

Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad.

El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad

Olga Rodrigo Pedrosa

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Tesis Doctoral

**Evolución de la enfermería española como
profesión a partir de su integración en la
universidad**

El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Doctorado: Investigación en Salud
Universitat Internacional de Catalunya**

Olga Rodrigo Pedrosa

Mayo 2017

DIRECTORES:

Dr. Jordi Caïs Fontanella

Dra. Cristina Monforte Royo



Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad

El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad

Olga Rodrigo Pedrosa

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al Servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you are accepting the following use conditions: spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Tesis Doctoral

**Evolución de la enfermería española como
profesión a partir de su integración en la
universidad**

El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Doctorado: Investigación en Salud
Universitat Internacional de Catalunya**

Olga Rodrigo Pedrosa

Mayo 2017

DIRECTORES:

Dr. Jordi Caïs Fontanella

Dra. Cristina Monforte Royo

A mi padre José

Por haberme guiado a encontrar el interruptor para encender la “bombilla” que le ha dado sentido a mi vida.

A Carmen Fernández Ferrín

Por haberme iluminado durante esa primera clase de Enfermería Fundamental a encontrarme inesperadamente con mi vocación como enfermera.

A mi marido, mis hijos y mi familia

Por haber sido mis fieles compañeros en este viaje que es la vida. Sin vuestro apoyo no hubiese conseguido construir un camino donde dar rienda suelta a todas mis vocaciones: esposa, madre, hija, nieta... y enfermera.

A todas las enfermeras españolas (y especialmente a las ATS)

Por ser un ejemplo de fuerza, valor y lucha en pro de los derechos de las mujeres enfermeras.

AGRADECIMIENTOS

Elaborar este apartado de agradecimientos para mí ha sido una de las partes más complejas de esta tesis doctoral. Ha sido especialmente complicado, entre la gran cantidad de personas a las que tengo que agradecer, priorizar por quien empiezo o por quien acabo y, sobre todo, no correr el riesgo de no dejarme a nadie.

Después de darle muchas vueltas al tema he decidido comenzar aclarando que el orden de los agradecimientos no implica *jerarquía de gratitud* ya que, cada una de las personas a las que voy a mencionar, ha aportado un elemento clave a la profesional y sobre todo, persona – con sus defectos y sus virtudes - que soy en el momento del depósito de esta tesis. Concretar que la construcción de esta tesis doctoral para mí ha sido especialmente una aventura de crecimiento personal. En este proceso he tenido la oportunidad de descubrir tanto potencialidades que estaban ahí y que desconocía pero, sobre todo, límites que he tenido que forzar para poder continuar avanzando. Esta tesis doctoral ha sido una oportunidad de salir de mi zona de confort y ver el mundo bajo el prisma de una nueva mirada: una mirada más crítica y más atenta a la riqueza de los detalles.

En primer lugar me gustaría agradecer a mi director y co-directora de tesis, el Dr. Jordi Caïs y la Dra. Cristina Monforte-Royo, por su incondicional acompañamiento durante este proceso. Además de su valioso consejo profesional – ambos son unos grandes expertos tanto en metodología cualitativa como en publicación científica – para mí lo más importante ha sido el acompañamiento personal que me han hecho durante estos años. Han sido una presencia constante a mi lado – incluyendo fines de semanas, festivos y periodos vacacionales - donde han ejercido como profesores, referees, entrenadores personales...pero sobre todo amigos.

En segundo lugar me gustaría agradecer al Campus Docent Sant Joan de Déu, y muy especialmente a la Dra. Amélia Guilera, por haberme facilitado el tiempo y recursos para poder llevar a cabo esta investigación. Aquí quiero hacer una especial mención al equipo docente de Ciclos Formativos – tutores,

profesores y PAS - y muy especialmente a la secretaria académica la Sra. Pilar Guardia. Durante este último año han demostrado una gran generosidad y paciencia al prescindir parcialmente de mi rol como Jefa de Estudios. Soy consciente de que todos ellos han hecho un gran esfuerzo en cubrirme en todas aquellas tareas en las que ha sido posible demostrando una gran generosidad.

En tercer lugar me gustaría agradecer a dos personas, que desde los bastidores, han tenido un rol muy importante en la construcción de esta tesis doctoral. Por un lado me gustaría mencionar al Dr. Antoni Casasempere que ha ejercido de paciente asesor de todo el proceso de investigación y al Sr. Alan Nance que, sin sus magníficas adaptaciones al inglés, hubiese sido impensable poder hacer llegar al mundo los resultados de este estudio a través de las publicaciones en revistas con factor impacto indexadas en JCR. Ambos han demostrado una gran profesionalidad pero, sobre todo, un gran compromiso y les estoy muy agradecida por ello.

También me gustaría agradecer a las ocho enfermeras y cuatro enfermeros que han participado como informantes a los que considero protagonistas indiscutibles de este trabajo. Me gustaría destacar que, no sólo han accedido rápidamente a participar en el estudio, si no que me han puesto todas las facilidades para poder llevar a cabo las entrevistas. Ha sido un verdadero lujo poder compartir un tiempo con todos ellos y aprender de su experiencia vital como miembros del colectivo enfermero en España. El haber escuchado sus historias me ha hecho reafirmarme en que la enfermería, no es sólo una profesión, sino que es una manera compartida de ver y de vivir la vida de la que me siento muy orgullosa de formar parte.

Finalmente no puedo dejar de agradecer a mi familia, y dentro de ella, los que más han sufrido esta tesis. En este sentido quiero agradecer a mi marido Miguel Angel por haberme complementado durante este tiempo. Han sido cinco largos años donde ha sacrificado todo el tiempo de ocio imaginable para que yo pudiese trabajar en este reto profesional. Además ha sido un complemento imprescindible para que nuestro hogar continuase funcionando: algo especialmente difícil con tres adolescentes en él. En el caso de mis hijos,

Isaac, Mario y Gemma, más que agradecer, me gustaría disculparme por el tiempo que no os he podido dedicar como madre y que he tenido que priorizar para el desarrollo de la tesis. Espero que de ahora en adelante pueda compensaros con una mayor presencia y mayor dedicación, pero no con un mayor amor... porque eso siempre ha estado ahí.

A MODO DE PRÓLOGO....

.....en mi caso nunca tuve intención de ser enfermera (P0.1)

Procedo de una familia, donde tuve la gran suerte de ser uno de los pocos miembros que ha tenido la oportunidad de cursar estudios universitarios. Mis padres, como todos los padres del mundo, un gran equipo formado por un cocinero y una limpiadora, siempre han querido lo mejor para sus hijos de la misma manera que sus padres lo habían querido para ellos. Lo mejor para mí, desde su perspectiva, se enfocaba en estudiar como medio para acceder a un trabajo que me permitiera crear mi propia familia.

A partir de aquí es fácil de entender que, en el momento de hacer la inscripción en la universidad, una vez finalizado el Curso de Orientación Universitaria y superada la selectividad, mis padres, deslumbrados por la facilidad que había tenido la hija de una vecina de “colocarse” como enfermera y, ganar “un buen sueldo”, insistieran en que yo debía seguir su ejemplo.

Mi reacción inicial fue de decepción ya que mis expectativas eran poder cursar una titulación superior y, en ese momento, para mí la enfermería no lo era. Mi experiencia laboral en una conocida clínica privada de Barcelona, donde tuve la oportunidad de trabajar desde los 17 hasta los 23 años como auxiliar administrativa, me hacía ver a las enfermeras como *trabajadoras sumisas* a lo que el médico dispusiera de ellas.

Tal fue la insistencia de mis padres, y mi motivación por conseguir un trabajo que me permitiera crear una familia con el que hoy es mi marido, que decidí dar el paso. De esta manera un mes de junio de 1991 llevé a cabo la preinscripción en la Universidad de Barcelona para cursar la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería.

Aún recuerdo el primer día de clase en un aula abarrotada de jóvenes, en su inmensa mayoría mujeres, y una firme convicción de estar allí sólo para conseguir un trabajo que me permitiera ganarme la vida. En mi caso no había

una vocación previa de cuidar al otro y mucho menos estaba *enamorada* de la figura de la enfermera. De hecho, no era consciente de que era una enfermera más allá de una mujer que asiste –por lo que había visto yo en lo profesional y en lo doméstico – al médico que es un hombre. Mi sentimiento hacía la profesión era “neutro” casi “robótico” que esperaba de la enfermería un *modo de vida* y no el *modo de vivir la vida* que finalmente ha sido.

Mi primera clase de *Enfermería Fundamental*, con la profesora Carmen Fernández Ferrín fue reveladora. Uno a uno fue desgranando todos los argumentos que hacían de la enfermería una profesión joven, por construir y sobre todo, con mucho que aportar a la sociedad como disciplina universitaria a través del cuidado profesional. Tengo firmemente grabado en mi memoria el momento en que llegué a casa ese día y le dije mi madre....”*ya sé a qué quiero dedicar el resto de mi vida*” (P0.2). Sin yo saberlo se había encendido en mi esa “bombilla”, que tantas veces utilizaba mi padre como metáfora, para hacerme ver la importancia de encontrar un sentido a la vida. Tengo que decir que yo en ese momento sentí que se había encendido mi bombilla y de hecho, todavía, en este momento alumbra más que nunca mi camino.

Los años que he ejercido como enfermera asistencial en diferentes hospitales de la provincia de Barcelona, han aportado tanto luces como sombras a mi desarrollo profesional y personal. *Luces* en el sentido de haber tenido la oportunidad de disfrutar, como profesional que forma parte de un colectivo de mujeres luchadoras, todo lo que se puede aportar a las personas y sus familias con el ejercicio del cuidado profesional. *Sombras* por haber experimentado, la invisibilidad que acompaña a un colectivo que es *querido* por la sociedad por lo que aporta como *persona* al cuidado del vulnerable, pero que todavía tiene un gran camino que recorrer para demostrar todo lo que puede aportar como *profesión* y disciplina científica al bien de la humanidad.

Por ello este trabajo de tesis doctoral pretende ser mi pequeño aporte y homenaje a la disciplina enfermera como profesión para devolver en parte, un poco de lo mucho que me ha dado.

ÍNDICE GENERAL

I. Resumen /Abstract.....	1
II. Índice de tablas	5
III. Índice de figuras	7
IV. Abreviaturas	9
V. Introducción	11
Parte 1ª: Aproximación teórica al fenómeno de estudio	15
Capítulo 1. Profesionalización de la enfermería en España	17
1.1.Monjas cuidadoras en los hospitales españoles.....	18
1.2.Enfermeras con formación para asistir al médico en el hospital..	21
1.3.Diversificación de la figura de la enfermería asistente de la medicina	27
1.4.Sustitución de la enfermera por un asistente técnico del médico	33
1.5.Resurgimiento de la enfermería como disciplina universitaria.....	39
1.6.La enfermería española en la actualidad.....	50
Capítulo 2. Aproximación sociológica al concepto profesión	57
2.1. Bases epistemológicas del concepto profesión	59
2.2. Características definitorias de una profesión	67
2.3. Autonomía profesional como indicador de profesionalización....	73
Parte 2ª: Abordaje metodológico	81
Capítulo 3. Preguntas de investigación.....	83
3.1. Pregunta general de investigación.....	84
3.2. Preguntas específicas de investigación	85
Capítulo 4. Metodología	87
4.1. Diseño y estrategia metodológica.....	90
4.2. Muestreo/ Participantes	91
4.3. Técnica de recogida de datos.....	97
4.4. Análisis de los datos	104
4.5. Aspectos relacionados con el rigor	111
4.6. Consideraciones éticas.....	118

Parte 3ª: Aproximación empírica	121
Capítulo 5. Publicaciones de esta tesis	123
5.1. The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain.....	128
5.2. Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care	155
5.3. Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses.....	178
Capítulo 6. Discusión.....	203
6.1. Necesidad de una enfermería con alta competencia técnica para poder asumir responsabilidades en un sistema sanitario universal y de alta complejidad asistencial	206
6.2. Dificultad para asumir responsabilidades en el ejercicio de un rol profesional de <i>cuidado centrado en la enfermedad</i>	212
6.3. Carencia de conceptualización del cuidado relacionado con la falta de aplicabilidad de las teorías y modelos anglo-americanos para enfermeras.	221
Capítulo 7. Conclusiones.....	230
7.1. Conclusiones sustantivas.....	230
7.2. Conclusiones teóricas	231
7.3. Conclusiones metodológicas	231
Capítulo 8. Recomendaciones para la práctica	234
8.1. Abordaje del indicador “carencia de conceptualización del cuidado profesional enfermero”	236
8.2. Abordaje del indicador “dificultad para llevar a cabo una práctica reflexiva”	238
8.3. Abordaje del indicador “dificultad para trabajar de forma colaborativa con el colectivo médico”	239
8.4. Abordaje del indicador “dificultad para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del rol profesional”.....	241
8.5. Abordaje del indicador “dificultad para asumir responsabilidades profesionales”.....	243

Capítulo 9. Impacto bibliométrico de los resultados de esta tesis	248
9.1. Publicaciones en formato artículo en revistas indexadas en JCR y SCOPUS.....	248
9.2. Comunicaciones orales presentadas en congresos nacionales e internacionales	249
9.3. Publicaciones derivadas de congresos	250
REFERENCIAS.....	251
ANEXOS	275
ANEXO 1. Hallazgos en la revisión de la literatura de los elementos integrantes del concepto “profesión”	277
ANEXO 2. Informe contexto de la recogida de datos	283
ANEXO 3. Hoja de información dirigida al participante	285
ANEXO 4. Modelo consentimiento informado	287
ANEXO 5. Registro elementos comunicación no verbal.....	289
ANEXO 6. Acuerdo confidencialidad con servicio de asesoría externa..	291
ANEXO 7. Evidencias proceso de análisis en paquete de copia ATLAS Ti 7.1.	293
ANEXO 8. Informe auditoria externa proyecto de investigación.....	297
ANEXO 9. Informe favorable Comisión Científica UIC	297
ANEXO 10. Informe favorable Comisión Ética Investigación UIC.....	299
ANEXO 11. Publicación primer artículo compendio	301
ANEXO 12. Publicación segundo artículo compendio.....	303
ANEXO 13. Publicación tercer artículo compendio.....	305
ANEXO 14. Artículo publicado en Revista “Fronteiras”	307
ANEXO 15. Artículo publicado en Revista Ciencia & Saude	30309

I. Resumen /Abstract

RESUMEN

El reconocimiento de la enfermería española como disciplina universitaria en 1977 conllevó para el colectivo, integrar a sus competencias tradicionales de *asistente técnico del médico*, unas nuevas de *cuidado centrado en el paciente* basado en el modelo de *nurse* anglo-americana. El objetivo de este estudio ha sido indagar, a partir del contexto conceptual de “profesión”, cuáles son las características de la enfermería española cuando integra ambos perfiles profesionales.

La metodología fue cualitativa con aproximación analítica inductiva y muestreo teórico, poniendo especial énfasis en la selección de casos extremos, que se finalizó al alcanzar la saturación teórica. El principal criterio de inclusión fue haber ejercido como enfermera/o en España en alguno de los cuatro ámbitos –asistencia, docencia, gestión o investigación- un mínimo de 10 años buscando un perfil de enfermera experta. La técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad. Como método de análisis se utilizó la estrategia propia de la Teoría Fundamentada utilizando como soporte el programa informático ATLAS. Ti. 7.1. Se establecieron estrategias para asegurar la credibilidad, transferibilidad, seguridad y dependencia. El proyecto fue aprobado por la Comisión de Ética en la investigación de la Universitat Internacional de Catalunya. Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

Los datos se obtuvieron de doce entrevistas realizadas entre el año 2013 y 2015. A partir del análisis del discurso se pudieron identificar tres categorías que describen cuales son las características de la enfermería española como profesión: 1) integración en la universidad por la necesidad del sistema sanitario de profesionales con altas competencias técnicas y capacidad de asumir responsabilidades, 2) rol profesional caracterizado por el “cuidado centrado en la enfermedad”, 3) carencia de conceptualización del “cuidado centrado en la enfermedad” que genera una dificultad para asumir responsabilidades en la toma de decisiones.

Se puede concluir que la enfermería española no ha podido integrar en su práctica profesional el modelo de “cuidado centrado en la persona” que transmiten las teorías y modelos enfermeros anglo-americanos. Su enfoque profesional de “cuidado centrado en la enfermedad”, parece dar una respuesta más adaptada a las necesidades de los sistemas sanitarios en un mundo globalizado.

Palabras clave:

Aproximación inductiva; Cuidado centrado en la enfermedad; Cuidado centrado en el paciente; Enfermería; Rol de enfermería; Rol profesional; Teoría enfermera; Teoría fundamentada; Toma de decisiones;

ABSTRACT

With the introduction of the university Diploma in Nursing in 1977, Spanish nurses had to incorporate an Anglo-American philosophy of patient-centred care into a role that had traditionally placed greater emphasis on their technical skills as physician assistants. The aim of the research presented in this thesis was to examine the characteristics of the new nursing profession in Spain, and to identify the challenges that nurses have faced when attempting to integrate these two professional roles.

The research design was qualitative and used the method of analytic induction. Participants were selected by means of theoretical sampling and according to the following inclusion criterion: having worked for at least five years as a nurse in Spain in at least two of the following areas: patient care, teaching, management, research. This meant that all participants could be regarded as 'expert nurses'. A total of 12 individual interviews were conducted between 2013 and 2015. These included two extreme cases (in terms of experience and background) that were recruited in order to verify that data saturation had been reached. Data from the in-depth interviews were analysed using a grounded theory approach and the ATLAS.ti 7.1 software. Strategies were applied to ensure the credibility, transferability, dependability and confirmability of the findings. The project was approved by the Research Ethics Committee of the *Universitat Internacional de Catalunya*. All participants signed informed consent.

Discourse analysis of the interview transcripts revealed three categories that described the characteristics of the nursing profession in Spain: 1) transfer of nurse education to universities with the aim of producing highly skilled professionals with the ability to assume responsibilities, 2) a professional role built around a model of disease-focused care, and 3) a lack of conceptual clarity regarding what this role entails in practice, thereby making it difficult for nurses to assume responsibilities and engage in decision making.

The overall conclusion is that Spanish nurses have struggled to integrate the Anglo-American philosophy and models of patient-centred care into their everyday practice. As is the case in many countries worldwide, the demands of the health system in Spain mean that nurses' professional profile continues to be defined by a disease-focused model of care.

Keywords:

Inductive approach; Disease-focused care; Patient-centred care; Nursing; Role of nursing; Professional role; Nursing theory; Grounded theory; Decision making.

II. Índice de tablas

Tabla 1. Hipótesis iniciales para la exploración de las características de la profesión enfermera en el contexto español	88
Tabla 2. Características de los participantes en el estudio	94
Tabla 3. Características de los casos extremos incluidos en el estudio...	96
Tabla 4. Estructura entrevista en profundidad	99
Tabla 5. Criterios de rigor implementados en el presente estudio	117
Tabla 6. Recomendaciones para la mejora de la profesión enfermera ...	235
Tabla 7. Propuestas de mejora para la práctica de la enfermería española por ámbito de intervención.....	246

III. Índice de figuras

Figura 1. Proceso de profesionalización de la enfermería española.....	54
Figura 2. Contexto conceptual del concepto “profesión”	78
Figura 3. Estrategia analítica basada en Strauss y Corbin (2002)	110
Figura 4. Compendio de artículos.....	124
Figura 5. Características de la profesión enfermera en España	204
Figura 6. Modelo de la enfermería española de “Cuidado Centrado en la Enfermedad”	217

IV. Abreviaturas

-	ATS	Ayudante Técnico Sanitario
-	BOE	Boletín Oficial del Estado
-	CIE	Consejo Internacional de Enfermería
-	CGE	Consejo General de Enfermería
-	CNE	Clinical Nurse Specialist
-	DE	Diplomado en Enfermería
-	DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
-	EAP	Equipo de Atención Primaria
-	EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
-	EPA	Enfermería de Práctica Avanzada
-	ECTS	European Credits Transfer System
-	EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
-	EEUU	Estados Unidos
-	EIP	Educación InterProfesional
-	EUI	Escuela Universitaria en Enfermería
-	GE	Grado en Enfermería
-	IA	Inducción analítica
-	JONS	Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista
-	MCC	Método Comparativo Constante
-	MT	Muestreo teórico
-	OMS	Organización Mundial de la Salud
-	ONU	Organización Naciones Unidas
-	PA	Physician Assistant
-	PEI	Programa de Educación Interprofesional
-	PN	Programa de Negociación
-	RD	Real Decreto
-	TF	Teoría Fundamental
-	TRM	Teoría de rango medio
-	UIC	Universitat Internacional de Catalunya
-	USA	United States of America

V. Introducción

Los orígenes de la enfermería profesional se remontan a las aportaciones teóricas de la enfermera Inglesa Florence Nightingale (Bullough & Bullough, 1981), quien la define como “algo más que administrar medicinas y cataplasmas [...]. Es poner al enfermo en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe” (Nightingale, 2008). En el caso español la profesionalización de la enfermería se produce por iniciativa de un médico – el Dr. Federico Rubió y Galí –, con el objetivo de conseguir “enfermeras capaces de aprender cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico [...] para ganarse la vida asistiendo enfermos” (Ortega & Sanchez, 1996, p. 295).

No obstante, no es hasta la década de los 50 del siglo XX en USA (Bullough & Bullough, 1981; Shaw, 1993), cuando la enfermería anglo-americana experimenta un desarrollo como disciplina orientada al “cuidado centrado en la persona” (Bartol, 2015). En esa misma época en España se produce la unificación de todas las ocupaciones vinculadas al cuidado –practicantes, enfermeras y matronas- bajo el título de *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS) (Boletín Oficial del Estado, 1953). Al contrario de lo que sucede en el contexto anglo-americano, esta nueva titulación supone la reafirmación de la enfermería española en su “rol técnico de asistencia a la medicina” (Domínguez -Alcón, Rodríguez & Miguel, 1983, p. 103).

