.

No cabe duda que el hito fundamental que se produce para los profesionales en estos últimos años es el de la consecución en 1977 del rango universitario para la enfermería (38), hito paralelo a los primeros atisbos de democratización de nuestro país. Con la enfermería universitaria se crean nuevas esperanzas para los profesionales, que van viendo como incluso algunos de los miembros de su colectivo al correr de los años van alcanzando plazas de profesores titulares en las Escuelas Universitarias de Enfermería. Se habla y se discute en los hospitales, ambulatorios, centros de salud, escuelas, con pasión sobre las funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigadoras de la enfermería. Existen profesionales que quieren llenarlas de contenido, y solicitan a las Unidades de Formación Continuada de sus hospitales que organicen cursos orientados a fundamentar los conocimientos de la metodología investigadora. Otros profesionales de la enfermería, ante las nuevas perspectivas se repliegan en la labor de aplicación de técnicas concretas que rea-

lizaban los Ayudantes Técnicos Sanitarios, y no quieren oír hablar de ideas como diagnóstico de enfermería, cuidados, modelos de enfermería, así como tampoco muestran interés por escritos generados por profesionales como Virginia Henderson, Poletti, Ropper, etc. Pero, pensamos, que dentro del colectivo éstos que presentan estas actitudes son una minoría, porque hemos tenido ocasión de comprobar en nuestro medio, en los cursos de formación metodológica para la investigación, una alta participación y un gran interés que, evidentemente, denotan ansias por la superación y por llenar de contenido más ambicioso el trabajo cotidiano que realizan.

Cierto es también que esta *nueva enfermería* ha contado con incomprendiones por sectores del cuerpo médico, que han considerado labores como las consultas de enfermería o la realización del diagnóstico de enfermería, como un menoscabo de sus propias competencias profesionales.

Con la *nueva enfermería* que se está gestando en estos años se va produciendo, lentamente, una transformación de los principios ideológicos que han regido la profesión desde sus orígenes. Es decir, vemos cómo la tradicional subordinación al estamento médico se va transformando por la idea de cooperación en un equipo interdisciplinar.

Pero si la enfermería en estos últimos catorce años ha ido gestando nuevas realidades y nuevas esperanzas en nuestro país, también es justo señalar que actualmente está lastrada por un sinfín de cuestiones e incertidumbres que no se acaban de resolver. Si no, medítese sobre las perspectivas que presenta el desarrollo del nuevo plan de estudio: ¿alcanzaremos con el mismo formar adecuadamente a los futuros profesionales de enfermería? ¿Poseerán los futuros profesionales que con él se formen la base suficiente para llevar a cabo si así lo desean una adecuada función investigadora?

Pero no acaban aquí los problemas. Todos nos preguntamos cuándo, por ejemplo, se clarificarán las funciones asistenciales de la enfermería, o cuándo los profesionales podrán realizar las ya anun-

ciadas especialidades, o cuándo definitivamente se va a aprobar el nuevo Estatuto-Marco que jubile definitivamente el ya mencionado más arriba de 1973.

A todas estas cuestiones añadimos las reivindicaciones que los colectivos de enfermería tienen también planteadas por la falta de estímulos, no sólo profesionales como hemos señalado, sino también de índole laboral o económica.

Recientemente leímos en la prensa un artículo titulado *El virus del desencanto*, en el que se exponen problemas como la deserción de las enfermeras, provocada por la escasez de las plantillas, los bajos sueldos y los turnos dobles. Del citado artículo copiamos, por su elocuencia, las palabras de una enfermera. Dice así: “Estamos desmotivadas. No tenemos asignadas por ley funciones específicas, no se nos reconocen más especialidades que las de matrona, la nómina de una recién contratada y una veterana es prácticamente idéntica y, en fin, en cinco años has alcanzado el techo al que puedes aspirar. Y entonces te preguntas: ¿he hecho yo una carrera de grado medio para esto, es que voy a ganar menos que un perito o un ingeniero técnico? Y encima con guardias, noches, dobles turnos, etc. Y te das cuenta de que esto no tiene futuro. Cobras conciencia de que eres una profesional, no una monja, como muchos creen todavía a causa de esa herencia de entrega sin límites que arrastramos, y decides, simplemente irte...” (39).

La situación, pues, creemos que puede ser definida como de crisis, algo así como una puerta que se cierra para abrir otra con nuevas perspectivas y esperanzas. En este proceso de transición que se vive en la enfermería ha llegado la hora de responder a todos esos problemas planteados, y que se ofrezcan por fin soluciones por parte de la Administración, la cual debe trabajar incentivando a los profesionales en todos los sentidos, para que repercutan estas acciones tanto en la revalorización social de los mismos, como en el pro-

pio seno de una sociedad que necesita cada día más unos servicios de salud sólidos y satisfactorios en los que, sin duda, la enfermería tiene mucho que decir.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) DOMINGUEZ ALCON, Carmen: *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Editorial Pirámide. Madrid, 1986. p. 99.
- (2) Cf. el *Reglamento interior del Hospital de la Misericordia vulgo de San Juan de Dios de la muy humilde Hermandad de la Santa Caridad de la Ciudad de Cádiz*. Cádiz, 1916. Este reglamento ha sido comentado más extensamente en HERRERA RODRIGUEZ, F.: *Estudios sobre las profesiones auxiliares sanitarias en Cádiz (siglos XIX y XX)*. En prensa.
- (3) Sobre la vida y obra de Federico Rubio, Cf. a OROZCO ACUAVIVA, A.: *Federico Rubio, el gran maestro*. “Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz”: XIII (1977), 2. pp. 17–32. Y a LOPEZ PIÑERO, J.M. *et al*: *Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España*. Volumen II (M–Z). Ediciones Península. Barcelona, 1983, pp. 269–272.
- (4) OROZCO, A.: *Notas para la Historia de la Enfermería gaditana*. Cádiz, 1983, p. 37.
- (5) DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* p. 107–108.
- (6) IBIDEM, p. 101.
- (7) IBIDEM, p. 114. Y también DOMINGUEZ ALCON, C.: *Historia de la enfermería catalana*. “Rol de Enfermería”: V (1981–82), 42–43. pp. 57–58.
- (8) *Contestaciones al programa oficial de los conocimientos necesarios para ejercer la profesión enfermera*. Madrid. Vicente Rico. Paseo del Prado, 28. 1916.
- (9) FERNANDEZ-CORREDOR Y CHICOTE, Mariano: *Manual de la Enseñanza de Enfermeras*. Curso 1917–1918. Facultad de Medicina de Valladolid. Talleres Tipográficos “Cuesta”. Macías Picavea, 40. 1917.