A principios de los años setenta del siglo XX, varios grupos de enfermeras españolas iniciaron una campaña para promover la enfermería como disciplina integrada en la universidad, modelada a partir de la enfermería anglo-americana (García & Martínez, 2001, p. 185). Tras muchas negociaciones y movilizaciones del colectivo por todo el contexto español (Germán, 2013, p. 89), en 1977 se consiguió la integración en la universidad de los estudios de ATS bajo el título de *Diplomado Universitario en Enfermería* (DUE)(Boletín Oficial del Estado, 1977b). Esto implicó el cambio de enfoque profesional de la “asistencia técnica a la medicina”, a uno nuevo de “cuidado centrado en el

paciente” integrado en la asignatura *Enfermería Fundamental* (German, 2013,p. 196; Santo-Tomás, 2000, p. 105;). Esto comportó un nuevo proceso de socialización profesional, que para Neiterman y Bourgeault (2015) no sólo implicó un aprendizaje de conocimientos y habilidades para ejercer el nuevo rol, sino también la cultura necesaria para reconstruir una nueva identidad profesional, inédita en el mundo académico hasta ese momento en España.

Para Rousseau (1997) el reconocimiento de la enfermería como disciplina en un contexto determinado, implica un cambio de concepción de unos cuidados centrados en la “enfermera modelo” que “cuida por vocación” y que “asiste al médico por profesión”, como sería el caso de la enfermera española previa a la integración de la titulación a la universidad, a una concepción de cuidados basados en “modelos teóricos para enfermeras” donde “cuidar es una ciencia” basada en un corpus teórico de conocimiento. A este respecto, las enfermeras canadienses y americanas, a principios del siglo XX, ya habían hecho importantes progresos en el desarrollo de la profesión. Habían conseguido elevar el nivel de estudios, centrar sus inquietudes en incrementar las competencias profesionales, y definir los principios de la enfermería (Bullough & Bullough, 1981). Por lo tanto, cuando se inicia este proceso en España ya existe un corpus teórico de conocimiento específico de la enfermería procedente del contexto anglo-americano.

Esta tesis doctoral tiene como objetivo elaborar una teoría sustantiva, relativa a cómo ha evolucionado la profesión enfermera en España a partir de su integración en la universidad. La indagación se hará a partir de la experiencia del propio colectivo puesto que lo que se pretende obtener es una visión *émica* del fenómeno, buscando un discurso que base su racionalidad dentro del sistema particular (Velasco & Díaz, 1997, p. 30), que constituye la profesión y los profesionales que la integran: las enfermeras y enfermeros españoles. En relación a esto para Infante (2003) la enfermería española de los últimos años se entiende mejor si es enfocada “como una historia de luchas internas por la transformación del poder sanitario en su conjunto y en el seno mismo de la profesión”.

Creemos que los hallazgos de esta tesis podrían tener aplicaciones generales y específicas para el avance de la enfermería como profesión y como disciplina. A nivel general los hallazgos, en forma de teoría sustantiva, podrían ser utilizados como marco teórico de referencia para establecer comparaciones con la enfermería propia de otros contextos. También permitiría monitorizar cómo los cambios sociopolíticos influyen en una profesión integrada por mujeres y que tiene como objetivo la salud de las comunidades humanas. A un nivel más específico, y tomando como referencia las diferentes dimensiones de la teoría, se podrían establecer indicadores operativos que permitieran cuantificar el impacto de innovaciones desde los diferentes ámbitos: docencia, investigación, asistencia y gestión.

Estructuralmente esta tesis se articula en tres partes diferenciadas: una primera parte conceptual que procede de la revisión de la literatura y análisis del estado del arte del fenómeno de estudio; una parte metodológica donde se concreta todos los aspectos estratégicos, técnicos y legales relativos a como se han obtenido y procesado los datos; y una parte empírica, donde se da respuesta a las preguntas de investigación a partir del significado que ha emergido de los hallazgos.

La primera parte que incluye el primer y segundo capítulo, contiene todos los elementos conceptuales procedentes de la revisión de la literatura, que permiten la contextualización del fenómeno y la consiguiente focalización del problema de investigación. Más concretamente el primer capítulo tiene como objetivo situar cómo ha sido el proceso de profesionalización de la enfermería en el contexto español desde sus orígenes situados a mediados del siglo XIX, hasta la extinción de la titulación de DUE a principios del siglo XXI. A partir de ahí, en el segundo capítulo se ha establecido un contexto conceptual relativo al concepto "profesión". Éste ha servido como referencia para llevar a cabo la indagación sobre la evolución de la profesión enfermera en el contexto español a partir de su integración en la universidad.

La segunda parte de la tesis, que incluye el tercer y cuarto capítulo, contiene toda la información relativa a cómo se ha enfocado el fenómeno para su abordaje, y qué metodología se ha utilizado para hacerlo emerger.

Concretamente en el capítulo tres, y tomando como referencia el contexto conceptual de “profesión”, se concreta la pregunta general de investigación y las preguntas específicas que servirán de referencia, a modo de inferencias hipotéticas, para enfocar el fenómeno. Los aspectos estratégicos, técnicos y de normativa legal relativos a cómo se han obtenido y procesado los datos se concretan en el capítulo cuatro relativo a la metodología.

En la tercera y última parte de la tesis, que comprende los capítulos cinco, seis y siete, se concretan los resultados y, a partir de ellos, se da respuesta a las preguntas de investigación planteadas. Concretamente en el capítulo cinco, se exponen los tres artículos que han dado lugar a publicaciones en revistas con factor impacto indexadas en JCR. Para la discusión de los resultados que se lleva a cabo en el capítulo seis, los hallazgos, que en este caso proceden específicamente del contexto español, se sitúan en el contexto internacional a través de una nueva revisión de la literatura. Esto tiene como objetivo elaborar un diálogo teórico que permita indagar en el significado que tienen los hallazgos situándolos en un contexto más general. A partir de aquí en el capítulo siete relativo a la conclusión, se da respuesta a las preguntas de investigación planteadas relativas a la evolución de la enfermería como profesión formulando de esta manera la teoría sustantiva.

Finalmente, en el capítulo ocho, a partir de las conclusiones se llevan a cabo propuestas específicas que contribuyan a la mejora de la enfermería, tanto como profesión como disciplina. Por último, en el capítulo nueve, se expone el impacto bibliométrico que han tenido los resultados de la tesis hasta el momento de su depósito.

Parte 1ª: Aproximación teórica al fenómeno de estudio

Capítulo 1. Profesionalización de la enfermería en España

Los orígenes de la enfermería moderna se remontan a las aportaciones teóricas de la enfermera Inglesa Florence Nightingale (1820-1910) (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 71; Bullough & Bullough, 1981) quien la define como “algo más que administrar medicinas y cataplasmas [...]. Es poner al enfermo en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe” (Nightingale, 2008). Eso conlleva en la enfermería del contexto anglo-americano de la época un cambio de práctica del “rol de asistente del médico” que había tenido hasta el momento, a un “rol de cuidado centrado en la persona” (Bullough & Bullough, 1981).

En el caso español el inicio de la profesionalización de la enfermería se produce por iniciativa de un médico, el Dr. Federico Rubio y Galí, con el objetivo de conseguir un asistente competente (Ortega, 1996, p. 295). No es hasta su integración en la universidad en 1977 (Boletín Oficial del Estado, 1977b) cuando se produce el cambio de enfoque a nivel curricular de profesión centrada en la “asistencia técnica a la medicina” (Domínguez-Alcón, 1986; Domínguez-Alcón, Rodríguez & Miguel 1983; Hernández, 1995; Ortega & Sanchez, 1996) a otra con un rol propio de “cuidado centrado en la persona” (Bullough & Bullough, 1981), basado en las teorías y modelos de las enfermeras anglo-americanas (Miro-Bonet, 2010).

El objetivo de este primer capítulo es situar en el contexto socio-histórico cómo se lleva a cabo la transformación de la enfermería desde ocupación subordinada a la ciencia médica, llevada a cabo fundamentalmente por monjas, a profesión con el reconocimiento de disciplina universitaria que hace una aportación específica a la sociedad: el llevar a cabo “cuidados profesionales enfermeros”.

1.1. Monjas cuidadoras en los hospitales españoles

Los comienzos oficiales de la profesión enfermera en España datan del año 1857 donde la Ley de Instrucción Pública denominada *Ley Moyano* (Boletín Oficial del Estado, 1857) establece las bases para la formación de practicantes y matronas dejando abierto un espacio para el ejercicio de las prácticas de cuidado en los hospitales (García & Martínez, 2001, p. 147; Sellán 2010, p. 120). A partir de esta ley, los practicantes y matronas aumentaron su prestigio social en función de sus competencias técnicas, aunque siempre subordinados al médico (Calvo, 2014). En cuanto a la denominación *enfermera* este nombre se venía aplicando históricamente a las personas dedicadas al cuidado –fundamentalmente mujeres pertenecientes a órdenes religiosas– (García & Martínez, 2001, p. 147). Otro aspecto importante a tener en cuenta de esta ley en la historia de una profesión ejercida tradicionalmente por mujeres, es que representa un importante avance para la educación femenina. En ella se reconoce por primera vez en la historia de España el derecho de las niñas a recibir una educación primaria a cargo de maestras formadas específicamente para ello (Scanlon, 1987). No obstante, esta formación sigue teniendo una clara orientación a la preparación como futuras madres y esposas excluyendo de la misma toda instrucción relativa a la preparación profesional reservada para los varones (Scanlon, 1987).

Hasta la segunda mitad del siglo XX la práctica asistencial de la enfermería en España se articula en torno a los cuidados proporcionados por practicantes, matronas y personal religioso (Ortega & Sanchez, 1996, p. 291). Practicantes y matronas ejercían fundamentalmente en el ámbito domiciliario y rural (Santo-Tomás, 2000, p. 76). El practicante–fundamentalmente un hombre– cómo asistente del médico, y administraba y llevaba a cabo los tratamientos prescritos (Sellán, 2010, p. 122). El título de matrona –fundamentalmente una mujer– autorizaba a realizar partos naturales en domicilio siempre y cuando no hubiese ninguna complicación, y siempre bajo la supervisión del facultativo (Sellán, 2010, p. 122). Respecto a su ejercicio profesional hay que tener en cuenta que no es hasta la década de los 70 del siglo XX cuando se generalizan los partos en las maternidades (Santo-Tomás, 2000, p. 77).

Hasta mediados del siglo XX, la figura de la enfermera estaba representada por religiosas. Ellas eran las que llevaban a cabo los cuidados en los hospitales cubriendo las necesidades básicas de los pacientes en materia de alimentación, higiene y confort, a la vez que llevaban a cabo la recogida de datos clínicos (Ortega & Sanchez, 1996, p. 291). Residían en el centro donde realizaban su trabajo, lo que suponía un buen aprovechamiento de los recursos para la institución que establecía un convenio con las comunidades religiosas (Ortega & Sanchez, 1996, p. 291). Debe tenerse en cuenta que hasta bien entrados los años 60 del siglo XX, durante la etapa franquista, se mantuvo a la mujer española orientada a ser madre y esposa, de manera que no había mano de obra femenina incorporada al mercado laboral (Díez, 1995). De esta manera la creciente necesidad de cuidadoras en los hospitales tuvo que ser cubierta por las mujeres que formaban parte de las congregaciones religiosas (Ortega & Sanchez, 1996, p. 291).

Sin embargo, en el contexto anglo-americano, la Reforma Protestante que se llevó a cabo durante el siglo XVI, implicó la supresión de las instituciones de caridad (Hernandez, 1996, p. 3-11). En ausencia de monjas enfermeras los cuidados eran llevados a cabo entre personas laicas pertenecientes a los extractos más bajos de la sociedad (Hernandez, 1996, p. 3-11). No obstante, en los países del sur de Europa, entre los que se encuentra España, los cuidados de enfermería siguieron vinculados durante mucho tiempo a la vocación religiosa, de manera que en ese contexto la reforma de la enfermería se hace por “evolución” y no por “revolución” como hizo Nightingale (Germán, 2006, p. 68).

En España, la primera escuela de enfermeras se crea en 1896 en Madrid por iniciativa del Dr. Federico Rubio y Galí (Santo-Tomás, 2000, p. 74; Sellán, 2010, p. 127) inspirado en las ideas de Florence Nightingale (Germán, 2006, p. 70). Su objetivo era formar enfermeras que estuviesen preparadas para trabajar en el *Instituto de Terapéutica Operatoria* en el *Hospital de la Princesa* fundamentalmente asistiendo en las intervenciones quirúrgicas y en las curas quirúrgicas (Pedraz, 2010), realizando su labor de manera artística y científica (Ortega & Sanchez, 1996, p. 295; Sellán, 2010, p. 127). Mediante

esta formación obtenían la titulación de “enfermeras en medicina y cirugía”, siendo un requisito para las aspirantes ser mujeres “sanas, robustas y dóciles” (Sellán, 2010, p. 128). El Dr. Galí acepta formar mujeres laicas al considerar que para desarrollar el rol técnico se precisaba de personas con habilidad técnica que no tenían por qué ser religiosas. Además, la normativa que regulaba a las órdenes religiosas femeninas habitualmente consideraba inapropiado el prestar asistencia a los varones (Sellán, 2010, p. 131), siendo esto un problema para atender las necesidades de los hospitales. No obstante, la formación de enfermeras fue un hecho aislado y tuvieron que transcurrir dos décadas para la autorización legal de la formación reglada de las enfermeras laicas en España (Sellán, 2010, p. 131).

El Real Decreto del 12 de enero de 1904 (Boletín Oficial del Estado, 1904a) representa un avance en el reconocimiento de las profesiones sanitarias en España. En este Real Decreto se establece la obligatoriedad de tener una titulación para poder ejercer una profesión sanitaria (Ortega & Sanchez, 1996, p. 138; Sellán, 2010, p. 293). De esta manera los títulos debían estar legitimados y la práctica profesional regulada (Sellán, 2010, p. 138). Esto conllevó el reconocimiento profesional de las matronas y los practicantes (Sellán, 2010, p. 138). Posteriormente en la *Instrucción General de Sanidad del 22 de enero de 1904* en su título, se reconocen como profesiones sanitarias en España la medicina, la cirugía, la veterinaria, el arte de los partos, el practicante y el dentista (Eseverri, 1995, p. 326).

En ese mismo año la *Ley de Sanidad Pública* (Boletín Oficial del Estado, 1904b) establece la posibilidad de crear nuevas profesiones con distintos nombres y títulos, permitiendo de esta manera la regulación legislativa de la enfermería (Ortega & Sanchez, 1996, p. 291). También posibilitaba que las mujeres pudiesen obtener el título de practicante, siempre que cumpliesen con los requisitos marcados por la ley en cuanto al nivel educativo mínimo exigido (Dominguez-Alcón & Ramió, 2010, p. 76; Santo-Tomás, 2000, p. 76). Tal y como se puede ver la atención de los legisladores, en lo que a las profesiones sanitarias se refiere, se centra inicialmente en practicantes y matronas (Santo-Tomás, 2000, p. 76-77). Solamente la iniciativa privada se había ocupado hasta

entonces del trabajo de las enfermeras (Dominguez-Alcón & Ramió, 2010, p. 76; Santo-Tomás, 2000, p. 76;).

1.2. Enfermeras con formación para asistir al médico en el hospital

La profesión de enfermería se legaliza en España en 1915 a través de la *Real Orden del 7 de mayo* (Boletín Oficial del Estado, 1915), por la cual se establece el plan de estudios para la instrucción de enfermeras. En él se autoriza a ejercer la profesión enfermera a las *Ministras de los Enfermos de la Concepción de las Siervas de María* que acreditaran los conocimientos necesarios en base a un programa formativo (Sellán, 2010, p. 137). En ese momento se crea una profesión -la enfermería-, distinta a la creada en 1857 -el practicante-, en respuesta a la petición de una orden religiosa dedicada a los cuidados de los enfermos (Hernández, 1995, p. 150). A instancias de esta congregación se autoriza a que se formen y trabajen las enfermeras seculares en condiciones similares a lo que estaba legislado para matronas y practicantes (Santo-Tomás, 2000, p. 77). Hasta ese momento, en España, la dispensación de cuidados en los hospitales había tenido como objetivo fundamental los cuidados básicos del enfermo con una orientación biopsicosocial y espiritual (Domínguez-Alcón, 1986, p. 92).

El año 1915 puede considerarse decisivo para la enfermería española, ya que se autoriza a ejercer la enfermería a aquellas personas -religiosas o no-, que acreditaran tener los conocimientos necesarios, con arreglo a un programa publicado el 21 de mayo en la Gaceta de Madrid (Ventosa, 1981, p. 107). Las aspirantes a enfermeras tenían que llevar a cabo una formación de un año de duración, en un consultorio, asilo u hospital (Herrera, Lasante, & Siles, 1996, p. 266), siendo necesario demostrar ante un tribunal su eficacia ante la práctica (Ventosa, 1981, p. 107). Se especifica que la prueba de suficiencia consistirá en un examen teórico-práctico ante un tribunal análogo al que funcionaba para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano. Éste autorizaba para ejercer la profesión de enfermera a través de una certificación oficial (Herrera et al., 1996, p. 291; Ortega & Sanchez,

1996, p. 266). En la revisión de los contenidos del programa se evidencia la naturaleza práctica y el tipo de socialización al que se aspira para las enfermeras. Las enseñanzas teóricas eran impartidas por los médicos, y la enseñanza práctica era tutelada fundamentalmente por las *Hijas de la Caridad* con gran influencia en el territorio español (Germán, 2006, p. 69; Sellán 2010, p. 140). Por lo tanto, las ancestrales costumbres de asistencia a los enfermos, basadas en los valores cristianos, mantenidas por las comunidades religiosas, seguían su secular labor (Eseverri, 1995, p. 335).

Como consecuencia de la Real Orden de 1915 se inician algunos movimientos renovadores y se actualizan muchas instituciones (Eseverri, 1995, p. 335). En Barcelona se adelantaba la *Escuela de Santa Madrona* - fundada en 1917 -. A finales del mismo año, también en Barcelona, se creaba la *Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina*. En esa década se crearon *Santa Cristina* en Madrid, *la Alianza* en Barcelona y *Valdecilla* en Santander. De esta manera al final de 1920 había 18 escuelas distribuidas por todo el territorio español. Posteriormente, en 1931 se creó la *Escuela de Enfermeras del Hospital Civil*, dependiente del *Hospital de Málaga* (Germán, 2006, p. 71). Siguiendo en Barcelona, en 1933 la *Generalitat de Cataluña* ponía en funcionamiento la *Escuela Catalana de Enfermeras*. En esta escuela en concreto la Jefa de Estudios era una enfermera titulada superior en los Estados Unidos. A partir de 1940 fueron abriéndose nuevas escuelas de la misma manera que en el resto del estado español (Eseverri, 1995, p. 335). Una labor destacada en la formación de enfermeras a partir de 1915 será llevada a cabo por la *Cruz Roja Española*. Esta institución, en las capitales de provincia donde funda hospitales, también destina fondos para la formación de las *Damas Enfermeras de la Cruz Roja* (Santo-Tomás, 2000, p. 78).

La promulgación de la Real Orden de 1915, que viene a dar cobertura legal al ejercicio de la enfermería por parte de mujeres y religiosas, no fue bien acogida por el colectivo de practicantes. Éstos inicialmente reaccionan solicitando la supresión de los estudios o haciendo denuncias concretas de intrusismo profesional. Todo esto genera roces profesionales entre ambos colectivos al considerar los practicantes que la creación de plazas para

enfermeras iba en detrimento de sus posibilidades laborales (Calvo, 2014; Herrera et al., 1996, p. 266). Además, las quejas también estaban relacionadas con una equiparación académica, donde ellos tenían que estudiar dos años y las enfermeras sólo uno (Germán, 2006, p. 70).

Se puede concluir que a partir de 1915 se institucionaliza la enfermería en España bajo tres denominaciones diferentes -practicante, matrona y enfermera-, adscritas por los médicos como *auxiliares de la medicina* (Calvo, 2014), se planifica la formación, y se establece una cierta normativa para la práctica cotidiana (Domínguez-Alcón, 1986, p. 92). No obstante, desde el principio parece consolidada la división por género del trabajo de las tres vertientes históricas de la enfermería -practicantes varones, matronas y enfermeras- (Herrera et al., 1996, p. 256). Las enfermeras –mujeres- centrarán su actividad en el cuidado directo y continuo del enfermo. Sin embargo, el practicante se centrará en las funciones técnicas y procedimentales (Sellán, 2010, p. 141). A partir de aquí se puede establecer que la enfermería en España transcurre paralela a la emancipación de la mujer, tanto en el ámbito educativo como en la posibilidad de llevar a cabo una profesión remunerada (Sellán, 2010, p. 142). En relación a esto los países pioneros en la aparición del feminismo han sido protestantes (Díez, 1995), como es el caso del contexto anglo-americano donde surge la enfermería profesional a partir de las aportaciones de una mujer (Bullough & Bullough, 1981), con una generalizada industrialización y una gran tradición libre pensadora. En España, la escasa fuerza de la Ilustración, la presencia de un conservadurismo católico hacia ideas igualitarias, y la estructura e intereses sociopolíticos, explican, en cierta medida, los serios problemas que ha tenido para afrontar el feminismo como factor opuesto a la tradición, llegando a ser considerado como una herejía desatada por los enemigos de la fe en España, con el objetivo de destruir la vida familiar y social (Díez, 1995)

A pesar de que mediante la *Real Orden de 7 de mayo de 1915* se legitimó el título de enfermera todavía en 1923, ocho años después de la normalización del título, se continúan evidenciando diferencias académicas y formativas con el colectivo de practicantes (Herrera et al., 1996, p. 277). Según

palabras de Ventosa (1981, p.104) “el practicante es una persona perita, con título profesional [...]; el enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico le ordena con arreglo a la práctica”.

Tal y como hemos podido ver cuando se institucionaliza la profesión enfermera en España, ésta tiene una orientación de servicio a la medicina (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 96). El sentido de los cuidados como ayuda a la persona, que se mantuvo a lo largo de toda la historia de la enfermería en España hasta su institucionalización, modifica, en parte, su orientación y permanece el servicio al enfermo. Pero aparece, como fin primordial y explicitado, el ayudar al médico a cumplir puntualmente lo que éste ordene, aplicando tratamientos en función de las diferentes patologías (Domínguez-Alcón, 1986, p. 103).

Si se hace una comparativa entre la enfermería anglo-americana, considerada referente mundial como disciplina científica (Holt, Barret, Clarke, & Monks, 2000), y la enfermería española, las enseñanzas planificadas para practicantes y enfermeras y el reconocimiento legal como profesión, surgen en España en época similar (Domínguez-Alcón 1986, p. 106). No obstante, en el contexto español no parecen tener influencia los planteamientos ni la orientación que le dio a la enfermería Florence Nightingale, reconocida como la reformadora con mayor influencia de esta profesión. En el contexto anglo-americano, concretamente en Inglaterra, el éxito y la popularidad del modelo de enfermera propuesto por Nightingale, se relacionaba con la posibilidad de emancipación que ofrecía a las mujeres a través del acceso a un conocimiento socialmente apropiado para su naturaleza femenina (Domínguez-Alcón, 1986, p. 106). Esto es algo que no se corresponde con la situación de las mujeres y de la enfermería en España, donde hasta la finalización del franquismo a finales del siglo XX, el feminismo es considerado una herejía que tiene como objetivo destruir la familia y la sociedad (Díez, 1995). Por lo tanto, la diferencia fundamental entre el caso español y los otros países anglo-americanos es que detrás del reconocimiento legal de la enfermería como profesión hay una líder femenina –Florence Nightingale– que ejercitaba un concepto concreto de enfermería (Domínguez-Alcón, 1986, p. 107). Este modelo de enfermera, pese

a que también limitó la actividad al control explícito de la medicina (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92), orientó su atención a la “devoción del paciente” y a su “cuidado” (Bullough & Bullough, 1981).

Como se ha podido constatar, la tradición de la enfermería como profesión en España, es tan antigua como en el caso anglo-americano. Sin embargo, cuando se reconoce socialmente y se institucionaliza legalmente, se debe a la necesidad de los médicos de un colaborador competente. En España fue el movimiento religioso y la presión médica quienes en los inicios de la enfermería como profesión tuvieron mayor influencia. Incluso en el primer tercio del siglo XX, cuando se crearon otras escuelas pioneras, fueron fundamentalmente promovidas por médicos (Domínguez-Alcón, 1986, p. 107). Sin embargo, las enfermeras formadas en la *Escuela Nightingale*, asumieron en los hospitales ingleses su propia responsabilidad bajo las órdenes de otras enfermeras formadas y no de médicos como en el caso español (Domínguez-Alcón, 1986, p. 107). En relación a esto Florence Nightingale defendía, para equilibrar el poder con la medicina, la necesidad de que las enfermeras funcionasen con una jerarquía propia para contribuir tanto a la competencia como a la consecución de los objetivos como profesión (MacMillan, 2012).

En los textos españoles dedicados a la formación de los enfermeros y las enfermeras de finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, quedan ya definidas las características de la profesión. La función de enfermería se plantea en términos de subordinación y dependencia del médico. En casi cincuenta años no se observan cambios sustanciales en la función de enfermería, salvo los de la estricta evolución tecnológica que aumenta más si cabe, la función de auxiliar del médico (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92). Como se irá viendo a lo largo de este Capítulo, este modelo de enfermera representará al colectivo en España hasta los años 70 del siglo XX (Matesanz, 2009). De esta manera, en palabras de Bosch (1939) (en Bernabeu-Mestre, 2002) “la enfermera precisa reunir una serie de condiciones que pudiéramos resumir en la vocación, la disciplina, la actitud, y una abnegación como la que muestran las religiosas [...] esa disciplina y fe en la profesión, que sólo puede ser adquirida al lado de las religiosas y médicos en los hospitales”. Para Uribe y

Jaramillo (2002) esta vocación de servir se ha perpetuado en el tiempo y se relaciona con las condiciones en las que nace la enfermería que son poco propicias para la autonomía femenina. De esta manera las enfermeras son dependientes del varón médico y poseen una moral heterónoma, al mantener una dependencia marcada de la autoridad masculina y del saber médico (Uribe & Jaramillo, 2002)

La *II República* (1931-1936) constituyó el intento de reforma educativa y sanitaria más importante de la historia de España. En cuanto a las profesiones sanitarias se llevó a cabo una tentativa de homogeneización de las distintas profesiones mediante un intento de unificación de los planes de estudio y las correspondientes titulaciones académicas. En el caso de enfermería se utilizó como referencia el programa de estudios publicado en la *Gaceta de Madrid* del 21 de Mayo de 1915. Hasta ese momento no existían planes de estudios específicos o éstos eran vagos y difusos (Siles, 1996, p. 46). Durante esta época, con el objetivo de mejorar la formación enfermera, se crearon una gran cantidad de manuales elaborados por médicos donde se establecía la subordinación de la enfermera (Vera & Hernández, 2012). A nivel más práctico se exigía a la enfermera, en su práctica profesional, actitudes y aptitudes como la bondad, paciencia, afectividad, fortaleza, puntualidad, sacrificio, secreto profesional y evidencia (Vera & Hernández, 2012).

Durante este período de la historia había una importante carencia de profesionales sanitarios, con lo que se crearon numerosos centros de formación sanitaria. También se dieron los primeros pasos para crear las especialidades de *Enfermería Psiquiátrica* y *Enfermería médico-quirúrgica*. Fueron varias las escuelas de enfermeras que se crearon en España que pretendían unificar el título de enfermera. También se crearon otra tipología de instituciones docentes para formar médicos y a otros profesionales especializados en la salud materno-infantil (Vera & Hernández, 2012). Con la nueva legislación se intentaba mejorar la asistencia y las condiciones de salud de la población, fundamentalmente encaminada a la asistencia materno-infantil, el control de las enfermedades evitables, y el fomento de la higiene y los hábitos saludables de vida, mediante la educación y la propaganda. En este

sentido hubo grandes avances en lo que a prevención y erradicación de enfermedades como la tuberculosis o las enfermedades de transmisión sexual, prestando especial importancia a la disminución de la mortalidad materno-infantil (Vera & Hernández, 2012).

1.3. Diversificación de la figura de la enfermería asistente de la medicina

Durante la *Guerra Civil Española* se interrumpió en la mayor parte de centros la enseñanza oficial de enfermeras, matronas y practicantes. Algunas escuelas fueron cerradas y en otras se siguió la actividad formadora aunque los exámenes no se llevaron a cabo hasta el final de la contienda (Santo-Tomás, 2000, p. 82; Sellán, 2010, p. 166). No obstante, la difícil situación sanitaria por la que atravesaba el país hizo que se demandase gran número de profesionales sanitarios y, mediante unos cursos acelerados, proliferaron diferentes tipologías de enfermeras (Santo-Tomás, 2000, p. 82).

De la misma manera que la sociedad española se fracturó a nivel ideológico en dos bandos, el *Republicano* y el *Nacional*, lo mismo sucedió con la enfermería como profesión. Por un lado en el bando republicano las enfermeras se sometieron a la lógica de la formación propia de los centros de la *Cruz Roja* y a los cursos organizados por el *Socorro Rojo* (Sellán, 2010, p. 169). A través de distintos medios se pedía a las mujeres su cooperación como enfermeras y se anunciaban cursos rápidos sobre primeros auxilios y cuidados de enfermería en los se apuntaron gran cantidad de jóvenes a trabajar, tanto en la retaguardia como en los frentes. El vacío que dejaron las religiosas y buena parte del personal médico, que luchaba en el bando nacional, hizo necesario una rápida campaña de preparación de personal de enfermería para cubrir las necesidades del momento. A los cursos de enfermeras accedieron, por primera vez, jóvenes que no provenían de las clases medias o altas, como era el caso de las *Enfermeras de la Cruz Roja* (Santo-Tomás, 2000, p. 78), sino que eran pertenecientes a la clase obrera. Además, a lo largo de la contienda nacional, las organizaciones femeninas que luchaban en defensa de la *República*

organizaron sistemas propios de formación de enfermeras de guerra. La *Agrupación de Mujeres Antifascistas* o *Mujeres Libres* -de matiz anarquista-, añadían a la preparación técnica y el impulso vocacional, el matiz político o revolucionario (Díaz, 2005). No obstante, el triunfo del bando nacional, tuvo como consecuencia que estas titulaciones emitidas por el bando republicano no fueran reconocidas (Germán, 2013, p. 186).

Por otro lado, en el bando nacional, la *Falange Española Tradicionalista* y la *Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (JONS)*, como institución central, en su zona se encarga de canalizar las demandas de enfermeras que existían en esa parte del país. De esta manera la *Sección Femenina de la Falange* organizó durante la guerra civil cursillos de formación de enfermeras que paliasen la demanda existente y, una vez que terminó la guerra, siguió manteniendo su interés hacia esta faceta de la formación y orientación de las actividades femeninas creando el título de *Dama enfermera Femenina* con distinto enfoque, hospitalario y social (Santo-Tomás, 2000, p. 83). Por otro lado, para dar respuesta a la necesidad de enfermeras en las contiendas bélicas y, siguiendo el modelo de la Alemania Nazi, funda en 1936 el *Auxilio de Invierno*. Esta organización tenía como cometido cuidar a los heridos y atender a los hospitales a través de la creación de las figuras de la *Enfermera de Guerra*, la *Enfermera de Campaña* y la *Enfermera Militar* (Sellán, 2010, p. 166). Por último destacar que la Iglesia, partidaria de la ideología del bando nacionalista, cedió sus conventos –denominados *hospitales de sangre*–, y colaboró en la asistencia sanitaria proporcionando enfermeras religiosas cualificadas como era el caso de las *Hijas de la Caridad* o las *Hermanas de San José* (Sellán, 2010, p. 166). En el caso de las enfermeras laicas el prototipo de enfermera del bando nacional era el propio de “la niña española que es socializada bajo los valores que pudieran dar lugar a la futura mujer enfermera” (Sellán, 2010, p. 166).

Una vez finalizada la guerra con el consiguiente triunfo del bando nacional e inicio del franquismo, se fundó el *Cuerpo de Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista* y de las *JONS*. El título obtenido tuvo validez en todo el estado español. Asimismo, se indicaba a todas aquellas afiliadas que

en ese momento tuviesen el título oficial de enfermeras del estado, lo revalidaran por el de la *Falange Española*. Estas enfermeras podían especializarse como *Enfermeras Visitadoras Sociales* o como *Enfermeras de Guerra* (Sellán, 2010, p. 169).

En relación a esto, en los países democráticos los periodos post-bélicos han tenido consecuencias muy positivas para la revalorización social y profesional de la enfermería. Este es el caso de la enfermería en Estados Unidos tras la *II Guerra Mundial*. Sin embargo, en los enfrentamientos en los que el bloque vencedor ha impuesto un régimen autoritario o dictatorial, la enfermería ha experimentado un franco retroceso. El ejemplo más claro y cercano se remonta al final de la *Guerra Civil Española* cuando se produce la ruptura con el proceso reformista y de profesionalización de la enfermería iniciado en la *II República*, imponiéndose nuevamente modelos que potencian valores religiosos y domésticos (Siles, 2011, p. 311). Esto implicó para la enfermería, la vuelta a las actividades y valores tradicionales, algo que significó una importante regresión como profesión (Siles, 1996, p. 113). Esta vuelta atrás trajo consigo también el incremento en el número de religiosos -y sobretodo religiosas-, que recuperaron gran parte del protagonismo perdido dentro del campo competencial de la enfermería. En relación a esto, durante la *II República*, en una ofensiva interministerial a favor de la regulación profesional a los religiosos y religiosas, se les exigió el título de nivel medio para ejercer. De esta manera muchas monjas tuvieron que abandonar los hospitales y dispensarios por carecer de la titulación exigida -practicante, enfermera o matrona-. Sin embargo, al concluir la *Guerra Civil*, los religiosos y religiosas volvieron a ocupar sus puestos (Siles, 1996, p. 113).

A partir de la década de los 40 del siglo XX en España existía una gran diversidad de profesionales de la enfermería que se vio aumentada aún más si cabe, con la regulación del cuerpo de enfermeras de la Falange y de la JONS (Sellán, 2010, p. 169). En cuanto a su formación la *Orden Ministerial del 21 de mayo de 1941* (Boletín Oficial del Estado, 1941) estableció para los estudios de enfermería dos años de duración, y un ajuste por parte de la Facultad de Medicina, de los planes de estudio correspondientes. La formación podía

llevarse a cabo tanto en las Facultades de Medicina como en instituciones acreditadas para ello, siempre y cuando el aspirante, superara un examen final ante un tribunal de profesores procedentes de la Facultad de Medicina correspondiente.

Tras la crisis que conlleva la *Guerra Civil Española* (1936-1939) se inicia en España el establecimiento de la *Seguridad Social*. A partir de aquí se produce una gran proliferación de grandes hospitales por toda la geografía española que conlleva un aumento de puestos de trabajo para el colectivo enfermero (Eseverri, 1995, p. 335). Esto tiene como consecuencia, a principios de los años 40 del siglo XX, un incremento muy significativo de enfermeras que prestan servicios en los centros hospitalarios (Santo-Tomás, 2000, p. 85). Pese a que el incremento de enfermeras seculares es significativo, sigue manteniéndose un porcentaje de religiosas muy elevado, perviviendo de esta manera, el protagonismo eclesiástico en la asistencia sanitaria. En relación a esto, hay que tener en cuenta que las órdenes religiosas femeninas eran una muy numerosas y que, por lo tanto, las monjas suponían una mano de obra barata, abundante y siempre disponible (Santo-Tomás, 2000, p. 85).

Dentro de los grandes hospitales el colectivo de enfermeras tiene que asumir cada vez mayores responsabilidades en el ejercicio de sus competencias profesionales. En respuesta a esto, la *Ley de Bases de la Sanidad Nacional* (Boletín Oficial del Estado, 1944), aprobada en el año 1944, establece la obligatoriedad de la colegiación como requisito para poder ejercer (Herrera et al., 1996, p. 278; Santo-Tomás, 2000, p. 86). A partir de este momento cada profesional, al finalizar los estudios, debe colegiarse y pagar las cuotas, en la sección correspondiente del colegio, en función tanto de la titulación como del género (Santo-Tomás, 2000, p. 86). En cuanto a las competencias reglamentadas para las enfermeras, al aprobar el *Reglamento y los Estatutos provinciales de los Colegios de Enfermería* en 1945, se afirma que “es la auxiliar subalterna del médico, estando siempre a las órdenes de éste”. “La enfermera por sí sola no tiene facultades para desempeñar su cometido” (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92). Según Santo-Tomás (2000, p. 87) las funciones de las enfermeras se centran en aspectos técnico-

vocacionales, con una marcada dependencia del médico y unas connotaciones femeninas de profesión orientadas al cuidado de las necesidades básicas. Por lo tanto, durante esa época la enfermera se limita a ser auxiliar del médico para así poder ir asumiendo funciones más complejas (Matesanz, 2009). No obstante, cuando en los mismos estatutos se hace referencia al practicante, como profesión eminentemente masculina, se les otorga un campo de actuación más amplio y también más técnico. Dentro de las responsabilidades de los practicantes se establece la curación de los post-operados, el llevar a cabo intervenciones de cirugía menor, el asistir al médico durante todo tipo de intervenciones quirúrgicas y asistir al médico especialista en la asistencia a la embarazada (Santo-Tomás, 2000, p. 87). Todo ello siempre bajo las indicaciones expresas del médico en calidad de asistente (Santo-Tomás, 2000, p. 87). Por lo tanto, a la vez que se establecen diferencias en el trabajo de ambos grupos fundamentadas en la división sexual del trabajo -enfermeras-mujeres y practicantes-hombres-, se aprecia el protagonismo y el liderazgo del colectivo médico como una característica común a ambas titulaciones. No obstante, tal y como señala Domínguez y otros (1983, p. 87), “si para los practicantes la orden fue restrictiva, para las enfermeras fue concluyente en cuanto a la dependencia y subordinación de la medicina”.

Tras dos guerras mundiales en menos de cincuenta años, en 1948 se crea la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU) y se lleva a cabo la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (Organización de las Naciones Unidas, 1948). Poco después, y dependiente de ésta, se creó la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), que definió la salud como “el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Tras la *Segunda Guerra Mundial* se desarrolló el *Estado de Bienestar* y la creación de los *Servicios Nacionales de Salud* en el occidente europeo (Marsset, Saez & Martín, 1995). Para Hernández (1997) a partir de aquí es cuando la enfermería empieza a poder evidenciar la importancia del cuidado profesional. Ya no sólo se trata de procurar conservar la vida -misión principal de la disciplina médica-, sino que la sociedad empieza a reclamar una “calidad de vida” -misión principal de la enfermería-.

A nivel formativo, hasta la unificación en 1953 de todas las figuras auxiliares sanitarias en la del *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS), había dos tipologías de enfermeras que llevaban a cabo funciones sanitarias auxiliares. Las enfermeras tituladas, que cursaban estudios oficiales de dos años, superaban una prueba de reválida y sus títulos eran expedidos por las diferentes Facultades de Medicina. Al lado de ellas, y con su misma condición, estaban las que realizaban estudios y obtenían su graduación en instituciones religiosas y patrióticas y que hubiesen regulado sus títulos -hasta entonces privados- mediante la aprobación de una reválida similar a la que debían superar las enfermeras tituladas (García & Martínez, 2001, p. 149).

No obstante, la discriminación fundamentada en el género entre la formación de practicantes y enfermeras, se acentuó durante todo el franquismo en un ambiente autoritario que generó injusticias y situaciones de impotencia para el colectivo de enfermeras. A esto se le añadió que el *Sindicato Vertical*, en plena dictadura del *General Franco*, fomentó una lucha de competencias donde, tanto la legislación como la administración, eran claramente sexistas favoreciendo a los practicantes (Germán, 2006, p. 75).

En relación a esta desigualdad de los derechos entre hombres y mujeres, que es llevado a las relaciones establecidas entre practicantes y enfermeras, se ha de buscar su origen durante la década de los años 30 del siglo XX. La constitución de la *II República* el 9 de diciembre de 1931 abrió la posibilidad a una mayor igualdad entre hombres y mujeres (Díez, 1995). No obstante, este aumento en los derechos laborales de las mujeres y, un mayor control sobre su maternidad, conllevó una drástica reducción de la natalidad infantil con la consiguiente aparición de un retraso demográfico en España que era fuente de preocupación del franquismo (Bernabeu-Mestre, 2002). En 1943 en palabras de Bosch (en Bernabeu-Mestre, 2002), para el franquismo el trabajo femenino era considerado una “lacra social demográficamente nefasta que tenía que ser combatida mediante el adoctrinamiento de la población femenina”. De esta manera, a partir de 1939, con la extensión del régimen franquista a todo el estado, se restauró el ideal tradicional de la mujer, con una férrea vigencia hasta principios de los años 60 del siglo XX, momento en que

empieza a ser cuestionado (Díez, 1995). El sistema educativo fue un medio de consolidación de los valores que eran favorables al régimen y a la Iglesia, como el espíritu de sacrificio, disciplina, docilidad social y política y los valores religiosos pertenecientes a la cultura integrista del catolicismo tradicional (Miró-Bonet, Gastaldo, & Gallego-Caminero, 2008). En materia sanitaria se enterraron los planes para crear un sistema sanitario descentralizado y con pautas democráticas (Domínguez-Alcón et al., 1983). Desde una perspectiva de género, el franquismo supuso un retroceso en el desarrollo personal de las mujeres en general y, en particular, para el desarrollo de la enfermería como profesión ejercida por mujeres (Sellán, 2010, p. 234).

1.4. Sustitución de la enfermera por un asistente técnico del médico

El paso siguiente en la profesionalización de la enfermería en el contexto español fue la unificación, mediante el Decreto del ministro *Ruiz Giménez*, en 1952 (Boletín Oficial del Estado, 1952) de los planes de estudio para practicantes, enfermeras y matronas en uno sólo (Siles, 1996, p. 115); habían nacido los ATS (Herrera et al., 1996, p. 278). Posteriormente, el *Decreto de 4 de agosto de 1953* (Boletín Oficial del Estado, 1953a), indicaba cuál tenía que ser el funcionamiento de las Escuelas de ATS. En 1953, el *Decreto del 4 de diciembre de 1953* (Boletín Oficial del Estado, 1953b) da luz verde al proyecto de unificación de las distintas ramas de la enfermería (Siles, 1996, p. 115) y, en la *Orden el 4 de julio de 1955* (Boletín Oficial del Estado, 1955) se publicaron las normas para el ingreso y funcionamiento de las Escuelas de ATS y sus respectivos planes de estudio (Ventosa, 1981, p. 107). Este hecho no sólo significó la unificación de todos los títulos en uno, sino también la elevación del nivel profesional, tanto en lo que se refiere al nivel académico previo, como en los contenidos del plan de estudios, la vinculación definitiva de la titulación a las Facultades de Medicina, y la posibilidad de ampliar la formación recibida mediante la realización de especialidades (Boletín Oficial del Estado, 1955; García & Martínez, 2001, p. 150). A partir de esta fecha la exigencia previa de

estudios cursados se fijó en cuatro años de bachillerato (Bachillerato Elemental) y la duración de los estudios de ATS en tres. Se estableció un plan de estudios de obligado cumplimiento, con enseñanzas teóricas y prácticas, que debía ser seguido por todas las escuelas de ATS del territorio español (García & Martínez, 2001, p. 152).

En relación a este hecho, en 1951 tuvo lugar una apertura del país, en la que España ingresó en la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU) y en diferentes organismos europeos (Miró Bonet, 2008). En este período se superó progresivamente el período de aislamiento internacional impuesto por el franquismo hasta el momento. Por otro lado, en los años cincuenta, coincidiendo con un avance económico del país, se inició el desarrollo tecnológico del sistema hospitalario. Este hecho generó la demanda de un nuevo tipo de profesional capaz de enfrentarse a los retos de las nuevas tecnologías, sin perder la tradición de dependencia del médico (García & Buendía, 2001; Miró-Bonet et al., 2008).