- (10) MUT, Antonio: *La Enfermera. Resumen de los conocimientos más indispensables para la buena asistencia de los enfermos*. Tomo I (Nociones de Anatomía y Fisiología). Tomo II (Nociones de Higiene, Patología General y Terapéutica). 2ª. edición. Madrid, 1917. El Tomo III (Asistencia a los enfermos de las diferentes especialidades...) fue editado en 1918. Sobre esta obra de A. Mut Cf. a HERRERA RODRIGUEZ, F.: *La obra de Antonio Mut para la formación de enfermeras (1917-1918)*. “Comunicación al IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Zaragoza, 21, 22 y 23 de septiembre de 1989”. En prensa (Actas del Congreso).
- (11) MARISCAL, Nicasio: *Manual práctico de asistencia a enfermos*. Imprenta de Julio Cosano. Madrid, 1920.
- (12) SORIANO CATALAN, Cándido: *Curso teórico de la Dama Enfermera* (adaptado al programa oficial aprobado por R.O. del Ministerio de la Guerra de 28 de febrero de 1917 y al adicional para la enseñanza de las mismas). Establecimiento tipográfico Uría Hermanos. Calle S. Juan, nº 8. Oviedo, 1920.
- (13) PIJOAN, Baltasar: *La enfermera moderna*. Barcelona, s.f.e. (c. 1919, según DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* p. 105).
- (14) *Programa para la carrera de Practicante publicado en la Gaceta de Madrid del día 3 de junio de 1902 y autorizada su publicación por Real Orden de 13 de agosto del mismo año*. Editorial Pubul. Balnes, 127. Barcelona, 1934.
- (15) VEGA, María de los Angeles de la: *Inteligencia femenina*. “El Practicante Gaditano”: II (1917), 4. pp. 4-5.
- (16) Noticia ofrecida por PINRELITO: *Una compañera más*. “El Practicante Gaditano”: V (1920), 50. p. 5.
- (17) DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* p. 103.
- (18) OROZCO ACUAVIVA, A.: *Notas para la historia de la enfermería gaditana*. p. 39.
- (19) No nos vamos a detener en los orígenes de la Escuela de Enfermeras de “Valdecillas”, pero recomendamos la lectura del excelente trabajo de SALMON, F.; GARCIA BALLESTER, L.; ARRIZABALAGA, J.: *La Casa de Salud de Valdecillas: Origen y antecedentes. La introducción del hospital contemporáneo en España*. Universidad de Cantabria. Santander, 1990. Véanse especialmente las páginas 235-255 y 267-271.

- (20) IBIDEM, p. 268.
- (21) IBIDEM, p. 268.
- (22) IBIDEM, pp. 268–269.
- (23) DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* pp. 116–117.
- (24) J.G.A.: *Entrevista a D.<sup>a</sup> Mercedes Milá Nolla: La mujer en la guerra: Enfermeras.* En *Los médicos y la medicina en la medicina en la Guerra Civil Española.* Monografías Beecham. Madrid, 1986. pp. 303–308.
- (25) Cf. más información sobre este tema en HERRERA RODRIGUEZ, F.: *La titulación de “Enfermero Psiquiátrico” en la II República española.* “Minutos Menarini”: (1990), 167. pp. 4–8.
- (26) OROZCO, A.: *Notas para la historia de la enfermería gaditana.* p. 40.
- (27) Cf. DUARTE, Dr.: “Memoria–resumen del Servicio de Higiene Infantil de Granada (capital y provincia) durante el año 1934”. En GALDO MUÑOZ, Gabriel: *Obra médica del profesor Rafael García–Duarte Salcedo.* Granada, 1986. pp. 63–65. Sobre la asistencia pediátrica está en prensa el trabajo de HERRERA RODRIGUEZ, F.; CORDOBA MARISCAL, Manuel A. y RODRIGUEZ GARCIA, Ana R.: *Nodrizas, Enfermeras y la asistencia hospitalaria pediátrica.*
- (28) GRANJEL, Luis S.: *La Medicina en la Guerra.* “Historia 16, La Guerra Civil”: (1986), 14. pp. 92–102.
- (29) NASH, Mary: *Las mujeres en la guerra civil.* “Historia 16, La Guerra Civil”: (1986), 14. p. 116.
- (30) IBIDEM, p. 116.
- (31) DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* p. 119.
- (32) J.G.A.: *Entrevista a D.<sup>a</sup> Mercedes Milá Nolla: La mujer en la guerra: Enfermeras.* pp. 306–307.
- (33) Cf. a HERRERA RODRIGUEZ, F.: *Enrique Alcina Quesada (1879–1943) y su visión de la enfermera durante la Guerra Civil Española.* En “La Mujer en Andalucía” (Actas Primer Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer). Granada, 1990. Vol. I. pp. 433–441.
- (34) DOMINGUEZ ALCON, C.: *Opus cit.* p. 150.
- (35) Sobre esta revista se encuentra en prensa el trabajo de CORDOBA MARISCAL, Manuel A. y HERRERA RODRIGUEZ, F.: *Una revista de enfermería destinada a las profesionales hispanoamericanas (1950–1951).*

- (36) *Decreto de 17 de noviembre de 1960*, por el que se regulan las competencias profesionales de los A.T.S. y también la de los Practicantes, Matronas o Enfermeras que obtuvieron sus títulos antes de la Orden de 4 de diciembre de 1953 (B.O.E. de 17 de diciembre).
- (37) El Seguro Obligatorio de Enfermedad fue creado durante el mandato del ministro de Trabajo José Antonio Girón de Velasco.
- (38) Algunos aspectos de la transición de los estudios de A.T.S. a los de D.U.E. han sido narrados por VALLS SANCHEZ DE PUERTA, Alberto: "Antecedentes de la Escuela Universitaria de Enfermería en Cádiz. En *Diez años de enfermería universitaria en Cádiz*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz, 1989. pp. 11–13.
- (39) Ver *El País*, domingo 7 de julio 1991. p. 8.

# **LA REFORMA DE LOS PLANES DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA**

**PROF. JUAN VICENTE BENEIT MONTESINOS**  
Catedrático de Farmacología de la Escuela U. de  
Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense.  
Presidente de la Conferencia de Directores de  
E.U.E. estatales.



## **INTRODUCCION**

La renovación de los Planes de Estudio es uno de los instrumentos básicos para la modernización de la enseñanza universitaria. La primera fase de este proceso ha consistido, como preveía la L.R.U., en la aprobación del catálogo de titulaciones y de las respectivas directrices generales propias de cada una de ellas, y está a punto de culminar con la próxima publicación en el B.O.E. de las últimas disposiciones pendientes. Desde noviembre de 1990 están vigentes las directrices correspondientes a las primeras cincuenta y cinco titulaciones aprobadas, iniciándose con ello el plazo de tres años que las Universidades tienen disponible para proponer la homologación de los planes de estudio de esas titulaciones. Ello hace aconsejable acelerar el proceso de elaboración a fin de lograr que en octubre del próximo año pueda iniciarse un buen número de nuevos planes.

## **EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERIA**

En este proceso de Reforma Universitaria, el Consejo de Universidades solicitó a un grupo de expertos (Grupo IX, Subgrupo de Enfermería) un informe técnico para la elaboración de las Directrices Generales propias de Título de Diplomado en Enfermería, siguiéndose para su elaboración las recomendaciones realizadas en el contexto internacional.

Consejo de la Comunidad Económica Europea. Directiva 77/453, sobre coordinación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas, relativas a las actividades de las enfermeras responsables de los cuidados generales. Hecha en Luxemburgo el 27 de junio de 1977.

La ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias del Consejo de Universidades respondió a dicho Proyecto llamando la atención sobre la muy alta carga lectiva total (entre 360 y 460 créditos); así mismo, manifestó la rigidez planteada en cuanto a la adscripción de materias troncales a áreas de conocimiento, al ignorar la existencia de otras áreas que podrían incluirse junto a Enfermería.

Posteriormente el M.E.C., a través del Consejo de Universidades, elevó una propuesta de Real Decreto para establecer las Directrices Generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención del Título de Diplomado en Enfermería, en donde se establece que la carga lectiva global no será inferior a 210 créditos ni superior a 270.

Tras la aparición de esta propuesta de reforma del plan de estudios por el Consejo de Universidades, y tras consenso por parte de la Junta de Directores de Escuelas, el Consejo General de A.T.S. y D.E., y la Asociación Española de Enfermería Docente, en noviembre de 1988; se proponen las siguientes modificaciones:

1º.—En las áreas de conocimientos se debe incluir la de Enfermería en todas las materias troncales y mantener, exclusivamente, el área de Enfermería para las siguientes materias troncales:

- Enfermería Fundamental.
- Administración.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería Médico—Quirúrgica.
- Enfermería Psiquiátrica.

2º.—La materia troncal de Microbiología y Parasitología no puede ser considerada como tal materia troncal, sino que su estudio debe quedar incluido en Enfermería Comunitaria o Enfermería Médico-Quirúrgica.

3º.—Los créditos asignados, 270 (2.700 horas), para la formación de los Diplomados en Enfermería son insuficientes. El número de créditos deberá ser, como mínimo, de 360 (3.600 horas) y, como máximo, de 460 (4.600 horas), tal como marca la Directiva Comunitaria y a la que deberán ajustarse todos los países de la Comunidad Europea. En todo caso, el Gobierno deberá garantizar la libre circulación de estos profesionales en la Comunidad Económica Europea.

4º.—El presente Real Decreto regulará exclusivamente las enseñanzas del primer ciclo, no limitando la posibilidad de que, en su día, sea regulado un segundo ciclo.

El Consejo de Universidades en su reunión del 11 de febrero de 1990, aprueba ciento siete titulaciones, entre titulaciones nuevas y reformadas. Entre ellas se encuentra la de *Diplomado en Enfermería*, dentro del grupo de Ciencias Experimentales y de la Salud.

Posteriormente, la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación remite para informe preceptivo el Proyecto de Directrices Generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención del Título oficial de Diplomado en Enfermería. Tras ser sometido a todos los Colegios Provinciales, Direcciones de Enfermería y Escuelas Universitarias de Enfermería para que se enviasen consideraciones oportunas, el Consejo General emitió un informe desfavorable a dicho proyecto, en los siguientes aspectos:

- a) El mínimo de los créditos aparece disminuido a 180.
- b) No se recoge la propuesta de que las asignaturas de Enfermería Médico-Quirúrgica, Materno-Infantil, Geriatria y Salud Mental sean adscritas solo al área de Enfermería.

c) No se garantiza, a través de la Comisión de la C.E.E. el reconocimiento del Título de Diplomado en Enfermería Español en los Estados miembros de la C.E.E.

Tras realizar las diferentes consultas, ya citadas, el Consejo General emite al Ministerio de Educación su informe preceptivo sobre el proyecto de R.D. de planes de estudios de Enfermería, el 20 de septiembre de 1990. Aunque se valora positivamente que se haya recogido parte de las reivindicaciones que la profesión de Enfermería había planteado al Ministerio, como es la inclusión del área de conocimientos de Enfermería en todas las materias troncales, el informe es negativo, no obstante, por entender que el proyecto no garantiza suficientemente la libre circulación de los enfermeros españoles en la C.E.E., así como que las materias de Salud Mental y Enfermería Geriátrica no mantienen el área de Enfermería como exclusiva.

## **PUBLICACION DEL DECRETO DE PLANES DE ESTUDIO**

En el B.O.E. de 20 de noviembre aparece publicado el Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el *Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería y las Directrices Generales propias de los Planes de Estudio conducentes a aquél.*

Con fecha 28 de diciembre de 1990 aparece publicado el Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre, con modificaciones al Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, consistentes en la adscripción de las materias de Enfermería Geriátrica y de Enfermería Psiquiátrica al área de Enfermería.

Posteriormente, con fecha 16 de enero de 1991, aparece publicada una modificación del Real Decreto 1667/1990, referida al párrafo tercero del artículo único, consistente en que donde dice

“en la columna de Areas de conocimiento, en el epígrafe correspondiente a la materia troncal Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental: “Enfermería” y “Psiquiatría””, debe figurar la expresión “Enfermería”.

En la actualidad el proceso se encuentra en las Universidades, que están marcando directrices propias, en muchos casos limitando aún más el número máximo de créditos, de tal forma que en la mayoría de las Universidades, al menos en las más importantes, no se podrán alcanzar los 200 créditos.

En febrero de 1992 ya hay al menos un Plan de estudios homologado, el de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ferrol, de la Universidad de La Coruña, por Resolución de 9 de diciembre de 1991, B.O.E. de 8 de enero de 1992, y varios en vías de homologación.