En cuanto a la profesión enfermera, cuando en diciembre de 1953 se unifican los estudios de ATS lo siguen haciendo con la misma orientación de servicio a la medicina, que ponía especial énfasis a la relación de las tareas derivadas de las funciones médicas centrándose en la enfermedad y la tecnificación de su práctica (Hernández, 1995, p. 151; Miró-Bonet et al., 2008). El nuevo título posibilitaba a los ATS para el ejercicio auxiliar de la medicina con carácter general y para realizar, previa indicación o bajo dirección médica: las funciones de aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos; auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades y practicar las curas de los operados (García & Martínez, 2001, p. 151). En relación a este hecho la *Ley de Bases de la Seguridad Social* aprobada en 1963 (Boletín Oficial del Estado, 1963) acabó de consolidar el modelo médico de la seguridad social, que sirvió para estructurar una red asistencial de atención médica, centrada fundamentalmente en el hospital y en la especialización médico-quirúrgica (Miró-Bonet, 2008, p. 19).

En la *Orden Ministerial del 4 de julio de 1955* (Boletín Oficial del Estado, 1955) se disponían las normas para el ingreso y funcionamiento de las

escuelas de ATS, la intensidad, la extensión y ritmo de las enseñanzas del plan de estudios (Ventosa, 1981). A partir de 1952, cuando se establece el plan de estudios de ATS, las antiguas enfermeras, matronas y practicantes, pudieron solicitar la convalidación automática de sus estudios por los de ATS. Esta circunstancia hizo que el nivel de conocimientos para acceder posteriormente al curso de nivelación de ATS fuese muy variado (Santo-Tomás, 2000, p. 113).

Junto al cambio de perspectiva profesional, se siguieron manteniendo diferencias de género en la formación (Miró-Bonet et al., 2008). Concretamente el *Decreto de 4 de julio de 1955* estableció la expresa prohibición de la coeducación en los estudios de los ATS. En el plan de estudios de 1955, mientras los varones cursaban la asignatura *Autopsia médico legal*, las mujeres realizaban *Enseñanzas del Hogar* (Boletín Oficial del Estado, 1955). Hasta 1972, la mayoría de las escuelas exigían que las alumnas estudiaran en régimen de internado, modalidad opcional para los varones. Además la formación religiosa se consideraba fundamental en las ATS femeninas al presuponer que su práctica diaria acentuaba las condiciones morales de las alumnas y favorecía el cumplimiento de su labor (Miró-Bonet et al., 2008).

Pese a las recomendaciones de la OMS de mantener la denominación universal de *enfermera* (Latorre, 2003, p. 26) en España, la presión del colectivo de practicantes que rechazan denominarse enfermeros al considerarlo inapropiado, obligó a al colectivo de enfermeras a cambiar su título tradicional por el de *Ayudante Técnico Sanitario* (Sellán, 2010, p. 220). Se trataba de un nombre sin ningún significado simbólico que en España tenía connotaciones peyorativas al ser la denominación tradicional de los trabajadores subalternos de los hospitales (Sellán, 2010, p. 220). Además, éste hacía clara referencia a que el objetivo de la formación era “la preparación de un profesional destinado a ayudar a alguien y que ese alguien no era precisamente el enfermo, sino el médico” (Santo-Tomás, 2000, p. 97). En un primer momento la sociedad no identificó a estos profesionales ni con los practicantes, ni con las matronas, ni con las enfermeras. Será el sistema sanitario el que, años más tarde, -entre 1960 y 1970-, por motivos de uniformidad y de identificación entre sus estamentos, decida utilizar sus siglas

de ATS y, como consecuencia, se contribuya a su divulgación (Latorre, 2003, p. 26). No obstante, aunque los profesionales se denominan ATS, los servicios hospitalarios y todo lo que incumbe a la profesión se sigue denominando *enfermería*. Es el caso de la *enfermería del hospital*, el *control de enfermería*, el *personal de enfermería*. Según Santo-Tomás (2000, p. 101) “había una fractura entre la denominación de los profesionales como ATS y los elementos propios de su práctica para poder identificarlos con la enfermería”.

En los años 60 se produce un gran cambio en la política económica y social del Régimen que tuvo repercusiones inmediatas en la política sanitaria. El desarrollo de una política declaradamente partidaria propició a través de la formulación en 1962 de la *Ley de Hospitales* (Boletín Oficial del Estado, 1962b) una notable intensificación en la construcción de instalaciones sanitarias. De esta manera en el período comprendido entre 1963 a 1970 se triplicó el número de centros sanitarios y en 1970 se superó el millar de centros con más de 70.000 sanitarios trabajando en ellos (Siles, 1996, p. 116).

El aumento de personal, especialmente femenino, estuvo muy vinculado a este desarrollo progresivo de las instituciones hospitalarias (Siles, 1996, p. 117). Además, a partir de la unificación de las titulaciones y coincidiendo también con este hecho, se produjo también una incorporación considerable de ATS masculinos a estas instituciones. No obstante, las áreas de actuación en razón del género estaban bien delimitadas, fruto del sistema de valores imperante en la clase dominante (García & Martínez, 2001, p. 152; Siles, 1996, p. 116). De esta forma, las mujeres eran destinadas a servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos; en cambio, los hombres, ocupaban puestos de trabajo correspondientes a servicios como laboratorios de análisis clínicos, radiología, etc. (García & Martínez, 2001, p. 152).

En el *Decreto 2319/60 de 17 de noviembre* (Boletín Oficial del Estado, 1960a) se establecían las competencias profesionales de los ATS que incluían: “la administración de medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos”; “auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades”; “practicar curas a los operados”; “prestar

asistencia inmediata, en casos de urgencia, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría”; “asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares capacitados para ello”; y “desempeñar todos los cargos y puestos que en la actualidad se exigen a los títulos de practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ATS masculinos o los femeninos” (Boletín Oficial del Estado, 1960a). Como novedad, en este decreto se autorizaba a todas las instituciones hospitalarias y sanatorias, públicas y privadas, a utilizar personal femenino no titulado, bajo la denominación de *Auxiliar de Clínica*. Este nuevo trabajador sanitario, que actuaba exclusivamente dentro del régimen interno de las diferentes instituciones, llevaba a cabo 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 (Boletín Oficial del Estado, 1960a). En este caso, las ATS mujeres también cuidaban de forma doméstica atendiendo a su naturaleza femenina, pero a la vez eran autorizadas a llevar a cabo técnicas médicas delegadas (Sellán, 2010, p. 225).

La especialización de enfermería se inició con el *Decreto de 4 de diciembre de 1953* cuyos artículos 6 y 7 facultan al *Ministerio de Educación y Ciencia* para autorizar la creación de las especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos diplomas (Boletín Oficial del Estado, 1953b). La primera en reconocerse fue la de *matrona* para los ATS femeninos en enero de 1957 (Boletín Oficial del Estado, 1957a), seguida de la de *fisioterapia* en julio del mismo año (Boletín Oficial del Estado, 1957b), *radiología* y *electrología* en 1961 (Boletín Oficial del Estado, 1961a), *podología* en 1962 (Boletín Oficial del Estado, 1962a), *pediatría* y *puericultura* en 1964 (Boletín Oficial del Estado, 1964), *neurología* en 1970 (Boletín Oficial del Estado, 1970a), *psiquiatría* (Boletín Oficial del Estado, 1970b), *análisis clínicos* en 1971 (Boletín Oficial del Estado, 1971) y *urología* y *nefrología* en 1975 (Boletín Oficial del Estado, 1975a). En 1980, las *especialidades de fisioterapia* y *podología* pasaron a ser estudios finalistas con la creación de la *Diplomatura en Fisioterapia* (Boletín Oficial del Estado, 1980c) y *Diplomatura en Podología*.

El trabajo de los ATS en los hospitales, aunque totalmente dependiente del médico, especialmente en el caso de las ATS femeninas, se fue afianzando (Santo-Tomás, 2000, p. 101). El ATS trabajaba muy bien y comenzó a tener prestigio social (Sellán, 2010, p. 235). Durante esta época se van transformando en unos expertos trabajadores técnicos, realizando unas técnicas cada vez más complejas y manteniendo en perfecto orden tanto los servicios de enfermería como la gestión burocrática de la documentación que integraba la historia clínica donde incorporan una *hoja de enfermería*. En general, los enfermos estaban mejor atendidos gracias a que el personal de enfermería se encargaba de ellos las 24 horas del día (Santo-Tomás, 2000, p. 101). A medio plazo su introducción en el sistema sanitario también implicó la laicización de los cuidados y, la destreza técnica que adquirieron los profesionales, supuso una revalorización de la profesión, que perdía así su carácter exclusivo de “vocación” que había tenido desde sus orígenes (Santo-Tomás, 2000, p. 97).

En cuanto a la situación de las mujeres en España en los años 60, empiezan a producirse avances en los derechos civiles. Concretamente en 1961 la *Ley sobre derechos políticos profesionales y del trabajo de la mujer* (Boletín Oficial del Estado, 1961b), declaraba igualdad de salario y derecho al de los hombres, si bien exigía el consentimiento del marido para que la esposa pudiese trabajar. En 1970 la *Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa* (Boletín Oficial del Estado, 1970c) proclamó la igualdad de ambos sexos en el sistema escolar e impulsó la escolarización obligatoria. En 1971 la *Ley 31* permitió a las hijas menores de 25 años a abandonar el domicilio familiar sin el consentimiento de los padres (Germán, 2013, p. 53). En 1975 con la *Ley 14 de Reforma del Código Civil* desaparece la licencia marital y con ella el papel de administrador del marido de la sociedad de gananciales. De esta manera la mujer podía disponer de sus propios bienes (Boletín Oficial del Estado, 1975b). Todo este proceso culminó en 1975 con la muerte del *General Franco*. Este hecho implicó el inicio de un proceso político que conlleva el paso de un sistema político dictatorial y autoritario, que se inició al finalizar la *Guerra Civil Española*, a uno democrático regido por una

Constitución que culmina en 1986 con la entrada de España a la *Comunidad Económica Europea*.

Cabe destacar que históricamente las transiciones a la democracia han adoptado la forma de ruptura con el régimen anterior, bien por medio de guerras internacionales, revoluciones internas, guerras de liberación, golpes de estado, etc. La *Transición Española* fue totalmente diferente, ya que consistió en un acuerdo entre élites por medio de negociaciones directas y secretas. Tras cuarenta años de poder, el régimen franquista se suicida políticamente, se autodisuelve, autotransforma y democratiza (Castre, 1997). Algunos observadores hacen referencia a la existencia de un contexto internacional desfavorable al franquismo y favorable a la democracia. De esta manera, en una Europa occidental democratizada, era difícilmente admisible la continuidad de un régimen autoritario tras la muerte del *General Franco* (Castre, 1997).

En 1978 con la promulgación de la *Constitución Española* se configura el sistema sanitario como un derecho constitucional que comprende un conjunto de prestaciones no contributivas para todos los ciudadanos; un sistema basado en los principios de solidaridad, universalidad y equidad (Sellán, 2010, p. 280).

1.5. Resurgimiento de la enfermería como disciplina universitaria

El paso del franquismo a un sistema democrático no constituyó únicamente un cambio político, sino que provocó paulatinamente la transformación de una sociedad que encontró nuevos mecanismos para detectar y satisfacer sus necesidades (Siles, 2011, p. 451). Dentro de esta nueva situación social, encajaba perfectamente la necesidad de promocionar profesionales que habían trabajado duramente y en estrecho contacto con la sociedad: cosa que habían demostrado sobradamente los ATS (Siles, 2011, p. 451). Según se fueron desarrollando los acontecimientos, la inclusión de la enfermería a la universidad fue una consecuencia lógica que difícilmente se hubiese producido en otras circunstancias (Siles, 2011, p. 451).

Durante los años 70 la llegada a España de libros sobre modelos conceptuales de enfermería, la mayoría generados en norteamérica a partir de 1950 (Miro-Bonet, 2010), la nueva visión que del trabajo de enfermería que traían los profesionales que habían trabajado en otros países principalmente en Estados Unidos, Inglaterra, Suiza o Canadá (Miro-Bonet, 2010; Santo-Tomás, 2000, p. 102), junto al mayor aperturismo del país, hizo que comenzaran a surgir grupos de enfermeras que empezaran a cuestionarse aspectos concretos sobre su competencia y, sobretodo, la orientación que la enfermería en sí tenía fuera de las fronteras españolas. En palabras de Santo-Tomás (2000, p. 102) “las enfermeras empezaban a plantearse la búsqueda de su propia identidad”. Éstas trataron de especificar y clarificar su contribución frente a la práctica médica y establecer un cuerpo de conocimientos y una base científica propia que les permitiera articular su contribución profesional dentro del sistema de salud (Miro-Bonet, 2010). De esta forma surge una corriente que intenta cambiar los planteamientos profesionales que, especialmente desde Cataluña y Madrid, van a constituirse en una plataforma reivindicativa de los cambios que se desean para la profesión y para los profesionales (Santo-Tomás, 2000, p.102).

En esta época se produce, entre varios grupos de enfermeras españolas, una corriente de opinión basada en el interés por promover la enfermería a rango de disciplina, influenciada por el movimiento enfermero iniciado en otros países, principalmente en los Estados Unidos y Canadá (García & Martínez, 2001, p.185). De forma paralela se promulga la *Ley General de Educación* (Boletín Oficial del Estado, 1970c), contemplando dos posibilidades para los estudios de ATS: la integración en las escuelas de enfermería en la *Formación Profesional de Segundo Grado* o su integración en la Universidad, con rango de *Escuelas Universitarias* (García & Martínez, 2001, p.185). Cuando se promulga esta ley se abre la posibilidad, por primera vez en la historia de España, de crear una titulación universitaria de un grado inferior a la licenciatura, para profesiones que no precisaran de una formación tan larga. A este primer ciclo universitario se le denominó *Diplomado Universitario*, que en el caso de Enfermería fue *Diplomado Universitario en Enfermería* (DUE).

De esta manera la mayor parte de profesiones de grado medio quedaron integradas rápidamente en las *Escuelas Universitarias*. No obstante la titulación de ATS quedó pendiente de un estudio posterior para determinar si su integración se iba a llevar a cabo en la universidad o en el sistema de *Formación Profesional* (Tey, 1978). En relación a esto hay que tener en cuenta que los estudios de formación profesional de la época estaban muy desprestigiados, ya que las personas que cursaban ese tipo de formación se caracterizaban por tener una baja motivación hacia los estudios (Sellán, 2010, p. 242). Por todo ello, el colectivo de ATS no deseaba integrarse en el desprestigiado sistema de formación profesional de la época, con lo que se manifiesta de forma masiva por todo el país (Sellán, 2010, p. 185).

Prácticamente, todos los grupos implicados se inclinaron por la opción de integrarse en la universidad. Tras un largo período de trabajos, proyectos y negociaciones la *Comisión Interministerial* creada en 1976 para la reforma de los estudios de ATS, creada por el ministro *Robles Piquer* por presión de los colegios profesionales de ATS (Sellán, 2010, p. 242), propuso la creación de *Escuelas Universitarias en Enfermería* (EUI) (García & Martínez, 2001, p. 185; Tey, 1978). Los movimientos de todo el colectivo culminaron en la creación de la *Coordinadora Nacional*, que aglutinó y llevó a cabo los planteamientos reivindicativos durante todo el período de trabajo de la Comisión Interministerial. De forma transversal los movimientos reivindicativos se van haciendo cada vez más fuertes -encierros y manifestaciones se producen de forma simultánea en hospitales de todas la provincias españolas- (Sellán, 2010, p. 243).

En julio de 1977 se aprobó, mediante el Real Decreto 2128/77 (Boletín Oficial del Estado, 1977b), la integración en la Universidad de los estudios de ATS como EUE. La orientación a partir de ese momento de los estudios de enfermería cambió drásticamente de los que había habido hasta la fecha de ATS (Santo-Tomás, 2000, p. 103). La integración de la enfermería en la universidad constituyó una innovación en sí misma, pero también por lo que trajo consigo en materia de coeducación: la plena igualdad curricular independientemente del género del alumnado. Se recuperó de esta forma la

coeducación que apenas pudo ser ensayada en estos estudios durante los años de la *II República* (Siles, 2011, p. 452).

La comisión de estudios encargada de elaborar las directrices del nuevo plan de estudios, en sintonía con las nuevas corrientes de pensamiento, propone para la enfermería un plan de estudios basado en distintos elementos de la actuación profesional (Santo-Tomás, 2000, p. 105). El primer elemento a considerar era la prestación de cuidados de enfermería al individuo enfermo o sano, así como a la familia y a la comunidad tanto en el medio hospitalario como extra-hospitalario (Santo-Tomás, 2000, p. 105). El segundo elemento era reconocimiento de identidad propia dentro del equipo de salud proporcionando “cuidados profesionales enfermeros” (García & Martínez, 2001, p. 185). El tercer elemento a considerar fue el contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de enfermería -hasta ese momento a manos fundamentalmente de los médicos-, mediante la integración de las ATS como docentes a las EUE (Boletín Oficial del Estado, 1977b), así como a la del propio individuo, familia, comunidad en los aspectos relacionados con la educación sanitaria. Por último, y con el fin de contribuir al desarrollo de la profesión, se planteaba la necesidad de participar en la investigación en el área de enfermería (Santo-Tomás, 2000, p. 105).

En cuanto al nuevo perfil profesional centrado en proporcionar cuidados profesionales enfermeros en su plan de estudios se incluye una nueva materia curricular, inédita hasta ese momento en los estudios de enfermería en España denominada *Enfermería Fundamental*. Ésta incluía los contenidos teóricos específicos, en forma de teorías y modelos procedentes del entorno anglo-americano (Miro-Bonet, 2010), la *Historia, Deontología Profesional, Cuidados Básicos y Metodología Enfermera* (Sellán, 2010, p. 257) para poder llevar a la práctica el nuevo rol profesional (Germán, 2013, p. 196; Santo-Tomás, 2000, p. 105). Por primera vez en España, las enfermeras estudian de manera diferenciada los aspectos relacionados con su disciplina y profesión, así como los cuidados llevados a cabo a través de la aplicación de un método (Sellán, 2010, p. 259).

Para dar respuesta a la problemática de quien iba a impartir las clases en las nuevas escuelas universitarias, teniendo en cuenta que las enfermeras para ejercer como docentes en la universidad debían de tener el título de licenciado (Germán, 2013, p. 195), surge la Orden del 13 de diciembre de 1978 (Boletín Oficial del Estado, 1978a). Ésta habilita a las ATS, que habían realizado actividades docentes en las escuelas de ATS fundamentalmente como *Maestros de Taller y de Laboratorio* (Germán, 2013, p. 196), a poder impartir docencia con una categoría de *Encargado de Curso*. Esta orden pretendía ser válida sólo para el primer curso de la diplomatura (1978/1979), pero tuvo que ser prorrogada en 1980 en la *Orden del 24 de septiembre*, que mediante un concurso de méritos abre el camino para que otros ATS puedan impartir docencia (Sellán, 2010, p. 244).

En algunas escuelas las enfermeras y enfermeros se responsabilizaron de determinadas asignaturas, principalmente de *Enfermería Fundamental*, o de aquellas que en su denominación tenían el prefijo *Enfermería* (Santo-Tomás, 2000, p. 108). No obstante, en otras cambió formalmente el nombre a *Escuelas Universitarias en Enfermería*, pero la dirección, planificación y docencia de las enseñanzas siguió estando liderada por los médicos de manera que las enfermeras continuaron ejerciendo como monitoras (Santo-Tomás, 2000, p. 109; Sellán, 2010, p. 244). En estas escuelas los contenidos continuaron siendo los mismos que se habían impartido en la carrera de ATS, de manera que la orientación continuo siendo la misma (Santo-Tomás, 2000, p. 109). En palabras de Alberdi y Mompert (1978), “en la actualidad, en las diez escuelas estatales -antiguas Escuelas de ATS dependientes de las Facultades de Medicina- que son subvencionadas directamente por el *Ministerio de Educación y Ciencia*, no existe ningún ATS, que ocupe puestos de responsabilidad docente o directiva”. Para Santo-Tomás (2000, p.109) “estos centros han arrastrado, hasta fechas muy recientes, las consecuencias de unos planteamientos que en nada han favorecido el desarrollo de la enfermería y que han estado formando *Diplomados Universitarios en Enfermería*, que de ello sólo tenían el nombre, ya que en la práctica seguían comportándose como ATS”.

Por otro lado, tradicionalmente los alumnos de la licenciatura de medicina habían podido convalidar distintas asignaturas de su carrera por las de ATS y, por una *Orden del 1 de diciembre de 1978* (Boletín Oficial del Estado, 1978b) se modificó la forma de acceso a este tipo de convalidaciones. Esto provocó durante los dos últimos años del plan de estudios de ATS una avalancha masiva de alumnos de las facultades de medicina, algunos incluso con la carrera ya finalizada, que solicitaron la convalidación (Santo-Tomás, 2000, p. 114). Esto según Santo-Tomás (2000, p. 14) tuvo como consecuencia: “que los ATS convalidados entraron a formar parte de un colectivo con el que no se sentían identificados y que sólo ocasionalmente mientras conseguían una plaza de médico, pertenecían a él”. Por ello uno de los primeros escritos que envió la comisión de estudios fue para que se derogara la *Orden Ministerial de 1971* por la que estudiantes de Medicina de 5º, 4º, 3º y hasta menos de tres años se les daba el título de ATS, sin haber llevado a cabo ni una sola práctica. Además, les aplicaban en el baremo de la bolsa de trabajo una puntuación más alta que a los que habían realizado la carrera de ATS, de manera que conseguían los mejores puestos (Germán, 2013, p. 188).

El *Real Decreto 111/80 de 11 de junio de 1980* en su artículo 2º establece la homologación del título de ATS con el de DUE a efectos profesionales, corporativos y nominativos (Boletín Oficial del Estado, 1980b). En el artículo 3º se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de convalidación académica del título de ATS por el de DUE (Boletín Oficial del Estado, 1980b). Este curso de nivelación establecido en el *Real Decreto de 11 de enero y Orden de 15 de julio de 1980* fue una cuestión que acarreó múltiples conflictos (Matesanz, 2009) ya que era la primera vez que se contemplaba la necesidad de realizar un examen para obtener la convalidación de titulaciones (Santo-Tomás, 2000, p. 114). Llevarlo a cabo fue un requisito indispensable para ejercer la docencia y, por lo tanto, los profesores de las escuelas se matricularon por todo el territorio nacional en la primera convocatoria que se llevó a cabo en Madrid en junio de 1981 (Sellán, 2010, p. 245). Los profesores que obtuvieron la calificación de “apto” pudieron firmar las actas de los alumnos de la primera promoción de *Diplomados Universitarios en Enfermería* (Matesanz, 2009).

En un primer momento, el tiempo para convalidar fue estimado en cinco años, aunque posteriormente fue prorrogado en dos ocasiones más. Se realizaron un total de 22 convocatorias donde convalidaron un número muy elevado de profesionales (Sellán, 2010, p. 245). Los objetivos generales de la nivelación eran homologar una única titulación académica para minimizar la existencia de diferentes tipos de enfermeros. De esta manera se pretendía nivelar los conocimientos de las ATS en aquellas materias curriculares del plan de estudios del DUE que no estaban en el del ATS (Santo-Tomás, 2000, p. 114). Pese a que se hizo un esfuerzo importante no se alcanzaron totalmente los objetivos previstos ya que la mentalidad de muchos profesionales ATS, aunque legalmente pasaron a tener el título de DUE, no había variado. El trabajo asistencial seguía realizándose sin tener en cuenta los nuevos planteamientos metodológicos introducidos mediante el curso de nivelación (Santo-Tomás, 2000, p. 115).

Si se hace una comparación global entre la formación del ATS y el DUE se pueden observar claras diferencias en la orientación (García & Martínez, 2001, p. 185). Se destaca que el nuevo plan de estudios no está centrado en la hospitalización, e incide en la formación de un profesional generalista que asista tanto en el hospital como en el ámbito comunitario. Las enseñanzas teóricas y prácticas tienen un enfoque más científico y menos técnico. El currículum del ATS, lo subordinaba al ejercicio de auxiliar del médico, sin embargo, el plan del DUE confiere a la enfermería un rol definido asignándole identidad propia dentro del equipo de salud llevando a cabo “cuidados profesionales enfermeros”. Finalmente, mientras que el ATS se preparaba para llevar a cabo una asistencia parcializada, con un enfoque organicista, el DUE enfoca el cuidado desde una perspectiva holística, considerando al hombre un ser biopsicosocial (García & Martínez, 2001, p. 185). No obstante, según Sellán (2010, p. 265), en el plan de estudios del DUE “todavía siguen pesando las asignaturas de corte biologicista y medicalista tradicional frente a otros aspectos del ser humano tan relevantes”.

Una vez integrados los estudios de ATS a la universidad como EUE (Boletín Oficial del Estado, 1977b), no se procedió a desarrollar las

especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, por el contrario, se autorizó a través de la *Orden del 9 de octubre de 1980* (Boletín Oficial del Estado, 1980) a los DUE a que cursasen las especialidades ya existentes para los ATS. Esto configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica (Gutiérrez, Ferrús, Subirana, & Pellejá, 2007, p. 64; Sellán 2010, p. 268) que necesariamente debía de haber tenido un carácter transitorio, ya que lo adecuado hubiese sido que desde el *Ministerio de Educación* se procediese a desarrollar las especialidades acordes a la nueva titulación (Santo-Tomás, 2000, p. 120). Para las especialidades anteriores a este decreto, se declaran equivalentes siempre que se tuviera el título de DUE o se hubiera convalidado el de ATS por el de DUE (Gutiérrez et al., 2007, p. 64).

Paralelamente, la *Orden Ministerial de 1 de septiembre de 1978* (Boletín Oficial del Estado, 1978b) integraba en el segundo grado de *Formación Profesional, Rama Sanitaria*, algunas de las especialidades que habían formado parte del perfil del ATS. Es el caso de la titulación de *Técnico Especialista de Laboratorio* o de *Técnico especialista de Radiodiagnóstico*. Y también creaba titulaciones nuevas como la de *Técnico especialista en Medicina Nuclear*, *Técnico especialista en Anatomía Patológica*, *Técnico Especialista en Logopedia* y *Técnico Especialista en Protésico Dental*, para dar respuesta a las nuevas necesidades del sistema sanitario. Una importante novedad que nunca llegará a consolidarse ante el rechazo del colectivo de enfermería, es la creación del título de *Técnico especialista en Enfermería* como titulación intermedia entre el *Auxiliar de Clínica* y el *Diplomado Universitario en Enfermería* (Llobet, 1978). Esta figura es considerada por el colectivo de enfermería un sustituto a la práctica de la figura del ATS y en palabras de Llobet (1978), “la invalidación de los esfuerzos que, año tras año, desde 1970, nos mantenían en la esperanza de alcanzar una enfermería de calidad para nuestra sociedad y a la que creíamos haber llegado con la creación del *Diplomado en Enfermería* a nivel universitario.

Los avances científicos, los cambios en el sistema de salud derivados de la potenciación de la atención primaria, la medicina preventiva, así como los condicionamientos derivados del ingreso en España en la Comunidad Europea,

conllevaron la necesidad de reordenar el número, el contenido y la denominación de las especialidades de enfermería (Gutiérrez et al., 2007, p. 66). De esta manera, en 1987 se creó el título de *Enfermero Especialista* (Boletín Oficial del Estado, 1987) con la idea de la llevar a cabo una progresiva especialización sin perder la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional. Por lo tanto, este Real Decreto por un lado puso de manifiesto el ejercicio de las antiguas especialidades obtenidas por las ATS pero, por el otro, prohibió la realización de los cursos de especialidades de ATS a los nuevos DUE (Santo-Tomás, 2000, p. 120).

En el año 1988 se creó el *Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería* (Boletín Oficial del Estado, 1988) que preveía la creación de las especialidades de *Enfermería Obstétrico-Ginecológica* (matronas), *Enfermería Pediátrica*, *Enfermería de Salud Mental*, *Enfermería de Salud Comunitaria*, *Enfermería de Cuidados Especiales*, *Enfermería Geriátrica* y *Gestión y Administración de Enfermería* (Gutiérrez et al., 2007, p. 64). Este Decreto conlleva que se dejen de impartir las especialidades específicas de la ATS. No obstante, hasta 1994 no se volvió a impartir ninguna especialidad. Concretamente ese año se reinicia la especialidad de *Enfermera Obstétrico-Ginecológica* –matrona-, y en 2002 se inicia la especialidad de *Enfermería de Salud Mental* (Gutiérrez et al., 2007, p. 64).

Con el *Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de enfermería* (Boletín Oficial del Estado, 2005a) se da un nuevo paso para desarrollar la especialización de las enfermeras. El propio decreto justifica la necesidad de las mismas para proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos en base a (Gutiérrez et al., 2007, p. 67): 1) los cambios científicos, técnicos y del propio sistema sanitario; 2) la modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de la población, y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y usuarios del *Sistema Nacional de Salud*; 3) la entrada en vigor de la *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* que aborda la regulación de las especialidades en *Ciencias de la Salud*; y 4) las recomendaciones que en este ámbito se han producido en la Unión Europea.

Las especialidades de Enfermería que se ofrecen son *Enfermería Obstétrico-Ginecológica* (matrona), *Enfermería de Salud Mental*, *Enfermería Geriátrica*, *Enfermería del Trabajo*, *Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos*, *Enfermería Familiar y Comunitaria* y *Enfermería Pediátrica* (Gutiérrez et al., 2007, p. 66). No obstante, hasta 2009 no se convocan las primeras pruebas objetivas para acceder a la formación de especialista, con excepción de las especialidades de *Matrona* y *Salud Mental* (Boletín Oficial del Estado, 2009).

Durante la década de los años 80, la demanda de enfermeras se incrementó notablemente auspiciada por lo favorable de las circunstancias económicas. Sin embargo, la posterior recesión económica y los recortes presupuestarios del sector público, precipitaron un colapso de enfermeros en el mercado laboral de manera que los titulados tienen que esperar muchos años para poder estabilizar su situación laboral. Pese a eso, la profesión enfermera sigue manteniendo un alto nivel de atracción para los jóvenes estudiantes y, en la década de los 90, se convierte en una de las carreras más solicitadas, llegando a igualar o incluso a superar la nota de acceso a otras carreras como medicina (Siles, 2011, p. 452). Por otro lado, pese al aumento del número de varones a la profesión que se produce con la incorporación de los practicantes a la titulación de ATS, se va a mantener el tradicional predominio femenino en los estudios de enfermería. Concretamente, durante el curso 2005-2006 la tasa de feminización en universidades públicas fue del 86,47% frente al 87,09% de las universidades privadas (Siles, 2011, p. 452).

Durante toda esta etapa el colectivo enfermero estuvo siempre involucrado en diferentes tentativas para superar las limitaciones académicas e investigadoras propias de una titulación de diplomado. En 1997 la Universidad de Alicante toma la iniciativa, que posteriormente es seguida por otras universidades españolas, de transformar los estudios de enfermería en licenciatura. No obstante, diferentes factores entre los que se destaca la resistencia por parte de los grupos médicos que ostentan el poder, cierto enfrentamiento entre algunas organizaciones corporativas y académicas y, el propio proceso de convergencia europea en materia de educación superior,

determinaron que no se obtuviera la deseada oficialización de la licenciatura (Siles, 2011, p. 453-454).

Finalmente, mediante los *Reales Decretos 55/2005* (Boletín Oficial del Estado, 2005b), *56/2005 de 21 de enero* (Boletín Oficial del Estado, 2005c) y el *Real Decreto 1509/2005* (Boletín Oficial del Estado, 2005) que modifica los anteriores, se regulan los estudios oficiales de grado y postgrado en el marco del *Espacio Europeo de la Educación Superior* (EEES). Por primera vez en la historia de España, no se distingue entre los grados de diplomatura y de licenciatura, sino que se establecen los mismos niveles de grado, máster y doctorado para todas las titulaciones. Esta nueva situación permite a los DUE el acceso a partir del curso 2006/2007 tanto a los estudios oficiales de máster como a los programas de doctorado (Siles, 2011, p. 454). El *Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre* (Boletín Oficial del Estado, 2007), establece los planes de estudio conducentes a la obtención de los títulos de *Grado* que habilitan para el ejercicio de la profesión de enfermera. Concretamente en la *Orden CIN/2134/2008* (Boletín Oficial del Estado, 2008), se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la enfermería. La primera universidad española en publicar su plan de estudios de *Graduado en Enfermería* (GE) fue la *Universidad Europea de Madrid* en diciembre de 2008

El paso que se plantea de la DE al GE es el alcance de una categoría académica universitaria que no se tenía con la diplomatura, a partir de la propuesta de homogeneización que establece el EEES conocido como *Plan Bolonia*. La adaptación de este plan ha supuesto para los países europeos la adopción de un sistema de titulaciones comprensible y comparable, basado en dos niveles y tres ciclos: *Grado y Postgrado* -Máster y Doctorado- y un sistema común de créditos –*European Credits Transfer System* (ECTS) o créditos europeos- (Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, 2012, p. 2).

1.6. La enfermería española en la actualidad

La *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (Boletín Oficial del Estado, 2003) y los Estatutos de la *Organización Colegial de Enfermería* (Boletín Oficial del Estado, 2001) señalan que el título de *Enfermería* responde a un perfil de enfermera generalista. En relación a esto, el *Consejo Internacional de Enfermeras* (CIE) fundado en 1899, presenta en el 2000 el marco de competencias para la *enfermera generalista* –denominada en otros contextos *especializada, acreditada o cualificada*– (Alexander & Runciman, 2003). De esta manera, en 1987 la define como “aquella persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería que está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país”. Para el CIE (1987) la enfermera generalista está preparada y autorizada para: 1) dedicarse al ámbito general de la práctica enfermera, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación (Consejo Internacional de Enfermeras, 1987).

El CIE define la enfermería a nivel disciplinar como “parte integrante del sistema de atención de salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de los enfermos físicos, los enfermos mentales y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad” (Alexander & Runciman, 2003). En cuanto a sus funciones profesionales, el CIE adoptó la definición propuesta por Virginia Henderson en 1977 (Allgood & Marriner-Tomey, 2010, p. 56). De esta manera la función propia de la enfermera es definida como “atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una

muerte digna, actividades que ellas realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, la voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posible” (Consejo Internacional de Enfermeras, 1987).

Dentro del contexto español, el *Real Decreto 1231/2001* (Boletín Oficial del Estado, 2001), en el artículo 54 de los estatutos del *Consejo General de Enfermería* (CGE), establece que las funciones de la enfermera “derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el *Código Deontológico de la Enfermería Española*, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo, o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”. A esto se añade que, “incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en los principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”. De esta manera, los cuidados de enfermería “comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a las comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

En cuanto a las competencias concretas de la titulación de DUE –como titulación que tienen la mayor parte de miembros del colectivo en activo-, el artículo 7.1. de la *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (Boletín Oficial del Estado, 2003) establece que les compete: 1) La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes

profesionales que intervienen en el proceso; 2) la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

Las enfermeras españolas desarrollan su actividad profesional en hospitales de agudos, en centros socio-sanitarios, en centros de Atención Primaria, en medios comunitarios dentro del sistema de salud y en el ámbito de la atención privada de forma individualizada. En todos ellos pueden desarrollar tareas asistenciales, docentes, de gestión y/o investigación (García & Martínez, 2001, p. 165; Gutiérrez et al., 2007, p. 60).

En cuanto a la naturaleza del servicio que ofrecen como colectivo, se ha podido identificar que su rol profesional se desglosa en dos ejes diferenciados: el “eje interdependiente” y el “eje autónomo”. En cada uno de ellos existen importantes diferencias en cuanto al nivel de autonomía profesional, el grado de responsabilidad y los conocimientos necesarios para llevar a cabo la práctica (Santo-Tomás, 2000, p. 146). Autores como Tarlier (2005) van más allá, evidenciando que la propia disciplina enfermera presenta una disociación epistemológica entre el “valor de cuidar” –eje autónomo- y el “valor del curar” –eje interdependiente-.

En el denominado “eje interdependiente” que representa el “valor del curar” (Tarlier, 2005), las actividades que se llevan a cabo están relacionadas con los procesos patológicos es decir, con el diagnóstico médico y el tratamiento de la enfermedad. Las actividades centradas en la colaboración entre el médico y la enfermera, algo a lo que Stein (1967) denomina el “juego médico-enfermera”, se desarrollan guiadas por el modelo médico. En él las actividades están centradas en la colaboración entre el médico y la enfermera (Santo-Tomás, 2000, p. 146). En este ámbito la autonomía es parcial ya que la enfermera, la mayor parte de las veces actúa con autoridad delegada es decir, siguiendo los protocolos de actuación elaborados dentro del equipo interdisciplinario (Santo-Tomás, 2000, p. 146). Estas actividades interdependientes están orientadas a la enfermedad y a su tratamiento y responden al rol asumido históricamente por las enfermeras de auxiliar del

médico donde no se identifica su contribución específica proporcionando cuidados profesionales (Santo-Tomás, 2000, p. 147).

El otro eje de la actuación enfermera, denominado independiente o rol autónomo, también “rol de cuidar” según Tarlier (2005), se configura con una serie de actividades que no se dirigen a la resolución de las patologías de la persona, sino hacia las respuestas humanas reales o potenciales ante una situación de salud –independientemente de la presencia de alteración-, o ante situaciones de crisis o de maduración que tuvieran repercusión en el bienestar de la persona, en su crecimiento y desarrollo. En general, se trata de actuaciones profesionales que están encaminadas a aumentar la habilidad y capacidad de la persona para cubrir los requerimientos generados por dicha actuación (Santo-Tomás, 2000, p. 147).

Es en el eje de actuación independiente o autónoma, donde la autonomía, el control y la responsabilidad de las enfermeras se presuponen totales. En él la enfermera es la que valora la situación, analiza los datos obtenidos, emite un diagnóstico, lo valida, determina los objetivos, planifica, ejecuta las intervenciones para conseguirlos y acaba evaluando los resultados (Santo-Tomás, 2000, p. 147). Es en este otro rol donde se subraya la necesidad de que estas actividades independientes, que hasta ese momento se llevaban a cabo de forma intuitiva, estuvieran apoyadas por un cuerpo de conocimientos propio que fuese racional y científico: se evidenció la necesidad de desarrollar la *Ciencia Enfermera* (Santo-Tomás, 2000, p. 147). No obstante, para García y Buendía (2001), pese a que las enfermeras se consideran la máxima autoridad en llevar a cabo los cuidados, éstos todavía no son asumidos de forma clara como esencia de la profesión. Los enfermeros siguen organizando su trabajo por tareas y en su mayoría, no utilizan los diagnósticos de enfermería ni trabajan con sus pacientes en base a un plan de cuidados (García & Buendía, 2001)

De acuerdo con Uribe y Jaramillo (2002) los enfermeros continúan presentando dificultades tanto para saber cómo llevar a cabo en la práctica un trabajo autónomo, cómo identificar los límites entre su trabajo y el del médico (Uribe & Jaramillo, 2002). Para Miró (2010), y en la misma línea que Tarlier

(2005), el rol enfermero está conformado por dos dimensiones profesionales: la *cuidadora o independiente* y la *curativa o interdependiente*. Ambas dimensiones son consideradas complementarias ya que no es posible curar sin llevar a cabo el cuidado (García, Sainz & Botella, 2004; Miro-Bonet, 2010)

La *enfermería* es una profesión esencial en todos los sistemas de salud del mundo. Su contribución suele estar bien valorada socialmente ya que se vincula a valores como el *altruismo*, la *entrega* y la *capacidad de sacrificio* en el *cuidado* a los demás. Estas características están asociadas con rasgos femeninos que continúan enmascarando relaciones de dominación y dependencia entre hombres y mujeres (Galiana & Bernabeu, 2011). Estas relaciones, presentes en todos los ámbitos sociales, son trasladadas a las relaciones profesionales establecidas entre médicos y enfermeras. La enfermería sigue siendo una profesión mayoritariamente femenina, actualmente más del 80% de las enfermeras son mujeres, lo que hace que estemos frente a una profesión singular, cuya evolución a lo largo de la historia ha estado marcada por esta particularidad (Galiana & Bernabeu, 2011).

Hoy en día, la opinión pública todavía parece no saber qué espacio ocupa la enfermería en el ámbito de las profesiones. Pese a que hace más de 29 años que desapareció la titulación de ATS y 54 años la de practicante –tal y como se ha podido ver titulaciones con una clara orientación de auxiliar de médico-, hoy en día todavía se las continúa considerando así. Hasta hace relativamente pocos años, ni siquiera el diccionario de la *Real Academia Española* reconoce la enfermería como disciplina sanitaria -en la edición anterior a la actual no existía dicha acepción en la entrada enfermería-, y en la actualidad es definida como: “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas” (Brito, 2007).

Para lograr un espacio profesional único y autónomo en el cual la enfermera sea la única responsable de sus acciones, el primer objetivo es claro, desprenderse del modelo que ha marcado su trabajo a lo largo de todo el siglo XX: el modelo biomédico (Carballo, 2005). Sí que es cierto que se presume un entendimiento del individuo como ser biológico, psicológico, social,

cultural y espiritual. Para Carballo (2005) “se ha dicho que se presume pero la realidad es que no se asume”. Los cuidados diarios están muy distantes de un cuidado integral y holístico. Siguen centrados en aspectos físicos y no se desempeñan el resto de dimensiones por las altas cargas de trabajo del colectivo enfermero. Siempre hay excepciones, pero la mayoría de las enfermeras mantienen el grueso de su trabajo diario enfocado hacia los cuidados de tratamiento (Carballo, 2005).

A modo de conclusión

Desde el inicio del desarrollo de la enfermería como profesión en España a mediados del siglo XIX, hasta el momento actual, ésta ha pasado por tres periodos como se puede observar en la **Figura 1**.

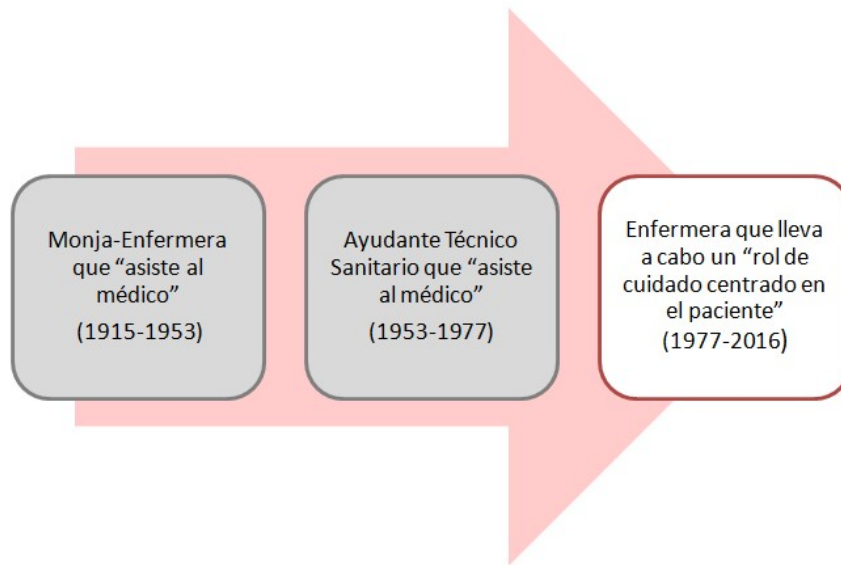


Figura 1. Proceso de profesionalización de la enfermería española

El primer período se caracteriza por la emergencia de la enfermería como profesión a partir de los cuidados llevados a cabo por las religiosas en los hospitales y con un rol orientado a la asistencia a la medicina; un segundo período caracterizado por la desaparición formal de la “enfermería” como titulación y como profesión al ser substituida por la de ATS –con más connotaciones de practicante que de enfermera-; y un último periodo, donde la enfermería vuelve a emerger con fuerza en forma de titulación universitaria con el consiguiente reconocimiento como profesión diferenciada de la medicina y un nuevo rol de “cuidado centrado en el paciente”.