# **OBJETIVOS DOCENTES EN ENFERMERIA**

**PROF. JOSE CRESPO BENITEZ**

**PROF. JUAN M. IGNACIO GARCIA**

Profesor Titular de Farmacología de la E.U. de  
Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.



## INTRODUCCION

En la programación, auténtico eje de la actividad académica, se integran los múltiples factores que se entrecruzan en el proceso docente. Uno de ellos, posiblemente el más importante, es el de la pormenorización de los objetivos y contenidos de la docencia. Se trata de la descripción del temario y de la previsión de metas con la parcelación de las materias a tratar.

Con el desarrollo de estos elementos y, a través del método elegido, la docencia se convierte en algo vivo donde el profesor revela la visión personal de su asignatura.

La descripción clara de los objetivos, que se definen desde la década de los años 50 en términos de comportamientos, dependerá de las funciones a desarrollar en el terreno profesional. Si con el tiempo se modifican las competencias profesionales, también habrán de cambiarse los objetivos y el programa global formativo.

Estos planteamientos genéricos, adquieren en enfermería unas características muy específicas, ya que, como se ha señalado, la Administración española aún no ha efectuado una clarificación y regulación de las funciones del profesional de enfermería, a pesar de resultar obligado hacerlo por mandato constitucional. La regulación de las funciones del personal de enfermería será la mejor manera de evitar problemas de competencias y de establecer unos objetivos y un plan de estudios coherente y adecuados a esas funciones. En la actualidad, y desde hace 14 años, continuamos formando

profesionales sin conocer exactamente las competencias que tendrán que asumir el día de mañana. Obviamente, esto resulta muy grave (1).

Estas indefiniciones han contribuido a que dentro de la práctica docente coexistan dos corrientes, más o menos radicalizadas, según las orientaciones del profesorado y las distintas Escuelas Universitarias, que estructuran de forma distinta los objetivos en las asignaturas del currículum.

a) Existe una concepción que ha hipertrofiado los contenidos teóricos, relegando, e incluso ignorando las atenciones y cuidados específicos de enfermería. En este orden, se proporciona al alumnado una formación poco específica de enfermería, dirigida, más bien, a la línea del conocimiento de un profesional que podríamos denominar “minimédico”.

b) Otra postura ha pretendido desarrollar una amplia y casi exclusiva base de conocimientos en relación a las tareas específicas de enfermería, negando y minimizando las funciones delegadas y de colaboración y rebajando notablemente la importancia y el peso de las ciencias básicas. Con esta orientación, al dejar a la enfermería con escaso soporte teórico, su praxis puede transformarse en un simple hacer empírico. También se olvida que la práctica de esta profesión se encuentra estrechamente unida a otras áreas de conocimientos, no sólo en las funciones delegadas y de colaboración, sino también en las tareas específicas. Por ejemplo, en el supuesto de que la enfermería desarrollase un cuerpo de saber propio respecto al cuidado de cualquier postoperatorio, si la técnica de esta intervención quirúrgica es modificada, el D.U.E. habrá de abandonar aquella línea de conocimiento y reconducir su actividad a las nuevas situaciones. Esta interdependencia está ampliamente establecida y aceptada en todas las áreas de la salud. De nada servirán a un urólogo sus técnicas quirúrgicas de extirpación de cálculos renales si la

litotrisia, producto de la tecnología biofísica, ajena a la medicina, logra unos efectos terapéuticos igual de eficaces y menos cruentos. Por esta razón, el médico y el D.U.E. habrán de adaptarse a las nuevas estrategias terapéuticas prestando atención continuamente a aspectos novedosos y distintos. En conclusión, esta interdependencia obliga a todos los profesionales a una continua actualización y renovación de conocimientos provenientes de otras áreas, debiendo abandonar antiguas estrategias por muy sabidas que sean.

Hemos aceptado que en la realidad actual, resulta imposible de admitir que la enfermería posea un cuerpo teórico tematizado e independiente, por lo que en su docencia, sin caer en la línea del “minimédico”. han de integrarse en proporciones adecuadas los niveles teóricos ajenos adecuados a la realidad asistencial, junto con otros contenidos prácticos propios, dependientes siempre, de aquella teoría.

Personalmente, pretendemos integrar estas dos corrientes al objeto de que dejen de ser antagónicas. Abordando estos problemas con una actitud antidogmática, de forma rigurosa y en profundidad, lograremos definir el papel del personal de enfermería, y de esa forma lograr una nueva frontera en el saber y mejor servir a la sanidad y a nuestra sociedad.

## **OBJETIVOS DOCENTES**

De forma general, y dependiendo de su amplitud, suelen distinguirse tres tipos de objetivos educativos: los institucionales, los generales y los específicos.

### **A) OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

Definen el concepto o meta de la formación del profesional de enfermería. Cualquier asignatura del “currículum” habrá de adaptarse a estos objetivos.

El Consejo de Europa, en su Directiva de 27 de Junio de 1977, señala que el enfermero en su período de formación debe adquirir “un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas sanas y enfermas, así como las relaciones que existen entre el estado de salud, el entorno físico y social del ser humano”.

Por otra parte, la directiva especifica la necesidad de “un conocimiento suficiente de la naturaleza de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados”.

Las directrices generales de los planes de estudios de enfermería publicadas en el B.O.E. de 20 de noviembre de 1990 (2) transcriben literalmente la directiva del Consejo de Europa, por lo que, en este caso, tenemos una clara referencia a la hora de diseñar los objetivos docentes que estamos analizando. En definitiva, y como señala el quinto informe de la O.M.S., estos objetivos deberán permitir que el profesional de enfermería tenga “una amplia cultura general y una formación profesional basada en un sólido conocimiento de las ciencias físicas, biológicas y psicosociales a fin de estar en condiciones de ejercer eficazmente la profesión, conforme a principios científicos y clínicos”.

Teniendo en cuenta el concepto de enfermería aceptado en la comunicación anterior y de acuerdo con la normativa vigente, podríamos proponer que el D.U.E., al término de su formación básica habrá de estar capacitado para (3):

1. Planificar y dispensar servicios de enfermería al individuo, familia y comunidad.
2. Ser un agente colaborador de los servicios sanitarios.
3. Estar al corriente de los nuevos conceptos de la profesión, manteniendo el propio nivel de competencia en función de los problemas a resolver.

4. Ser capaz de evaluar las actividades desarrolladas a fin de mejorar el rendimiento personal y la organización sanitaria a la que pertenece.