Por todo ello, después de más de cuarenta años de reconocimiento de la enfermería como disciplina universitaria –1977 a 2016-, se hace interesante indagar cómo la enfermera española ha integrado en un mismo rol profesional la competencia técnica de su rol de asistente del médico –motor inicial de su proceso de profesionalización–, y la competencia de proporcionar “cuidados profesionales enfermeros”, que sirve para justificar su integración en la universidad como disciplina científica diferenciada de la medicina.

Capítulo 2. Aproximación sociológica al concepto profesión

Tal y como se ha podido ver en el Capítulo anterior, la enfermería española inicia su transformación en profesión a mediados del siglo XIX, impulsada por la necesidad de la medicina de un asistente en los hospitales con cada vez mayor competencia técnica. Este punto tiene como consecuencia que su emergencia como profesión, dentro de la sociedad española, no se produce a partir del “rol del cuidado”, algo que sí que sucede en el contexto anglo-americano a partir de los planteamientos de Florence Nightingale (Bullough & Bullough, 1981), sino que lo que hace es transformar monjas enfermeras y mujeres laicas, que cuidan en el hospital por vocación, en un “asistente del médico” (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 96).

En 1977 el reconocimiento de la enfermería española como disciplina universitaria conlleva la adopción –inicialmente en lo teórico- del modelo de enfermería propia del contexto anglo-americano (Miro-Bonet, 2010). Esto implica para los nuevos DUE el cambio del rol tradicional de “asistente del médico” a otro nuevo e inédito en el contexto español de “cuidado centrado en la persona”, basado en teorías y modelos procedentes del entorno estadounidense (García & Martínez, 2001, p. 185; Santo-Tomás, 2000, p. 102). Por lo tanto, en ese momento histórico la enfermería española tiene que salir del paradigma donde se inicia su proceso de profesionalización -un paradigma compartido con la medicina y centrado en los elementos *enfermo*, *curación* y *enfermedad* – a otro diferente, propio de la enfermería anglo-americana centrado en los nuevos elementos *persona*, *cuidado* y *salud* (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 7).

Este segundo Capítulo tiene como objetivo establecer un contexto conceptual, basado en el constructo teórico “profesión”, que pueda ser utilizado como referencia para hacer emerger como se ha re-construido la enfermería española como profesión a partir de ese cambio de paradigma. En relación a esto Kelle (2005) destaca la inviabilidad de las estrategias de investigación cualitativas inductivas que pretenden enfrentar los datos sin partir de ningún

referente teórico o idea preconcebida. Glaser y Strauss (1967, p. 46) acuñaron el término *sensibilidad teórica* para denotar la capacidad del investigador de hacer emerger datos relevantes reflexionando sobre material de datos empíricos con la ayuda de términos teóricos.

Este Capítulo se ha estructurado en tres apartados diferenciados. En el primero se ha pretendido una reconstrucción del concepto “profesión” situándola en los diferentes contextos socio-históricos donde ha emergido epistemológicamente. El segundo apartado se ha centrado en la emergencia de los elementos definitorios que diferencian una profesión de una ocupación. Finalmente, en el último apartado se ha profundizado en el concepto *autonomía profesional* como principal indicador del estado de la profesionalización de la disciplina enfermera. A partir de todos estos contenidos teóricos se ha construido un contexto conceptual que sirva como referente teórico para hacer emerger cómo es la enfermería como profesión en el contexto español actual.

2.1. Bases epistemológicas del concepto profesión

Según Moreno (en Rodríguez, 2008, p. 26), el nacimiento de las profesiones liberales se produce en la Edad Media y las categorías profesionales que aparecen son *medicina*, el *derecho* y el *sacerdocio*. El conocimiento técnico aparece como el rasgo distintivo de las ocupaciones profesionales durante el siglo XIX y XX (Rodríguez, 2008, p. 26). Concretamente, durante el siglo XIX la sucesión de revoluciones industriales implicó la expansión de los conocimientos técnicos, la explosión demográfica como consecuencia de las mejoras en las condiciones de vida y el agrupamiento en núcleos urbanos de la población. Todo esto contribuyó a modificar de forma significativa la organización social existente, propiciando la creación de tareas profesionales más especializadas y, por lo tanto, la concepción de lo *profesional* (Barron, Rojas & Sandoval, 1996).

Es precisamente en la sociedad industrial del siglo XX, también denominada *sociedad de las profesiones*, cuando las profesiones comienzan a tener un papel relevante (Rodríguez, 2008, p. 15). Una nueva élite de profesionales, constituida tanto por las profesiones dominantes –abogados y médicos principalmente–, como por los directivos de las corporaciones y burócratas gubernamentales, emplean y ponen en funcionamiento la tecnología que surge en esa etapa de la historia para llevar a cabo su trabajo (Rodríguez, 2008, p. 15). Como expertos, las profesiones aportan conocimiento al poder, y son centrales en el proceso de racionalización al facilitar formas de organización y dominación a través del control de ese nuevo conocimiento (Rodríguez & Guillén, 1992).

Rodríguez (2008, p. 30) describe la existencia de tres corrientes, o escuelas de pensamiento, en relación a la definición del concepto profesión: la *Escuela Definitoria*, la *Escuela Evolutiva* y la *Escuela Revisionista*.

El paradigma de la *Escuela Definitoria*, cuyas ideas se enmarcan en el período histórico situado entre el desarrollo industrial (s. XIX) y después de la *Guerra Mundial*, se fundamenta en la idea de orientación de servicio público y el carácter altruista que tienen las profesiones, así como la relación directa con

la ciencia (Rodríguez, 2001, p. 7). Esta corriente resalta la importancia de tener un cuerpo de conocimiento, al que el público no puede acceder, autonomía que les permita auto controlarse y potencial para contribuir a la sociedad (Rodríguez, 2008, p. 30).

Para la *Escuela Evolutiva*, situada entre los años 30 y los años 70 del siglo XX (Rodríguez, 2001, p. 12), el paradigma principal es el proceso de profesionalización. Éste es visto como las etapas que hacen que una profesión se vaya configurando como tal. Según esta corriente las profesiones están integradas por *atributos estructurales e ideológicos* (Rodríguez, 2008, p. 30). Los *atributos estructurales* definen a la profesión como una ocupación a tiempo completo, que nace tras haber formado parte con anterioridad de otras actividades pero que paulatinamente ha ido adquiriendo importancia en sí misma hasta requerir dedicación exclusiva. En cuanto a los atributos *ideológicos* cabe destacar la creencia del colectivo de profesionales de proporcionar un servicio público indispensable, la creencia de que son ellos mismos los que pueden controlar su trabajo –autorregulación- y la creencia de que pueden tomar decisiones sobre su trabajo y actividad –autonomía profesional- (Rodríguez, 2008, p.30; Rodríguez & Guillem, 1992).

Finalmente la *Escuela Revisionista*, situada hacia finales de los años 80 y los 90 del siglo XX (Rodríguez, 2001, p. 14), considera que los atributos de los profesionales sirven para aumentar su poder en el mercado (Rodríguez, 2008, p. 30). En relación a esto, Illich (1981) observa como los expertos se apropian de ciertas áreas y adoptan unas conductas determinadas generando nuevos problemas que garantizan su existencia. Para Larson (1978, p. 40) las profesiones están explícitamente orientadas hacia el mercado siendo organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo de áreas de preocupación social. En esta misma línea argumental para Marinho (1986) la base para la reivindicación de la competencia exclusiva necesaria para ser competitivo en el mercado, varía de acuerdo con las características propias de cada profesión. De acuerdo con este autor influyen más los factores políticos-institucionales, el consenso social, la práctica y el desempeño profesional, en la

definición de ser o no una profesión, que los criterios científicos o no científicos (Machado, 1991).

En la línea de la *Escuela Revisionista*, Machado (1995) plantea la relación *Estado y Profesión* dentro de un marco político donde los grupos involucrados se encuentran en un proceso continuo y constante de balanceo de poderes. De esta manera, el modelo de control establecido entre el *Estado* y la *Profesión* se sitúa entre el eje del “dominio profesional” y el eje del “dominio del Estado”. En el primero, los profesionales establecen el control sobre su propio trabajo técnico, los aspectos financieros, las estructuras institucionales, los poderes alternos, el carisma cultural e incluso la construcción de la realidad social en la que interactúan. En el segundo eje, el del dominio del Estado, se gira en torno a la ubicación de los profesionales en el mercado laboral donde convergen criterios políticos, sociales y económicos (Machado, 1995).

Rodríguez y Guillem (1992), sostienen que las características formales de las profesiones no se pueden comprender si no se sitúan en el contexto donde se produce la interacción denominada por Bourdieu el *campo* (Bourdieu, 1997). Para ellos ese contexto es el que hace volver a centrar la atención sobre el poder que conllevan los sistemas de conocimiento profesional y su capacidad para definir problemas (Rodríguez & Guillén, 1992). En relación a esto, de acuerdo con Abbod (1988, p. 111), las profesiones actúan en un sistema de conocimiento profesional, y tienen capacidad de abstracción para definir viejos problemas de nuevas formas siendo esa capacidad de abstracción la que les permite sobrevivir en el mercado. Esto hace que uno de los temas más destacados en el estudio de las profesiones sea el análisis del poder –acción- y la autoridad –legitimidad- (Rodríguez, 2008, p. 38). Sólo un sistema de conocimiento gobernado por la abstracción puede redefinir continuamente los problemas y tareas profesionales, defenderlos de los competidores y conquistar nuevos problemas (Rodríguez, 2008, p. 38). Para Freidson (1986) el conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional, a lo que Derber, Shwartz y Magrass (1991) añaden que es algo imprescindible para mantener las

posiciones de poder y privilegio tanto en la organización como en la propia sociedad.

Según Abbot (1988) las profesiones actúan en un mundo de relaciones interprofesionales, con un contenido de trabajo específico y donde las relaciones con el Estado y el mercado son muy importantes. Por lo tanto las profesiones pueden ser consideradas un elemento muy importante en el mercado estando sujetas a fuentes de valor y fuentes de poder dentro de la propia estructura social. En relación a esto, un tema esencial en el estudio de las profesiones es la creación de jurisdicciones –o parcelas de mercado que cubren las profesiones- por parte de los profesionales. De esta manera, las diferentes profesiones conviven en un sistema interdependiente de manera que los movimientos de unas afectan a las otras (Abbott, 1988, p. 144). Cuando una profesión integra una nueva tarea lo hace a expensas de aquellas tareas que realizaba en menor medida y que habían perdido su funcionalidad. Pero en este sistema no sólo aparecen nuevas tareas si no que puede emerger un nuevo grupo profesional que reclame una jurisdicción sobre tareas previamente realizadas por otras profesiones (Rodríguez, 2008, p. 39).

Tal y como se ha podido evidenciar, un tema reiterativo en el estudio de las profesiones es su relación con el poder y el privilegio que éste implica (Abbott, 1988; Derber et al., 1991; Illich, 1981; Larson, 1978; Machado, 1991; Machado, 1995). Los trabajos más novedosos analizan los procesos y mecanismos de poder y privilegio de la sociedad, en el mercado y en las organizaciones. Para Rodríguez y Guillén (1992) si bien el conocimiento abstracto es un ingrediente necesario, la articulación de proyectos políticos, que utilizan este conocimiento abstracto para la definición de los problemas sociales y sus soluciones, es un elemento imprescindible para la ampliación de sus jurisdicciones y el mantenimiento de las posiciones de poder y privilegio entre los profesionales.

Según Freidson (2003) actualmente existe un ataque a la credibilidad de la ideología profesional que tiene como objetivo diluir el poder que tienen los profesionales para influir en el cambio social. En este sentido los profesionales son considerados una “tercera voz” frente al *Poder del Estado* y al *Poder del*

Capital (Hirsch, 2003a). Entre las principales críticas que se hacen a los profesionales como “tercera voz” se destaca el monopolio para ejercer socialmente un tipo de trabajo específico, el *credencialismo*, entendido como la acreditación de la competencia profesional por medio de credenciales educativas especiales y, el elitismo. Derber y otros (1991) añaden a estos cuestionamientos la capacidad que tienen los profesionales de erosionar el poder de los que no están acreditados como expertos –fundamentalmente la clase obrera–, soslayando incluso con ello las nociones más preciadas de democracia e igualdad social.

Frente a estos cuestionamientos relativos a la ideología profesional Freidson (2003), considera que los colectivos profesionales que funcionan bien hacen avanzar las disciplinas, mediante el control de la formación, de las acreditaciones y de la práctica con el objetivo de asegurar la calidad del trabajo. En este sentido, el desarrollo de un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades formales, requiere de un grupo de personas con ideas afines que lo aprendan y practiquen, se identifiquen con él, lo distingan de otras disciplinas, se reconozcan como colegas en virtud de la formación común (Freidson, 2003). El *saber experto* se basa en la investigación y en la acumulación de experiencia y los profesionales son depositarios de un conocimiento socialmente importante destinado a contribuir al bien público (Hirsch, 2003b).

En cuanto a las profesiones sanitarias, según Foucault (2004, p. 25), desde el nacimiento de la clínica a finales del siglo XVIII las instituciones hospitalarias se constituyeron en centros de formación y saber médico. Desde entonces, esta visión biologicista ha impregnado el rol de las disciplinas que interaccionan en las instituciones hospitalarias de manera que la hegemonía del modelo de acción clínica del médico termina anulando las acciones del resto del equipo de salud (Poblete & Valenzuela, 2007).

En relación a esto, Parsons (1999) en su *Teoría del Sistema Social* se refiere a las instituciones como subsistemas sociales cuya función es socializar mediante la transmisión de patrones y pautas culturales, que tienen como objetivo controlar, normar y motivar a los individuos para mantener el sistema

social establecido. De acuerdo a este autor, los subsistemas institucionales tienen a ser imperturbables en sus normas y logran en los individuos que ingresan en ellos, un control social como cualquier otro subsistema social, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento (Parsons, 1999). En este sentido, las instituciones hospitalarias, son subsistemas sociales que cumplen las función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema con la finalidad de que cumplan sus roles establecidos a través de un control social, con el objetivo de mantener el sistema social imperturbable (Poblete & Valenzuela, 2007). Por lo tanto el rol que la enfermería como profesión cumple dentro de las instituciones hospitalarias esta socialmente estructurado, adquiriendo las profesionales una conducta institucionalizada (Poblete & Valenzuela, 2007).

Golttied (1997) expone la fuerte competencia que se ha establecido entre los profesionales de la salud, los cuales rivalizan por un puesto en el contexto de la reorganización de los servicios de salud. En este sentido, existen tres tipos de estrategias que pueden ser adoptadas por las profesiones. El “modelo de competición-substitución” de Sutherland (1996) (en Golttied, 1997), expone que los profesionales de enfermería que trabajan bajo este modelo ejercen un rol paramédico y ejecutan tareas a bajo coste que rivalizan con el orden médico establecido. En cambio, el “modelo de difusión” de Saint-Amour y otros (1996)(en Zapico, 2005, p.13) es proclive a la desaparición de la enfermería preconizando la existencia de una cierta confusión entre los roles y funciones de manera que cualquier profesional puede llevar a cabo las funciones del otro, favoreciendo de ésta manera la pérdida de identidad profesional (Sáinz, López-Sáenz & Lisbona, 2004). Por último, el “modelo de co-competition” de Branderburger y Nalebuff (1996) (en Golttied, 1997) define las relaciones profesionales como complementarias y concurrentes. Según este modelo, todas las profesiones son iguales y cada una aporta una contribución específica y única. No obstante, cada profesión recorta sus funciones, competencias y roles de otras profesiones, lo que genera tensiones y un clima de competencia (Zapico, 2005, p. 13).

Las expectativas de éxito y la valoración social de las tareas explican los motivos por los que las personas llevan a cabo un determinado tipo de elección profesional. Éstas no están libres del influjo tanto de los roles de género como de las presiones sociales y culturales prevalecientes en toda sociedad (Sáinz et al., 2004). La construcción científica y social del cuerpo femenino ha impuesto y justificado las relaciones de género y división sexuada del trabajo. La sociedad ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un cuerpo con un determinado sexo, vinculándolo a desigualdades de poder (Celma & Acuña, 2009). No obstante, para Mazzei (2013) la división socio-sexual del trabajo debe ser comprendida como una conceptualización donde las situaciones de los hombres y de las mujeres no son producto de un destino biológico, sino que son sobretodo construcción social.

A lo largo de la historia, las diferentes profesiones y dentro de ellas, las actividades sanitarias, han ido construyendo identidades profesionales sexuadas –masculinas o femeninas– que han ido variando según los momentos históricos. La consecución de esta identidad se ha basado en la selección de los miembros del grupo profesional en función de su sexo y en la incorporación del género a las prácticas sanitarias (Ortiz, Birriel & Ortega, 2016). Concretamente, en el caso de las profesiones sanitarias, desde la creación de las universidades en el siglo XIII, hasta finales del siglo XIX, los miembros de la profesión médica fueron exclusivamente hombres como consecuencia de la aplicación de políticas activas de exclusión de las mujeres de la práctica médica y de segregación de otros espacios laborales no considerados adecuados para ellas (Cabre-Pairet & Ortiz, 2001). El progresivo aumento de las mujeres en la profesión médica durante el siglo XX se ha acompañado de procesos de segregación interna y de la creación de espacios profesionales cargados de valores de género. El resultado de esto ha sido la práctica que, igual que sucede en otros campos de la ciencia, sigue concentrando en los países occidentales a las mujeres en algunas especialidades médicas generalistas, no facilitando su acceso a los puestos de toma de decisiones (Ortiz et al., 2016).

Por ello, la utilización que se ha dado de la imagen femenina de las enfermeras, ayuda a comprender por qué, como profesión sigue arrastrando (Celma & Acuña, 2009), a pesar de los avances disciplinarios que ha habido especialmente en el entorno anglo-americano (Alligood & Marriner-Tomey, 2010), una carga simbólica que interfiere en su desarrollo profesional. En relación a esto, dos son los aspectos fundamentales que influyen en este hecho: la alta feminización del colectivo y la naturaleza tradicionalmente femenina del rol del cuidado que caracteriza a la enfermería como profesión (Celma & Acuña, 2009). La enfermería como profesión, vinculada a los cuidados tradicionales del individuo y la familia, es posible que continúe arrastrando condicionantes culturales de su rol de cuidadora, ligados a la condición de la mujer en el mundo (Celma & Acuña, 2009). Según Collière (1993, p. 233), los cuidados durante miles de años no fueron propios de un oficio ni de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie.

La enfermería como profesión y como ciencia emerge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad asigna a las mujeres son tan importantes como los de los varones (Celma & Acuña, 2009). A este respecto, en 1899 los fundadores del CIE tenían la convicción de que la unión de las enfermeras líderes en el mundo contribuiría al avance de los derechos humanos y, especialmente de las mujeres, como el sufragio femenino y la reforma social en general (Zittel, Ceo & Benton, 2012).

No obstante, la feminización de la enfermería continúa influyendo en la distribución de los puestos de trabajo e interfiere tanto en el desarrollo profesional como en la productividad laboral. De esa manera, los enfermeros varones continúan buscando empleos de trabajo con lo que la sociedad categoriza como *masculino, independiente y profesional* (Celma & Acuña, 2009). Trabajos de diversos autores en el contexto español continúan evidenciando que la mayor parte de los puestos de trabajo relacionados con el cuidado continúan estando ocupados por mujeres. Sin embargo, aquellos que

suponen el manejo de aparatos o la realización de técnicas paramédicas, socialmente mejor consideradas, son desempeñadas prioritariamente por varones (Alberdi, 1995; Alberdi, 1997; Tomás, 1999; Zapico & Adrián, 2003).

2.2. Características definitorias de una profesión

Desde el punto de vista etimológico, la palabra profesión proviene del latín *professio-nis* que significa acción y efecto de profesar (Fernandez, 2001). En términos generales, se la ha definido como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales (Fernandez, 2001). Para Rodríguez (2008, p. 17), entre las características mínimas de las profesiones están el tener un conocimiento exotérico y complejo que resulte incomprensible para el no profesional; tener una orientación hacia el bienestar de la sociedad tratando de ser una contribución social a la mejora y al progreso; tener un control interno en forma de ejercicio profesional; tratarse de un colectivo donde tienen mucha importancia los méritos obtenidos y, por último, poseer altos niveles de autonomía a la hora de ejercerla.

El concepto profesión es algo que no está claramente establecido debido principalmente a la dificultad para establecer los rasgos diferenciales entre lo que se considera una *profesión* y lo que se considera un *oficio* (Hernandez, Gallego, Alcaraz & González, 1997). En general, el adjetivo *profesional* es utilizado como lo opuesto a *aficionado* o que lleva a cabo un “trabajo no especializado” (Hernandez et al., 1997). De acuerdo con Hirsch (2003a), a medida que a lo largo de la historia la ciencia se fue diversificando en áreas o sub-disciplinas las profesiones se fueron diferenciando en pautas de especialización. Los oficios han tenido la característica tradicional de ser ocupaciones manuales, en tanto que las profesiones han sido ocupaciones más intelectuales -aunque no de forma exclusiva-, y parece seguirse esa tendencia en la actualidad (Hernandez et al., 1997).

Pese a que Hughes (en Elliot, 1975, p. 15) sugiere que la profesión “es una etiqueta simbólica de un status deseado”, lo cierto es que los sociólogos suelen definirla utilizando como referencia el requerimiento que la sociedad hace de un grupo ocupacional que cubra una necesidad concreta; es decir, lo que la sociedad determina qué debe ser un profesional, no tanto lo que el profesional quiere ser. Para Gracia (1992) (en Hernández et al., 1997), la profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos. Por ello, el profesional tiene que ser una persona que tenga conciencia de su rol y éste, ha de ser un rol histórico-social creado por los hombres y por las propias sociedades (Hernández et al., 1997).