## **B. OBJETIVOS GENERALES**

Los objetivos de cualquier asignatura han de subordinarse a los institucionales, proporcionando al profesional los conocimientos teóricos, técnicos y prácticos precisos que permitan al D.U.E. abordar eficazmente los problemas de su competencia en los aspectos asistenciales y preventivos.

1. Los aspectos teóricos corresponden al conocimiento doctrinal del tema con sus definiciones (postulados, axiomas, reglas, etc.). En el caso de que se trate de la descripción de una enfermedad, estos contenidos irán referidos al conocimiento suficiente de la entidad. En el caso de las ciencias básicas, pretenderán un adecuado y suficiente análisis descriptivo del tema.

2. El nivel técnico lo entendemos en su acepción particular, aceptada por el diccionario de la lengua (4) de “pericia para usar los procedimientos o aparatos de que se vale una ciencia”. La palabra técnica tiene otra acepción que hace referencia a la propia tecnología. Estos objetivos no pretenden un conocimiento científico-práctico de los instrumentos o procedimientos utilizados, sino su manejo.

En nuestro país, hasta que la enfermería logró rango universitario estaban en vigor los estudios de ayudantes técnicos sanitarios. El perfil de este personal fue más técnico en el sentido de “pericia o habilidad”, estando relativamente empobrecido en contenidos teóricos. Gran parte de las funciones de los ATS consistían en ayudar al equipo sanitario en el manejo de instrumentos, aparatos o procedimientos diversos. O sea, desarrollaban esencialmente una actividad práctica con pocos contenidos científicos, bastante empírica y, casi siempre, delegada por otros miembros del equipo sanitario.

En la actualidad, muchas de esas funciones, sobre todo las de administración de fármacos, continúan ocupando gran parte del tiempo de los enfermeros. Las colaboraciones en otras estrategias terapéuticas, así como en programas comunitarios, también son actividades frecuentes del personal de enfermería. Por estas razones, parece oportuno mantener el nivel de estos objetivos técnicos, en la acepción señalada de la palabra, diferenciados de los teóricos y los prácticos.

3. Por último, incluimos un nivel de objetivos prácticos que se refieren a la habilidad de aplicar cuidados de enfermería, previa valoración de necesidades. Se trata también de una práctica, pero más específica, de enfermería, aunque como hemos dicho, interdependiente con otras ramas del saber.

Como resumen de los tres niveles teórico, técnico y práctico, podríamos concretar los dos siguientes objetivos generales en las asignaturas de enfermería:

1. El alumno definirá y describirá de forma suficiente el tema o entidad nosológica (NIVEL TEORICO).

2. El alumno diferenciará las estrategias, procedimientos y aparatos utilizados en las acciones asistenciales y preventivas, identificando el papel del D.U.E. en ellas (NIVEL TECNICO), y demostrará capacidad de relación–comunicación con los pacientes, atendiendo necesidades físicas y psíquicas del enfermo y de su entorno (NIVEL PRACTICO).

## **C. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

En cada lección del temario de cada asignatura habrán de diseñarse los objetivos específicos. Si resulta pertinente, estos objetivos incluirán los tres niveles señalados. Cuando se explique una entidad nosológica, en los objetivos teóricos se aportarán a los alumnos los

conocimientos imprescindibles para que posteriormente puedan hacer, a través del protocolo o historia de enfermería, una valoración de la situación y necesidades del paciente o comunidad y planificar su actuación a nivel de cuidados y atenciones.

Con los objetivos técnicos y prácticos, se pretenderá que el alumno quede capacitado para desempeñar las funciones propias y delegadas a nivel terapéutico y preventivo de forma autónoma o en colaboración con el equipo de acción comunitaria. También adquirirá capacidad para cubrir las necesidades tanto físicas como psíquicas del propio paciente y de su entorno.

En aquellas asignaturas o temas en que no se trate de una entidad nosológica, los objetivos específicos también integrarán los niveles teóricos, técnicos y prácticos, aunque obviamente, habrá ocasiones en que algunas de estas categorías no tengan sentido. También habrá de tenerse en cuenta que, aunque en pocas ocasiones, a veces las categorías no son puras, por lo que resultará difícil distinguir si nos hallamos ante una u otra.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) CRESPO BENITEZ, J.: Editorial. Enfermería Científica número 90. Madrid, 1989.
- (2) Real Decreto 1466/90 de 26 de octubre, por el que se establece el Título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las Directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél.
- (3) CRESPO BENITEZ, J.: Proyecto Docente. Cádiz, 1988.
- (4) Diccionario de la lengua española. Durvan, S.A. Bilbao, 1972.



# **CODIGO DEONTOLOGICO DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA**

**PROF.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ**  
Vicepresidenta I del Consejo General de Diplomados  
en Enfermería.



La Organización Colegial de Enfermería de España ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, que data de 1973, del Consejo Internacional de Enfermería, para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiese plantear.

Sin embargo, dadas las características de cada país, y concretamente del nuestro, así del propio ejercicio profesional es preciso adoptar nuevos planteamientos éticos a nuestra sociedad.

Por ello al tomar posesión nuestro presidente fue uno de los objetivos prioritarios de su mandato la elaboración del Código Deontológico de la Profesión de Enfermería en España.

A tal efecto, en el mes de abril de 1988 se constituye en el Consejo General una Comisión.

Hemos cuidado tomar como punto de referencia los Códigos Deontológicos de los países social y democráticamente avanzados y con profundo respeto a los Derechos Humanos.

¿Cómo hemos elaborado el Código?

1.º Se concluye el primer documento por parte de la Comisión, sin embargo nosotros deseábamos que fuese el Código de todos los enfermeros españoles.

Era necesario, por tanto, que todos los sectores implicados en nuestra profesión aportasen sus conocimientos e inquietudes, con el propósito último de enriquecer el texto que con profundo respeto a la conciencia individual y colectiva fuese plenamente asumido.

2.º Revisión del documento inicial a:

- 2.1. Colegios Provinciales de Enfermería.
- 2.2. Escuelas Universitarias.
- 2.3. Direcciones de Enfermería.
- 2.4. Sociedades Científicas.

Para que fuese estudiado, enriquecido y asumido por el mayor número posible de profesionales instituciones y tendencias.

Hemos recibido numerosas aportaciones de distintas entidades y personas, las cuales hemos incluido en el segundo documento, que evidentemente enriquecía al primero.

3.º En la tercera fase se somete a informe preceptivo de los Colegios Provinciales, estableciendo un plazo de 30 días para su revisión.

4.º Se reestructura nuevamente el anteproyecto incluyendo las aportaciones recibidas.

5.º Posteriormente se somete a informe preceptivo por parte de la Asesoría Jurídica y a Autoridades de Bioética de reconocida solvencia.

6.º Concluido el documento se realiza la corrección de estilo, concluyendo así este laborioso trabajo.

## **RESPECTO AL CONTENIDO**

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana, y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería.

Vivimos en una época en la que se necesita realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de los profesionales sanitarios en general, y de la profesión de Enfermería en particular.

Es necesario conservar los valores básicos, permanentes e irrenunciables en nuestra profesión; sin embargo, es preciso examinar dichos valores para comprobar si aún cumplen su misión dentro de una sociedad cambiante, adaptándolos en caso contrario a la realidad de nuestro tiempo.

Hemos revisado una amplia bibliografía sobre las normas deontológicas de la profesión de Enfermería, tanto nacionales como internacionales, así como de otras profesiones de Salud.

Para ello nos hemos planteado partir de un marco conceptual que unificase y delimitase a la vez las opiniones que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería tienen los propios profesionales.

## **CAPITULO I: AMBITO DE APLICACION**

Este capítulo recopila tres artículos que, sintetizados, refieren la obligación que tienen todos los enfermeros de cumplir las disposiciones del Código, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio, así como de la responsabilidad prioritaria del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de España y de los Colegios de la Ordenación, en su respectivo ámbito de la actividad profesional, velando por la ética y dignidad profesional, así como su obligación de exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos recogidos en este Código.

## **CAPITULO II: LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO. DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS**

Este capítulo consta de diez artículos, que recopila el derecho a la libertad y a la igualdad, como valores convertidos por todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Igualmente enfatizaremos la responsabilidad que tiene el enfermero en proteger al paciente de tratos humillantes que afrenten a su dignidad personal.

El respeto a la libertad del paciente, a elegir la atención que se le preste, es responsabilidad de las enfermeras.

El consentimiento del paciente ha de ser obtenido siempre ante cualquier intervención de la enfermera, y si sus condiciones físicas y psíquicas se lo impiden lo buscará en sus familiares allegados, no empleando nunca medidas de fuerza para obtener dicho consentimiento.

Aspectos como el derecho a la información veraz, clara y adecuada al paciente o familiares en el ámbito de su competencia se resalta como responsabilidad de la Enfermera.

### **CAPITULO III: DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

Este capítulo consta de nueve artículos, entre los que resalta el derecho a la vida y a la seguridad de su persona y de protección de la salud a que tiene derecho todo ser humano, así como el deber del enfermero de protegerle, evitando acciones que conduzcan a su destrucción, llevando a cabo una atención adecuada a todas las personas que lo necesiten sea cual fuere su procedencia, edad o circunstancia.

En el presente texto incluimos nuestra responsabilidad ante el paciente terminal, que dice:

“Ante un paciente terminal la Enfermera consciente de la alta calidad de los cuidados paliativos, debe prestarle competentemente los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia ayuda necesaria para afrontar la muerte cuando ésta sea inevitable”.

Otro de los artículos refiere el deber del enfermero de quedar en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en su ejercicio. En relación a este artículo dice textualmente: “Cuando la enfermera se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación será la seguridad del paciente, y reducirá el número de personas que participa del secreto”.

Por otro lado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera tiene en el ejercicio de su profesión el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser debidamente explicitado en cada caso, velando el Consejo y los Colegios para que ninguno pueda sufrir discriminación a causa de este derecho.

En nuestra línea de defensa a ultranza de los derechos humanos, referimos el deber de los enfermeros y rechaza la utilización de sus conocimientos y habilidades en perjuicio de las personas.

#### **CAPITULO IV: LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD**

Un capítulo completo constituido por ocho artículos, novedoso y no contemplado en otros Códigos de ética de Enfermería, está referido a la protección del medio ambiente.

Debemos ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombres, informando a la población sobre las medidas preventivas contra los riesgos ambientales, así como de la conservación de los recursos disponibles. Es imprescindible que conozcamos las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, para participar en las medidas a adoptar, cooperando con las Autoridades Sanitarias en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente.

#### **CAPITULO V: PROMOCION DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

Este capítulo, constituido por cuatro artículos, resalta en síntesis nuestro papel en los proyectos y programas de promoción de la salud, así como en el reparto de los recursos disponibles guiándonos siempre por el principio de Justicia Social, dar más al más necesitado.

## **CAPITULO VI: LA ENFERMERIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS E INCAPACITADOS**

Constituido por tres artículos, resaltando nuestro deber ante los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados, resaltando nuestra responsabilidad en la colaboración con las distintas organizaciones en la prevención de los minusválidos, atención, rehabilitación e integración social del minusválido, siempre en el ámbito de nuestra competencia.

## **CAPITULO VII: EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACION ETICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Componen este capítulo cuatro artículos que sintetizan nuestro deber de defender los derechos del niño, protegiéndole de cualquier forma de abuso, denunciando en este caso a las Autoridades competentes. Promoveremos por tanto la Salud y el bienestar de la familia para que los niños sean deseados, protegidos y cuidados, para que puedan crecer en salud y dignidad. Intensificaremos los fines de protección y cuidados, evitando que sean maltratados o exprotegidos a lo largo de su vida.

## **CAPITULO VIII: LA ENFERMERIA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MAS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ, COMO CONTRIBUCION ETICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD**

Consta de cuatro artículos que recogen el derecho a una ancianidad digna, saludable y feliz a que tiene derecho todo ser humano, así como la responsabilidad y obligación de la profesión de enfermería en este capítulo.

## **CAPITULO IX: EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS**

Componen este capítulo cinco artículos que, recopilados, por un lado nuestro deber a rechazar enérgicamente cualquier tipo de precisión que contribuya a manipular o utilizar nuestros conocimientos en perjuicio de los seres humanos.

Por otro, no podemos participar en cualquier otra forma de tortura y métodos que sometan a sesiones de sufrimiento a cualquier persona.

Igualmente estamos obligados con los organismos oportunos en solucionar problemas de salud de presos y refugiados, ayudándolos a su adaptación a la nueva vida.

Por otro lado debemos prestar auxilio a enfermos y heridos ante situaciones de catástrofes, poniéndonos a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

## **CAPITULO X: NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION**

Consta de diecisiete artículos referidos al ejercicio de la profesión propiamente dicho.

La enfermera tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención a todas las personas que requieran sus cuidados, protegiendo al paciente cuando dichos cuidados puedan ser amenazados. Igualmente tenemos la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o psíquicos, oponiéndonos por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o se le niegue la asistencia nece-

saría. Por otro lado, también seremos responsables de todas las decisiones que a nivel individual tomemos en el ejercicio de nuestra profesión.