Weber (1983), propone una clasificación de las ocupaciones en “negativamente privilegiadas” y “positivamente privilegiadas”. La razón por la que la sociedad considere a los oficios como “negativamente privilegiados” la encontramos en la historia al observar como en la Grecia Clásica se hablaba de dos tipos de artes, de un lado las *artes serviles* ejercidas por los siervos y esclavos, y de otro las *artes liberales* ejercidas por los hombres libres. Las profesiones clásicas del mundo greco-romano y, más tarde consolidadas en la Edad Media, fueron: el *sacerdocio*, el *derecho* y la *medicina*. De estas tres profesiones consideradas clásicas, aunque todas con un marcado carácter intelectual, sólo la medicina ha sido capaz de asumir la ciencia moderna, convirtiéndose de este modo en paradigma de profesión (Hernández et al., 1997).

En la década de los 30, Carr, Saunders y Willson (en Fernández, 2001) describían que una ocupación alcanzaba el estatus de profesión cuando un tipo de actividad no se podía ejercer más que mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a unas reglas y normas de conducta entre los miembros y los no miembros y, la adhesión de una ética de servicio social. A este respecto, en el caso español la *Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias de 1904* (Boletín Oficial del Estado, 1904a) estableció por primera vez la obligatoriedad de obtener un título para poder ejercer una profesión sanitaria (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 76). Y en el año 1915 se autoriza a ejercer la profesión enfermera a todas aquellas personas que acreditaran tener

los conocimientos necesarios con arreglo al programa publicado en la *Gaceta de Madrid* el día 21 de mayo (Herrera et al., 1996, p. 266).

Estudios realizados en los años 60, definían una profesión cuando existía un cuerpo específico de conocimientos para actuar en una realidad social organizada (Fernandez, 2001). A partir de este momento, se la consideró una forma especial de formación ocupacional basada en un cuerpo de conocimiento sistemático, adquirido a través de una formación académica, estableciéndose, al mismo tiempo, la necesidad de para ser considerada como tal, el poseer las siguientes características: ser una ocupación a tiempo integral como consecuencia de la necesidad social del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo; que se hayan creado escuelas específicas para la formación de los nuevos profesionales; la constitución de una asociación profesional en donde se definen los perfiles profesionales; la reglamentación de la profesión evitando el intrusismo y; por último la adopción de un código de ética con la intención de preservar así a los genuinos profesionales (Fernandez, 2001; Machado, 1991).

En 1970 Schein (en Gómez & Tenti, 1989), estableció que las profesiones constituyen conjuntos de ocupaciones que han desarrollado un sistema de normas derivadas de su papel especial en la sociedad. Se presupone que, quien detenta una profesión tiene una fuente de motivación y la ejerce de forma continua, posee un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un largo periodo de formación. Un profesional además, toma decisiones a favor de un cliente conforme a principios generales, ofrece un servicio profesional basado en sus necesidades con un alto espíritu de servicio.

En la misma época, Wilensky (en Machado, 1991) definió la existencia de dos características básicas para distinguir una profesión de una ocupación. La primera es el carácter técnico de la tarea del profesional, ya que la misma se basa en un cuerpo de conocimiento sistemático, adquirido a través de una formación académica. Se presupone que este conocimiento ha sido transmitido por miembros del mismo colectivo. La segunda característica, tiene relación con las normas y reglas profesionales, en que se orienta, para ejecutar su

tarea. Para Moore (1970) (en Machado, 1991) una profesión se caracteriza además, por la presencia de profesionales que se destacan por la vocación, o sea, aceptan las normas y modelos apropiados y se identifican con sus colegas; por poseer una organización que se centra en la identificación de intereses organizacionales distintivos; poseer un cuerpo de conocimientos formal, que es impartido a través de una iniciativa teórica por las universidades en las sociedades modernas; poseer orientación para el servicio a la sociedad; poseer autonomía, en función de una gran especialización; y por último tener una fuerte presencia de corporativismo.

En 1972 Johnson (en Fernández, 2001) señaló que un requisito para el reconocimiento de profesión es que las personas que la integren sean un grupo relativamente homogéneo. En 1979 Parkin (en Fernández, 2001) sugiere que se siguen estrategias de exclusión para limitar el acceso a las profesiones utilizando requisitos educativos que no tienen por qué estar justificados con la complejidad propia de la profesión. De esta manera, las profesiones pueden establecer estas estrategias porque el *Estado* da el derecho a practicar ciertas ocupaciones a miembros acreditados.

De acuerdo con Klegon (1978) (en Machado, 1991), la discordancia entre los criterios que diferencian las profesiones de las no profesiones es simbólica, pues el punto más crítico es la inhabilidad de aplicar la lista de criterios -abstractos y teóricos- a situaciones concretas, o sea, la existencia de una abstracción, de un conocimiento teórico (Machado, 1991). A este respecto Elliot (1975) afirmó que “las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios particulares y quizás de persuadirla en su derecho a hacerse responsable de ellos”. El mismo autor añade que, cuando el ejercicio profesional se basa en la realización de técnicas, por complejas que éstas sean, el persuadir a la sociedad de la necesidad de sus servicios se hace más difícil, pues la referencia a un cuerpo teórico se hace también cuando se trata de justificar decisiones referentes a los fines. En el caso de la aplicación de las técnicas, los fines ya están decididos,

y esto implica la subordinación del técnico a las órdenes del verdadero profesional (Hernandez et al., 1997).

En el contexto español en 1953, cuando la titulación de enfermera es substituida por la de ATS, la formación tiene una clara orientación al servicio a la medicina poniendo especial énfasis en la ejecución de tareas técnicas (Hernández, 1995, p. 151). Sin embargo, en 1977, la integración de los estudios de ATS en la universidad bajo el título de DUE, implicó un importante cambio de enfoque de la profesión con una orientación a un mayor desarrollo científico mediante la labor investigadora de las enfermeras (Santo-Tomás, 2000, p. 103). No obstante, de acuerdo con Da Silva, Coelho, De Lima y Silva de Souza (2002), los profesionales de enfermería han utilizado como estrategia para sentirse valorados relacionar el cuidado con el llevar a cabo “técnicas de enfermería” considerando de esta manera la tecnología como poder. Esto ha tenido como consecuencia un distanciamiento de los valores morales y políticos insertos en su trabajo cotidiano necesarios para llevar a cabo un análisis crítico de su realidad imprescindible para el desarrollo de un corpus teórico de conocimiento (Da Silva et al., 2002).

Cuanto mayor es el bagaje conceptual de una profesión, más capacidad tiene para desarrollar su práctica por sí misma y arbitrar mecanismos para renovar su cuerpo de conocimientos generando procesos innovadores que optimicen su práctica profesional (Siles, 1997). Todas las disciplinas han demostrado interés para desarrollarse epistemológicamente, no sólo aquellas tradicionalmente preocupadas por la naturaleza del conocimiento, sino incluso aquellas que se han concienciado recientemente de la importancia que para su desarrollo comporta el tema epistemológico (Siles, 1997). En este sentido, Phaneuf (1993) considera que una profesión debe de estar en condiciones de definir el objeto de su profesión, la finalidad de su actividad, su rol, las dificultades a las que se enfrentan sus clientes y las consecuencias de sus intervenciones.

A principios del siglo XX la enfermería no era considerada ni disciplina académica, ni profesión. Los logros del siglo XX han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 8). Por

disciplina se entiende un dominio de conocimiento específico mientras que la *profesión*, en este sentido, hace referencia a un campo especializado de la práctica que está creada sobre la estructura teórica de la ciencia y las habilidades prácticas que la acompañan (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 8). Para dar respuesta a estas cuestiones, los investigadores en el ámbito de la enfermería, han identificado cuatro conceptos que están presentes en todos los modelos conceptuales que utilizan las enfermeras como referencia para articular su actividad profesional: *persona*, *entorno*, *salud* y *cuidados de enfermería* (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; Garzón, 2005). Esta línea de análisis conceptual tiene sus orígenes en el siglo XIX cuando Florence Nightingale indica que la enfermería “ [...] no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas [...]”, realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado, “[...] debe significar el uso adecuado del aire fresco [...] y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente”, tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que lleva a definir la enfermería como: “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe” (Nightingale, 2008). Por todo ello Nightingale consideró que “la enfermería es una vocación que requiere sujetos *aptos* e *inteligentes* a los cuales ha que remunerarse por la calidad de su servicio” (Hernandez et al., 1997).

Para Medina y Sandín (1994, 1995) y Siles y García (1995), la epistemología, como tratado del conocimiento de una disciplina científica, no ha alcanzado un notable desarrollo en el caso de la enfermería del contexto sociocultural español. No obstante, según Siles (1997), los primeros trabajos sobre el tema ya denotan una toma de consciencia particularmente relevante en cuanto a la necesidad de fundamentación epistemológica del objeto de la enfermería: el *cuidado*. La dificultad de las enfermeras para definir su profesión y, más concretamente, la relación que ésta tiene con la ciencia -es decir, con el cuerpo unificado de conocimientos relativos al campo específico de la enfermería-, el déficit del vínculo entre la realidad y la abstracción que de ella se hace mediante construcciones conceptuales, constituye un importante problema de disociación entre estructuras categorizadas y sus correspondientes realidades (Siles, 1997).

2.3. Autonomía profesional como indicador de profesionalización

La *autonomía profesional* ha sido identificada como un importante indicador de la profesionalización de la disciplina enfermera (Tapp, Stansfield & Stewart, 2005) estableciéndose como un requisito para conseguir el estatus profesional (Holland, 1999; Ballou, 1998). La literatura enfermera evidencia que la autonomía profesional está relacionada con la calidad de vida de los enfermeros, la satisfacción laboral, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de calidad del cuidado con la satisfacción en el mismo (Finn, 2001; Tonges, Rothstein & Carter, 1998). Tal y como sugiere Cobo (2001, p. 215), en el concepto moderno de profesión también debe incluirse la ética y en ésta están implícitos los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

En cuanto al *principio de autonomía* existen dos acepciones diferentes a tener en cuenta. La primera se centra en el profesional, que requiere independencia y libertad para poder realizar adecuada y éticamente su trabajo y la otra se centra en el beneficiario, que posee derechos que deben ser respetados (Hirsch, 2003a).

En relación a esto, la *autonomía profesional* se ha definido como la “capacidad que tiene un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios y leyes, al que el profesional se atiene” (Mulero, 2011). De acuerdo con Etxeberria (2002), la autonomía profesional se basa en el valor de la libertad entendido como la capacidad personal de tomar decisiones en el ejercicio de la profesión. Por este principio, se condena la presión extra profesional, tanto de individuos como de instituciones públicas y privadas, en la toma de decisiones relevantes, que puede orillar a que se dejen de lado los comportamientos éticos. En este sentido, para Freidson (2003) lo más importante de la ideología profesional es que está vinculada a valores trascendentes que le dan sentido y justifican su independencia. Los profesionales reclaman el derecho de evaluar las peticiones de empleadores o patrones y las leyes del Estado. Su revisión está basada en razones profesionales, que llevan a la convicción de que se está

tergiversando el valor o propósito fundamental de una profesión. Los profesionales tienen que ser capaces de equilibrar el bien público con las necesidades más inmediatas de clientes y empleadores (Hirsch, 2003b).

A través de la revisión de la literatura se ha podido evidenciar que el concepto *autonomía*, pese a que es un término utilizado popularmente, presenta diferentes significados (Keenan, 1999) y definiciones poco consistentes (Ballou, 1998). En enfermería habitualmente es confundido con los conceptos de *profesionalización, poder, imagen, control, autoridad e independencia* (Ballou, 1998). Se puede concluir que, el significado atribuido al concepto *autonomía* en la literatura enfermera, presenta un gran ambigüedad y esto tiene como consecuencia que habitualmente se valore a partir de variables e inconsistentes constructos teóricos (Ballou, 1998).

De forma más genérica, el término *autonomía* hace referencia a un concepto complejo y multidimensional que deriva de las palabras griegas “autos” y “nomos” que significa “ser” y “ley” (Ballou, 1998; Holland, 1999). En este sentido, la *autonomía* se define de forma general como el derecho al *autogobierno, a la libertad personal y a la libre voluntad* (Ballou, 1998; Holland, 1999). Son considerados sinónimos del concepto *autonomía independencia, libertad, autodeterminación, autogobierno y soberanía* (Holland, 1999). En la revisión de la literatura se han identificado los siguientes atributos necesarios para llevar una práctica profesional autónoma: la *capacidad de autogobierno; la capacidad de competencia, la capacidad de toma de decisiones y, la capacidad de reflexión crítica* (Ballou, 1998; Keenan, 1999).

El *autogobierno*, considerado núcleo de la autonomía, está basado en un sistema de principios y leyes. Es definido como el derecho y la responsabilidad para establecer condiciones, tomar decisiones manteniendo el control sobre la propia práctica y las condiciones de trabajo (Ballou, 1998).

La *competencia profesional* exige que la persona tenga los conocimientos, habilidades, actitudes (Hirsch, 2003a) y experiencia (Keenan, 1999) para prestar su servicio. Se refiere a la habilidad o capacidad para resolver los problemas específicos de la práctica cotidiana. En ella radica la

autoridad profesional y su valor social (Hirsch, 2003a). En relación a esto, en un estudio llevado a cabo por Schöen (1992) se pudo evidenciar una alta correlación entre la autonomía del profesional de la enfermería, su nivel educativo y su compromiso con la carrera profesional. No obstante, sólo se puede realizar la función profesional sobre la base de su propio conocimiento y juicio cuando es reconocido por otros el derecho para hacerlo (Ballou, 1998).

La *capacidad de toma de decisiones* es otro de los temas centrales dentro del concepto autonomía. Dos son los elementos críticos que surgen de la idea de que la toma de decisiones es un atributo de la *autonomía*. Una de ellas es que los agentes tienen la libertad de elegir la mejor manera de lograr, terminar o satisfacer una preferencia (Ballou, 1998). La otra es la libertad para poder decidir entre sus diferentes opciones. En 1985 Leddy y Pepper (en Ballou, 1998) establecieron que la persona autónoma es capaz de tomar decisiones racionales sin restricciones y actuar en base a sus propias decisiones. Young (1985) refuerza la noción de *toma de decisiones individual* como la capacidad de decidir lo que se va a hacer en lugar de dejar que sean otros los que lo hagan.

Estrechamente conectado a la toma de decisiones autónoma está el atributo de la *reflexión crítica*. La *toma de decisiones autónoma* es descrita por Hawort en 1986 (en Ballou, 1998) como la capacidad de ser sensibles al propio pensamiento siendo guías de él, actuando en la razón a partir de la reflexión sobre los propios impulsos y las influencias externas. En este sentido, el término *autonomía* conllevaría la idea de autoría de un mundo propio, no sujeto a la voluntad de otros (Ballou, 1998).

Por otro lado, el ejercicio de la práctica autónoma también implica *responsabilidad personal* y *responsabilidad profesional*. De esta manera, el *profesional responsable* es aquel que ejerce una legítima libertad de decidir una acción o intervención sobre otra asumiendo la responsabilidad de la toma de decisiones correcta en cada circunstancia clínica (Holden, 1991; Holland, 1999). El ejercicio de la responsabilidad verdadera implica el ejercicio de la *autodisciplina* –habilidad de actuar conscientemente– y del *autocontrol*, ambas condiciones necesarias para tener *libertad de decisión* (Holden, 1991). No

obstante, un profesional no puede tratar de hacer lo correcto sin tener además la valentía de actuar en base a las propias convicciones de acuerdo con la propia conciencia (Holden, 1991). Para Etxeberria (2002) “la profesión debe ser vivida como responsabilidad: ante sí mismo, por la obra bien hecha – profesionalidad-, por las consecuencias de la obra bien hecha -servicio a los intereses comunes- y en el marco institucional”.

En cuanto a la *responsabilidad* que cómo *persona* tiene el profesional está se relaciona con el apoyo de las conductas éticas coherentes con la práctica, mientras que la *responsabilidad profesional*, implica ejercer poderes discrecionales siempre en beneficio del paciente (Holden, 1991). Esto implica la aceptación por parte del profesional de que el reconocimiento de necesidades en un paciente puede no ser compatible con las necesidades identificadas por el mismo (Holden, 1991). A este respecto, se pueden considerar conductas responsables el abstenerse del enfrentamiento con el paciente no cumplidor; apoyar el derecho del paciente a rechazar el tratamiento sólo después de una valoración psicológica; conocer las implicaciones psicológicas del consentimiento informado tanto des del punto de vista del médico como del propio destinatario; mantener límites profesionales y personales adecuados; y fomentar relaciones colegiadas con la comunidad médica fundamentadas en principios igualitarios (Holden, 1991). Por lo tanto, la *autonomía profesional de la enfermera* es definida como la disposición de ésta a actuar como un profesional responsable siendo su área primordial de responsabilidad la defensa del paciente (Holland, 1999).

A modo de conclusión

A partir del análisis de la revisión de la literatura (**Anexo 1**) se han podido identificar qué dimensiones integran el modelo conceptual de profesión (ver **Figura 2**). Se puede concluir que para que una profesión sea considerada como tal tiene que 1) disponer de un monopolio de conocimiento abstracto, 2) dar respuesta a una necesidad/problema percibida como importante por la

sociedad, 3) ser considerada valiosa por el poder establecido,4) ser competitiva en el mercado laboral, y 5) tener autonomía profesional.

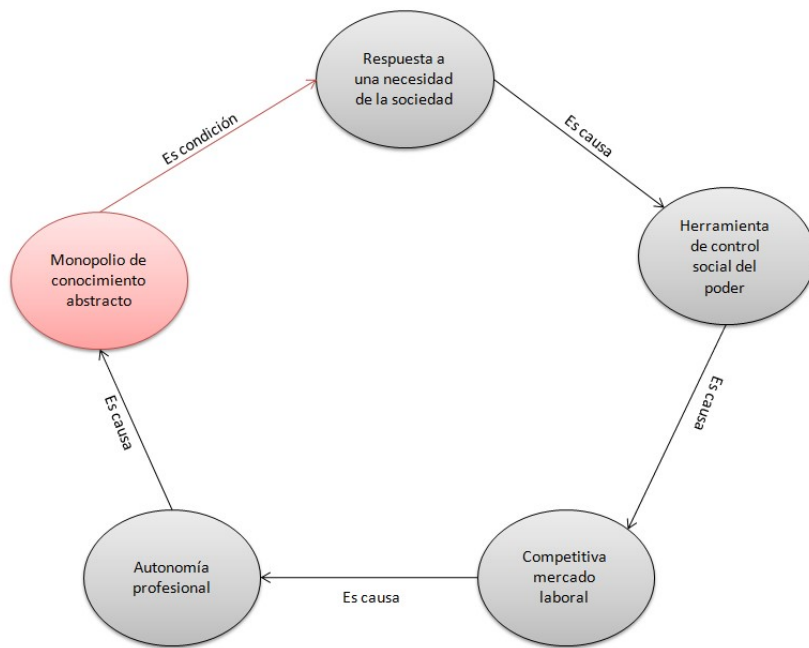


Figura 2. Contexto conceptual del concepto "profesión"

En relación a esto, a finales de los años ochenta Etzioni (1988) (en Guillem, 1992) utiliza el término *semiprofesión* para referirse a profesiones eminentemente femeninas como la enfermería. La *semiprofesión* es definida como una ocupación que no ha completado todos los pasos del proceso de profesionalización. Esto se manifiesta porque su base de conocimientos es restringida, su autonomía profesional es menor, están sujetos a supervisión de otros miembros de la semiprofesión o de una profesión superior, y sus destrezas técnicas y rasgos de personalidad son compatibles con las estructuras administrativas de las organizaciones complejas. En consecuencia, el estatus social y los privilegios son menores que en las profesiones (Guillén, 1992).

La cuestión es saber cómo la integración de la enfermería española en la universidad, con el reconocimiento de un corpus teórico de conocimiento, ha influido en su proceso de profesionalización.

Parte 2ª: Abordaje metodológico

Capítulo 3. Preguntas de investigación

El objetivo de este tercer Capítulo es, a partir del planteamiento de la pregunta general de investigación y utilizando como referencia las dimensiones del contexto conceptual establecido a partir del concepto “profesión” (ver **Figura 2**), formular una serie de preguntas específicas que operen a modo de “inferencias hipotéticas”. Éstas tienen como objetivo facilitar la emergencia de los datos empíricos utilizando como referencia los conocimientos teóricos existentes (Kelle, 2005).

Según Hanson (1965), cuando un investigador pretende hacer emerger un fenómeno de la realidad, es imposible que éste lleve a cabo una observación empírica libre de toda influencia teórica. Según este autor “ver es un hecho cargado de teoría” en el sentido de que “la observación x está modelada por el conocimiento previo x”. En relación a esto, cuando Glaser y Strauss (1967) propusieron su “método general de análisis comparativo” como alternativa al enfoque hipotético-deductivo para hacer emerger las categorías a partir de los datos, ya eran conscientes de que el investigador no se acercaba a la realidad como una tabla rasa. Por el contrario, ellos consideraban la necesidad de tener una perspectiva teóricamente fundamentada, que les facilitaría la identificación de los datos relevantes que emergen de la realidad investigada (Glaser & Strauss, 1967, p. 3). Estos autores acuñaron en 1967 el término *sensibilidad teórica* para describir la capacidad del investigador de identificar datos relevantes con la ayuda de términos teóricos. De acuerdo con Blumer (1954) se trata de “conceptos de sensibilización” que pueden ser utilizados como herramientas heurísticas para la construcción de teorías empíricamente fundamentadas.

3.1. Pregunta general de investigación

Para Collière (1993), los cuidados de enfermería están influidos por las creencias y valores heredados dentro del grupo profesional y por los otros grupos que participan en los cuidados. Borra y Tou (1995) (en Zapico, 2005, p. 32) sugieren que la *Enfermería* es una disciplina que va construyendo su cuerpo de conocimientos sobre la base de la realidad que le rodea con una tradición socio-histórica particular y, tal y como se ha podido ver, diferente a la propia de la tradición anglo-americana de enfermería (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; Bullough & Bullough, 1981), –considerada referente mundial de la enfermería en el mundo-(Holt et al., 2000).

Por ello, esta investigación parte de la pregunta central:

¿En qué medida la integración de la enfermería española en la universidad con un rol teórico de “cuidado centrado en la persona” modelado de la nurse anglo-americana ha influido en su perfil profesional actual?