Reflejamos en el presente documento el rechazo hacia el intruismo profesional en ambas direcciones:

Por un lado, no debemos aceptar el cumplimiento de responsabilidades que no sean de nuestra competencia en demérito de las propias.

Por otro, el delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud funciones propias, y para las cuales no están los demás debidamente cualificados.

Otra de nuestras obligaciones es denunciar cuantas actitudes negativas observemos ante el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. De ningún modo nos haremos cómplices de personas que descuiden deliberadamente o culpablemente nuestros deberes profesionales.

Enfatizamos de la misma manera, en nuestro Código, “el espíritu de trabajo, en equipo”, respetando las distintas áreas de competencia y manteniendo nuestra autonomía, solicitando siempre que sea necesario la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure un servicio de mejor calidad.

Tenemos, también, la obligación de compartir con nuestros colegas aquellos conocimientos y experiencias que contribuyan al mejor servicio a las personas y al fortalecimiento de nuestra profesión.

## **CAPITULO XI: LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERIA**

Está constituido por siete artículos sintetizados; recopilamos la necesidad de la enfermera de su puesta al día, y mediante la Formación Continuada y desarrollo de conjunto de conocimientos, sobre

los que se base nuestro ejercicio profesional. Asimismo debe asumir la responsabilidad de la educación en Enfermería a todos los niveles.

En otro de los artículos referimos la necesidad de la investigación, para mejorar los cuidados y desechar prácticas incorrectas y ampliar nuestro campo de conocimientos. Es también obligación de los enfermeros que participen en investigaciones, vigilar que la vida y la seguridad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados con el uso de dichas investigaciones.

## **CAPITULO XII: CONDICIONES DE TRABAJO**

Consta de cinco artículos este capítulo, que trata de las condiciones de trabajo de los enfermeros; resaltamos por un lado la necesidad de disponer de unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente por otro, tener siempre presente que en caso de conflictos laborales, nuestra primera responsabilidad es la de atender los intereses de los enfermos coordinando y comunicando las decisiones adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados.

Igualmente, cuando la enfermera observe que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, donde presta sus servicios pueden influir negativamente sobre la salud de los enfermos a su cargo, debe denunciarlo.

## **CAPITULO XIII: PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION SANITARIA**

Consta de cinco artículos que recogen en síntesis nuestro deber de participar plenamente, a través de la Organización Colegial, en las comisiones de planificación y en los Consejos de Administración donde se dictan las Políticas Sanitarias, Estatal, Autonómica y Provincial.

## **CAPITULO FINAL**

Igualmente, en el capítulo final recopilamos unas normas adicionales referidas a las organizaciones de Enfermería, así como las obligaciones de los responsables de toda la Organización de Enfermería de España, de guardar y hacer guardar en el ámbito de su competencia las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

Como hemos podido comprobar, nuestro Código recoge una nueva dimensión de la Enfermería, es su dimensión social, no contemplada en otros Códigos de ética en el mundo.

La Enfermería de nuestro país estamos dispuestos a propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud y desde luego lo estamos demostrando.

A través de la Organización Profesional de Enfermería de España, que es la propia Organización Colegial, nos comprometemos a: adquirir un compromiso profesional serio y responsable, participando activamente en la sociedad, reconociendo y aplicando en nuestro ejercicio los principios de ética profesional.

Asimismo, nos comprometemos a velar porque los artículos recogidos en el presente Código se cumplan.

**CODIGO DEONTOLOGICO DE LA  
ENFERMERIA ESPAÑOLA**



## **CAPITULO I: AMBITO DE APLICACION**

**Artículo 1.**—Las disposiciones del presente código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.). También serán de aplicación para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales, puedan ejercer ocasionalmente en España.

**Artículo 2.**—Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

**Artículo 3.**—De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

---

**NOTA:** Aunque el Consejo General tomó recientemente las medidas oportunas para la difusión del Código entre todos los profesionales de Enfermería, parece oportuno incluir aquí una transcripción completa del mismo al objeto de contribuir a aquella difusión entre los docentes.

## **CAPITULO II: LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO. DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS**

**Artículo 4.**—La enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

**Artículo 5.**—Consecuentemente, las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

**Artículo 6.**—En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas/dos a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

**Artículo 7.**—El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada, sobre la atención que se le preste.

**Artículo 8.**—Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

**Artículo 9.**—La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros las empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de

ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

**Artículo 10.**—Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las Instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

**Artículo 11.**—De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

**Artículo 12.**—La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

**Artículo 13.**—Si la Enfermera/o es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

### **CAPITULO III: DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE LA ENFERMERIA**

**Artículo 14.**—Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

- Artículo 15.**—La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.
- Artículo 16.**—En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano, y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.
- Artículo 17.**—La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.
- Artículo 18.**—Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.
- Artículo 19.**—La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.
- Artículo 20.**—La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional, y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

**Artículo 21.**—Cuando la Enfermera/o se vea obligado a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente, y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

**Artículo 22.**—De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

#### **CAPITULO IV: LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD**

**Artículo 23.**—Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombres.

**Artículo 24.**—Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

**Artículo 25.**—Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas preventivas y/o curativas que se deban adoptar.

**Artículo 26.**—La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

**Artículo 27.**—Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

**Artículo 28.**—Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

**Artículo 29.**—La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción nociva de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

**Artículo 30.**—La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollen investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

## **CAPITULO V: PROMOCION DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

**Artículo 31.**—El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la Salud, poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

**Artículo 32.**—Los proyectos y programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social, teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

**Artículo 33.**—El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

**Artículo 34.**—En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

## **CAPITULO VI: LA ENFERMERIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS E INCAPACITADOS**

**Artículo 35.**—Como consecuencia del Derecho Público que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

**Artículo 36.**—Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

**Artículo 37.**—Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ella, en la Sociedad.

## **CAPITULO VII: EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACION ETICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL**

**Artículo 38.**—Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

**Artículo 39.**—La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

**Artículo 40.**—En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados, de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

**Artículo 41.**—La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación, y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

**Artículo 42.**—La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

**CAPITULO VIII: LA ENFERMERIA ANTE EL DERECHO  
A UNA ANCIANIDAD MAS DIGNA,  
SALUDABLE Y FELIZ, COMO  
CONTRIBUCION ETICA Y SOCIAL AL  
DESARROLLO ARMONIOSO DE LA  
SOCIEDAD**

**Artículo 43.**—Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida.

**Artículo 44.**—En el ámbito de su competencia profesional, la enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

**Artículo 45.**—Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá, entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

**Artículo 46.**—La Enfermera/o debe incluir en sus programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

**CAPITULO IX: EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS**

**Artículo 47.**—Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

**Artículo 48.**—Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

**Artículo 49.**—Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

**Artículo 50.**—En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

**Artículo 51.**—La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando a su adaptación a un nuevo modo de vida.

## **CAPITULO X: NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION**

**Artículo 52.**—La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente, sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

**Artículo 53.**—La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

**Artículo 54.**—La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

**Artículo 55.**—La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

**Artículo 56.**—La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

- Artículo 57.**—La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.
- Artículo 58.**—La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.
- Artículo 59.**—La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.
- Artículo 60.**—Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.
- Artículo 61.**—La Enfermera/o está obligado a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.
- Artículo 62.**—Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.
- Artículo 63.**—Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebathe su propia autonomía profesional.

**Artículo 64.**—La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

**Artículo 65.**—Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

**Artículo 66.**—La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

**Artículo 67.**—La Enfermera/o, en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

**Artículo 68.**—La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

## **CAPITULO XI: LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERIA**

**Artículo 69.**—La Enfermera/o, no solamente estará preparado para practicar, sino que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas que la “lex Artis” exige en cada momento a la Enfermera competente.

- Artículo 70.**—La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.
- Artículo 71.**—La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.
- Artículo 72.**—La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.
- Artículo 73.**—La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.
- Artículo 74.**—Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.
- Artículo 75.**—La Enfermera/o, al actuar, ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

## CAPITULO XII: CONDICIONES DE TRABAJO

**Artículo 76.**—La Enfermera/o que acceda a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

**Artículo 77.**—Las Enfermeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

**Artículo 78.**—Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

**Artículo 79.**—La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

**Artículo 80.**—Cuando la Enfermera/o observase que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

### **CAPITULO XIII: PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION SANITARIA**

**Artículo 81.**—La participación del personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.

b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

**Artículo 82.**—Las Enfermeras/os deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

**Artículo 83.**—Los Enfermeros/as forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de enfermería que dirigen.

**Artículo 84.**—Las Enfermeras/os procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

**Artículo final.**—El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

## **NORMAS ADICIONALES**

### **PRIMERA**

Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorreglamentación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

### **SEGUNDA**

El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

### **TERCERA**

El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

### **CUARTA**

Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

## **QUINTA**

El Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

## **SEXTA**

Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejos Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y, en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del RD 1.856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica, o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

# **EPILOGO**

**PROF<sup>a</sup>. PALOMA BRAZA LLORET**

Directora del Instituto de Ciencias de la Educación  
de la Universidad de Cádiz.



Desde la promulgación de la L.R.U., en 1983, la Universidad Española ha venido sumergiéndose en un complejo proceso de revisión interna.

La urgente necesidad de lograr que la Universidad sea una institución con una proyección social adecuada a la realidad actual, así como la generalizada tendencia a la homologación de nuestro sistema educativo con los sistemas europeos vigentes, conllevan, necesariamente, la puesta en marcha de una profunda reestructuración universitaria y, al menos, el intento de proceder a una más precisa y operativa definición de su naturaleza y de sus fines.

Dentro de este contexto, la tarea más urgente que, como universitarios, acabamos de emprender, es el debate sobre la remodelación de los planes de estudio.

La puesta en marcha de un seminario restringido sobre el concepto y los objetivos docentes en Enfermería ha significado un serio esfuerzo por proceder, en este sentido, de una forma lógica y razonable, desde las bases reales del problema.

El profesor universitario que debe, en este momento, enfrentarse a la problemática situación de diseñar un currículo adecuado a la nueva sociedad española, debería, desde mi modesto punto de vista, comenzar por una reflexión profunda acerca de todo lo que implica la titulación universitaria que se rediseña. Esto es, acerca de su significado, sus objetivos y sus métodos investigadores y docentes.

La cuestión de la conceptualización de los objetivos docentes y el método es, de hecho, un gran motivo de preocupación actual para todos aquellos profesores universitarios que han decidido hacer de la docencia un compromiso importante dentro de su quehacer universitario.

Este hecho queda claramente patente cuando declaran con total honestidad no estar totalmente seguros de cuáles son los objetivos que se pretenden cubrir (o si en realidad no se están consiguiendo dichos objetivos sino otros objetivos encubiertos, dando lugar a un nefasto currículo sumergido), así como cuando manifiestan no estar convencidos de que sus métodos docentes permitan cubrir los objetivos propuestos, y su preocupación por encontrar alternativas a los mismos.

En realidad, sólo a partir de un debate inicial en este campo es posible llegar a una planificación educativa coherente y sin tensiones, que deje de lado intereses particulares y aúne el criterio de cubrir el último y fundamental objetivo de procurar la mejora de la calidad docente e investigadora.

En el caso concreto de la titulación en Enfermería, quizás debido en parte a su juventud en el rango universitario, o quizás por las diversas corrientes adoptadas por los diferentes distritos universitarios, hacían muy necesario favorecer una oportunidad de encuentro de los diversos profesionales implicados en el tema.

Considerando que los fines básicos y fundamentales del I.C.E. de la Universidad de Cádiz deben estar constituidos por el asesoramiento continuo a su personal docente, en todos los niveles, así como por el continuo y exhaustivo estudio de la compleja y distintiva problemática educativa en todos y cada uno de sus más diversos campos, este organismo decidió asumir con todo el entusiasmo la propuesta que el Dr. Crespo nos hizo al respecto, y que ha resultado en la publicación de este trabajo que acaba hoy de ver la luz.

El profundo nivel de discusión de todos los elementos abordados en este seminario no puede por menos que redundar en un importante beneficio, no sólo para la Universidad Española y su titulación de diplomado en Enfermería, sino, también, en la práctica de dicha profesión, ya que supone el establecimiento de una importante base para el asentamiento de un currículo meditado y adecuado a las necesidades actuales.

Por todo ello, quisiera aprovechar esta oportunidad que se me brinda para agradecer, desde aquí, su participación y su trabajo a todos los participantes, y su especial dedicación al Dr. Crespo y al Departamento de Enfermería de la Universidad de Cádiz, así como para animar a todos los profesores de la Universidad a imitar esta experiencia.

Cádiz, Marzo de 199





SERVICIO DE PUBLICACIONES

UNIVERSIDAD DE CADIZ