3.2. Preguntas específicas de investigación

Según el contexto conceptual, establecido en la **Figura 2**, el comienzo del proceso de profesionalización de cualquier profesión se inicia cuando un grupo de personas se hacen con un “monopolio de conocimiento abstracto” (*Dimensión 1*) que “da respuesta a un problema o necesidad percibido como relevante para la sociedad” (*Dimensión 2*). Esto es identificado por el poder establecido como una “herramienta de control social” (*Dimensión 3*). El propio poder –identificado como el *Estado* o el *Mercado*- fideliza a los profesionales mejorando su “competitividad en el mercado laboral” introduciendo reglamentaciones para evitar el intrusismo (*Dimensión 4*). Por último, a mayor competitividad laboral de los profesionales, mayores serán sus cuotas de “autonomía profesional” (*Dimensión 5*).

Pregunta específica 1: *Dimensión 1 y Dimensión 2*

¿En qué medida la enfermería española al integrarse en la universidad pasa de tener un perfil tradicional de “asistente del médico” a uno nuevo de “cuidado centrado en la persona” para dar respuesta a la necesidad de la sociedad española?

A partir de esta primera pregunta específica se pretende indagar si este cambio de enfoque profesional se produce como respuesta a un cambio en las necesidades de la sociedad española de la época que demanda un modelo de cuidado en los hospitales “centrado en la persona”.

Pregunta específica 2: Dimensión 1 y Dimensión 2

¿En qué medida el nuevo corpus teórico de conocimiento para llevar a cabo “cuidados centrados en la persona” introdujo cambios en la práctica asistencial de las Diplomadas Universitarias en Enfermería?

A partir de esta segunda pregunta específica se pretende indagar si ese corpus teórico de conocimiento, relativo a cómo llevar a cabo “cuidados centrados en la persona”, conllevó cambios en la práctica profesional de los nuevos Diplomados Universitarios en Enfermería en un contexto donde la práctica tradicionalmente había estado centrada en “asistir al médico en la curación de la enfermedad”.

Pregunta específica 3: Dimensión3, Dimensión4 y Dimensión 5

¿Las características del rol profesional re-construido, a partir de la integración del nuevo rol de “cuidado centrado en la persona” al tradicional de “asistente del médico”, han contribuido a la mejora de la autonomía profesional del colectivo?

A partir de aquí, se pretende indagar por un lado cómo ha integrado la enfermera española el nuevo rol de “cuidado centrado en la persona” al tradicional de “asistencia técnica a la medicina”, y qué influencia ha tenido esto sobre su autonomía profesional en la práctica asistencial.

Capítulo 4. Metodología

El objetivo de este Capítulo es describir la metodología que se ha utilizado para dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, a partir de la obtención y procesamiento de datos empíricos y utilizando como referencia las hipótesis iniciales **Tabla 1** planteadas a partir del contexto conceptual de “profesión” en la **Figura 2**.

Tabla 1.

Hipótesis iniciales para la exploración de las características de la profesión enfermera en el contexto español.

Dimensiones identificadas en la literatura	Preguntas específicas	Hipótesis iniciales
Dimensión 1 <i>“Tiene monopolio de conocimiento abstracto”</i>	1. <i>¿La enfermería española al integrarse en la universidad pasa de tener un perfil tradicional de “asistente del médico” a uno nuevo de “cuidado centrado en la persona” para dar respuesta a la necesidad de la sociedad española?</i>	1. <i>La enfermería española se integra en la universidad por que la sociedad española necesita un nuevo modelo de enfermería enfocado en el “cuidado centrado en la persona” y no tanto en el perfil de “asistente del médico”.</i>
Dimensión 2 <i>“Da respuesta a una necesidad percibida por la sociedad”</i>	2. <i>¿El nuevo corpus teórico de conocimiento para llevar a cabo “cuidados centrados en la persona” introdujo cambios en la práctica asistencial de las diplomadas universitarias en enfermería?</i>	2. <i>La aplicación del corpus teórico de conocimiento para llevar a cabo “cuidados centrados en la persona” ha conllevado cambios en la práctica asistencial de las Diplomadas universitarias en Enfermería.</i>
Dimensión 3 <i>“Herramienta de control social utilizada por el poder”</i>	3. <i>¿El rol profesional re-construido a partir de la integración del nuevo rol de “cuidado centrado en la persona” al tradicional de “asistente del médico” ha contribuido a la mejora de la autonomía profesional del colectivo?</i>	3. <i>El cambio de rol profesional que implica para la enfermería su integración en la universidad ha mejorado la autonomía profesional del colectivo en el ámbito asistencial.</i>
Dimensión 4 <i>“Es competitivo en el mercado laboral”</i>		
Dimensión 5 <i>“Tiene autonomía profesional”</i>		

Para ello inicialmente se ha concretado el diseño cualitativo. La estrategia metodológica más adecuada para enfocar el fenómeno es la *inducción analítica*. A continuación se ha especificado el tipo de muestreo que se ha llevado a cabo –muestreo teórico-, y los límites del mismo atendiendo a criterios de *calidad* –máxima variabilidad–, y de *cantidad* –saturación teórica–, buscando el máximo ajuste entre los datos empíricos y la realidad a partir de la selección intencional de casos negativos.

Una vez establecidos los límites del muestreo se han concretado las características y procedimientos llevados a cabo durante el proceso de recogida de datos –entrevistas en profundidad- para, a continuación, concretar qué estrategia analítica –estrategia analítica de la Teoría Fundamentada- se han utilizado para hacer emerger a partir de los datos los conceptos para dar respuesta a las preguntas de investigación.

Para optimizar la *veracidad* de los resultados se han especificado los procedimientos llevados a cabo para asegurar el rigor de los resultados a través del control de la *credibilidad*, transferibilidad, *dependencia* y *auditabilidad*. Finalmente, se han concretado las medidas que se han llevado a cabo para asegurar que el proceso de investigación no vulnera los derechos de las personas que han participado en el estudio atendiendo a lo establecido en la *Declaración de Helsinki* (2013) (Asociación Médica Mundial, 2013).

Para optimizar la *calidad* de la investigación se ha utilizado la herramienta *COREQ*. Se trata de una serie de criterios consolidados que optimizan la elaboración de informes completos y transparentes entre investigadores y, que, de forma indirecta, contribuyen a mejorar el rigor, la comprensión y la credibilidad de los estudios cualitativos. La herramienta consiste en una lista de verificación de 32 ítems que ha sido seguida para la conducción de este proceso de investigación (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

4.1. Diseño y estrategia metodológica

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, 2006). De acuerdo con Vasilachis (2006, p. 26) supone el intento por descubrir la perspectiva de los participantes, en este caso las enfermeras que han ejercido como DUE, sobre sus propios mundos. Se trata de indagaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y los fenómenos culturales (Strauss & Corbin, 2002, p. 12), como es el caso de la profesionalización de la enfermería en el contexto español.

Dentro del diseño cualitativo se ha utilizado como estrategia metodológica la *Inducción Analítica* (IA). Se trata de un método de indagación cualitativo que permite llegar a un ajuste perfecto entre los datos, en este caso, procedentes de la palabra de enfermeras españolas, y las explicaciones de los fenómenos sociales (Borobia, 2004) como es el estado de la profesionalización de la enfermería en el contexto español.

En la IA la teoría es generada por la reformulación de hipótesis, denominadas *hipótesis iniciales*, y redefinición del fenómeno en forma de *hipótesis de revisión* (Smelter & Baltes, 2001) forzado por la constante confrontación de la teoría con la selección de casos negativos (Glaser & Strauss, 1967; Kelle, 2005). De esta manera se busca la progresiva definición del fenómeno explicado y sus características, de manera que mantengan una relación perfecta (Smelter & Baltes, 2001). Se trata de un procedimiento que se centra especialmente en la validación de hipótesis, para lo que busca no corroborar las mismas, sino refutarlas a través de la selección intencional de casos negativos. La aparición de uno de esos casos contradictorios supondrá la reformulación de la hipótesis inicial en subsiguientes hipótesis de revisión y la nueva validación a través de la búsqueda de nuevos casos negativos (Smelter & Baltes, 2001).

En el caso concreto de esta investigación, las preguntas de investigación específicas han sido consideradas inferencias hipotéticas que ejercerán a modo de hipótesis iniciales tal y como plantea la IA (ver **Tabla 1**). A partir del análisis de los datos, donde se ha puesto una especial atención en la selección de casos negativos, estas inferencias hipotéticas/hipótesis iniciales se han ajustado al máximo a la realidad experimentada por las enfermeras españolas –en forma de datos empíricos-, que han constituido la muestra. En el momento en que no han emergido nuevos elementos que obliguen a la revisión de las inferencias hipotéticas, se ha considerado que las hipótesis planteadas tienen un cierto grado de certeza y, por lo tanto, son susceptibles de ser consideradas una teoría sustantiva que aplica al ámbito de la enfermería en el caso español.

4.2. Muestreo/ Participantes

Técnica de muestreo /selección de participantes

En el caso de los diseños cualitativos el muestreo utilizado denominado *intencional* exige que el investigador se coloque en la situación que mejor permita recoger la información relevante para el concepto o teoría estudiada. Se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen tanto la cantidad (saturación), como la calidad (riqueza) de la información (Ruiz, 2012, p. 65). Existen diferentes tipos de muestreo intencional, entre los que se destaca el *muestreo por conveniencia*, donde el investigador selecciona los informantes siguiendo un criterio estratégico personal; por otro lado está el *muestreo teórico*, que es el indicado para generar teorías (Ruiz, 2012, p. 64). Como esta investigación tiene como objetivo generar una teoría sustantiva, relativa al estado de la profesionalización de la enfermería en el contexto español, se ha utilizado el muestreo teórico para la selección de participantes.

Para Strauss y Corbin (2002, p. 219) el *muestreo teórico* se define como la recogida de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo. Su propósito es acudir a lugares, personas o sucesos que

maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos haciendo de esta manera, más densas las categorías en términos de definir sus propiedades y dimensiones. Este tipo de muestreo no obedece a reglas fijas ni especifica el número de unidades a seleccionar (Ruiz, 2012, p. 66). Por el contrario, se trata de un muestreo acumulativo donde cada acontecimiento que entra en el muestreo se suma al análisis y a la recogida de datos (Strauss & Corbin, 2002, p. 221). En este caso, la comparación de los datos llevada a cabo durante el proceso de análisis, es la que ha orientado el reclutamiento de los nuevos participantes. En relación a este punto, Taylor y Bogman (2009, p. 36) concretan que en el *muestreo teórico* la selección de nuevos casos a estudiar por parte del equipo de investigación se tiene que hacer siguiendo el criterio de su potencial para contribuir a refinar o expandir conceptos y teorías ya desarrollados.

Límites del muestreo

Existen dos criterios para establecer cuantos participantes son necesarios reclutar en una investigación. Uno es el *criterio de suficiencia* y el otro el *criterio de saturación*. El primer criterio hace referencia a si en la muestra hay la suficiente variedad de participantes y contextos para que la población pueda conectar con sus experiencias (Seidman, 2013). El otro criterio es la saturación de la información (Seidman, 2013) que, según Ruiz (2009), se alcanza cuando el investigador -que recoge al mismo tiempo que analiza la información-, entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información nueva.

En este estudio en concreto y, atendiendo al criterio de suficiencia, se ha establecido como principal criterio de inclusión el haber ejercido como DUE en el contexto español un mínimo de 10 años. En este sentido se ha buscado, como plantea Benner (2000), un perfil de “enfermera eficiente” o “enfermera experta”, buscando indagar en las experiencias de profesionales con un máximo despliegue competencial.

También se han tenido en cuenta otras características a la hora de seleccionar la muestra, buscando la máxima variabilidad de experiencias y contextos. Concretamente, que haya al menos un representante de cada uno de los ámbitos donde ejerce la enfermería en el contexto español –asistencia, docencia, gestión e investigación- (García & Martínez, 2001, p. 165; Gutiérrez et al., 2007, p. 60); representantes masculinos y femeninos del colectivo, puesto que la literatura sugiere que existen diferentes identidades profesionales en función del género (Alberdi, 1995; Alberdi, 1997; Celma & Acuña, 2009; Tomás, 1999; Zapico & Adrián, 2003); participantes procedentes de diferentes Comunidades Autónomas, ya que en el caso español la cartera de servicios del sistema sanitario varía de unas a otras; enfermeras que ejerzan en centros públicos y privados, ya que la literatura sugiere que esto puede influir en la consideración profesional de un colectivo (Rodríguez, 2008, p. 38); y el ejercer en centros laicos y en centros relacionados con órdenes religiosas, puesto que éstas últimas han tenido un papel muy relevante en la transmisión de valores profesionales en el colectivo enfermero en España (Bernabeu-Mestre, 2002; Esevenri, 1995, p. 335; Germán, 2006, p. 69; Miró-Bonet et al., 2008; Sellán, 2010, p. 140; Siles, 1996, p. 113).

Partiendo de estos criterios de inclusión generales, se han seleccionado otros más específicos para optimizar la indagación en cada una de las dimensiones del modelo conceptual de “profesión”. Este aspecto se concreta en cada uno de los artículos del compendio de publicaciones que constituye el apartado de resultados de esta tesis (ver **Capítulo 5**).

La muestra final la componen 12 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos, y que han contribuido a saturar las diferentes dimensiones del modelo conceptual “profesión” (ver **Figura 2**). Las características específicas de cada participante y a qué dimensión aportan datos se concretan en la **Tabla 2**.

Tabla 2.**Características de los participantes en el estudio**

Participante	Dimensiones a las que aportan	Características
P1	Dimensión 1 Dimensión 2	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) *Ámbito investigador (doctora) Mujer Cataluña Empresa privada y carácter religioso (cristiana)
P2	Dimensión 1 Dimensión 2	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) Mujer Comunidad Valenciana Freelance y carácter laico
P3	Dimensión 1 Dimensión 2	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) *Ámbito investigación (doctora) Mujer Andalucía Empresa privada y carácter religioso (cristiana)
P4	Dimensión 1 Dimensión 2 Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) Ámbito investigación (doctora) *Ámbito asistencial (hospitalaria) Mujer Cataluña Empresa pública y carácter laico
P5	Dimensión 1 Dimensión 2 Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	*Ámbito docente (Administración servicios enfermería) *Ámbito gestión (mando intermedio) Mujer Cataluña Empresa privada y carácter religioso (docencia) Empresa pública y carácter laico (gestión)
P6	Dimensión 2 Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	*Ámbito docente (Administración servicios enfermería) *Ámbito gestión (mando intermedio) Mujer Islas Baleares Empresa pública y carácter laico
P7	Dimensión 1 (caso extremo) Dimensión 2	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) *Ámbito gestión (mando intermedio) Hombre Andalucía Empresa privada y carácter religioso (cristiana)
P8	Dimensión 1 (caso extremo) Dimensión 3 (caso extremo) Dimensión 4 (caso extremo) Dimensión 5 (caso extremo)	*Ámbito docente (Enfermería Fundamental) *Ámbito asistencial (primaria y hospitalaria) Hombre Comunidad de Madrid Empresa privada y carácter religioso (cristiana)
P9	Dimensión 3 (caso extremo) Dimensión 4 (caso extremo) Dimensión 5 (caso extremo)	*Ámbito gestión *Ámbito asistencial (hospitalaria) *Ámbito investigación (doctora) Mujer País Vasco Empresa privada y carácter religioso (gestión) Empresa pública y carácter laico (gestión y asistencia)
P10	Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	*Ámbito gestión (dirección de enfermería) *Ámbito asistencial (primaria) Mujer Comunidad Valenciana Empresa pública y carácter laico
P11	Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	*Ámbito gestión (dirección de enfermería) *Ámbito asistencial (primaria y hospitalaria) Mujer Galicia Empresa pública y carácter laico
P12	Dimensión 3 (caso extremo) Dimensión 4 (caso extremo) Dimensión 5 (caso extremo)	*Ámbito gestión (dirección de enfermería) *Ámbito asistencial (primaria y hospitalaria) Hombre Cataluña Empresa privada y carácter religioso (cristiana).

*Mínimo 10 años ejercicio profesional

Los primeros ocho participantes han permitido reajustar las hipótesis iniciales a la realidad, utilizando como referencia los datos obtenidos. De forma transversal al proceso analítico, se han seleccionado 4 casos extremos, tal y como se puede ver en la **Tabla 3**. Finalmente no aportaron nueva información para refinar la hipótesis de revisión planteadas por lo que se consideró alcanzada la saturación teórica, finalizada la recogida de datos, y formulada la teoría sustantiva.

Tabla 3.

Características de los casos extremos incluidos en el estudio

Participante	Dimensiones a las que aporta singularidad	Particularidad
P7	Dimensión 1	Hombre –género– que pertenece a una orden religiosa – tradición cuidadora basada en los valores cristianos- . Se pretende explorar si el género masculino es determinante en el significado que se da al rol de la enfermería. La revisión de la literatura sugiere que el varón enfermero se orienta a la técnica y no al cuidado.
P8	Dimensión 1 Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	Hombre – género – que ejerce como docente - transmitiendo las teorías y modelos anglo-americanos de cómo llevar a cabo “cuidados centrados en la persona”- . Se pretende explorar si el género masculino influye en el significado que se dan a estos modelos teóricos elaborados por mujeres enfermeras. La revisión de la literatura sugiere que el varón enfermero se orienta a la técnica y no al cuidado.
P9	Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	Formación como enfermera en el contexto español -y se ha formado como enfermera en el contexto anglo-americano- . Ha ejercido como enfermera asistencial y gestora en el contexto español - y ha ejercido como enfermera asistencial y gestora en el contexto anglo-americano -. Se pretende explorar si el haber ejercido en un contexto donde predomina el modelo de enfermería de “cuidado centrado en la persona” ha influido en su forma de gestionar los equipos de enfermería en el contexto español.
P10	Dimensión 3 Dimensión 4 Dimensión 5	Hombre dedicado a la gestión formado en lo teórico en teorías y modelos enfermeros centrados en el paciente. Se pretende explorar hasta qué punto el enfermero varón, formado a nivel teórico en los modelos y teorías anglo-americanas, prioriza el cuidado centrado en el paciente al organizar los equipos de enfermería.

4.3. Técnica de recogida de datos

Herramienta de recogida de datos

En la investigación cualitativa existen diferentes técnicas de recogida de datos que tienen como objetivo obtener información de los participantes fundamentada en sus percepciones, creencias, opiniones, significados y actitudes (Vargas, 2012). Entrevistar, junto con la observación de campo y el análisis de documentos, son las principales formas en que los investigadores cualitativos generan y recopilan los datos (Chenail, 2011).

Denzin y Lincoln (2005, p. 643) definen la *entrevista* como “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas” (Denzil & Lincoln, 2005). Para Blumer (1969) (en Seidman, 2013, p. 10) la entrevista proporciona, a través del análisis de las palabras, el acceso al contexto de la conducta de las personas proporcionando una forma para que los investigadores entiendan el significado de ese comportamiento. A este respecto, según Whorf (1940) (en Velasco, 2003, p. 278-279), la lengua no es un mero instrumento de comunicación, sino que determina el pensamiento. La gramática -o sistema lingüístico de fondo de la experiencia- actúa como programa y guía de la actividad mental del individuo, del análisis de sus impresiones y de la síntesis de todo lo que la mente hubiera registrado.

Existen diferentes tipos de entrevistas cualitativas (Vargas, 2012). Dentro de ellas las *entrevistas semi-estructuradas* y las *entrevistas en profundidad* permiten explorar las experiencias de los participantes y los significados que se les atribuyen (Tong et al., 2007). Concretamente la *entrevista en profundidad* tiene como objetivo adentrarse en la vida del otro reconstruyendo paso a paso su experiencia vivida (Robles, 2011) con el objetivo de indagar en el sentido que esa experiencia tiene para el participante (Seidman, 2013, p. 9).

Como se ha explicitado anteriormente, el objetivo de este trabajo de investigación es hacer emerger las características de la profesión enfermera en

el contexto español a partir de la experiencia de los miembros del colectivo. Por ello, la *entrevista en profundidad*, que busca indagar en el sentido que le dan a la experiencia vivida como enfermeros y enfermeras, se ha establecido como herramienta óptima de recogida de datos.

En relación a la *entrevista en profundidad*, para Patton (1989) y Schuman (1982) (en Seidman, 2013, p. 20), el comportamiento de las personas se convierte en significativo y comprensible cuando se sitúa en el contexto de sus vidas y de las vidas de quienes les rodean ya que, sin contexto, existe poca posibilidad de poder explorar el significado de una experiencia. En atención a esto, Dolbeare y Schuman (1982) (en Seidman, 2013, p. 20) diseñaron la serie de tres entrevistas seriadas, como parte de la técnica de la entrevista en profundidad, que permiten al entrevistador explorar la experiencia del participante, situándola en el contexto, y reflejando cuál es su significado.

Seidman (2013, p. 21), a partir de las propuestas de Dolbeare y Schuman (1982), propone un diseño de entrevista en profundidad que consiste en la exploración secuenciada de tres temáticas. La primera temática a explorar 1) tiene como objetivo establecer el contexto de la experiencia animando al participante a decir cuanto sea posible del tema hasta el momento actual. Para este autor, la combinación de explorar el pasado, para esclarecer los hechos que llevaron a los participantes a lo que son ahora, establecen las condiciones adecuadas para reflexionar sobre lo que están haciendo ahora en sus vidas. A través de la exploración del segundo tema 2) se anima a los participantes a reconstruir los detalles de su experiencia actual en el contexto en la que se produce. Finalmente, en la exploración del tercer tema 3) se alienta a los participantes a reflexionar sobre el significado que esa experiencia tiene para ellos en ese contexto concreto (Seidman, 2013, p. 21). En el contexto de esta investigación se ha tomado como referencia la propuesta de Seidman (2013) para elaborar la entrevista que constituye la herramienta de recogida de datos. En la **Tabla 4** de adjunta el instrumento de recogida de datos.

Tabla 4.

Estructura entrevista en profundidad

	Pregunta operativa	Tema a explorar
Tema 1	Explíqueme cuál es su historia como persona que ha llegado a ser enfermera	Establecimiento de la experiencia en el contexto socio histórico
Tema 2	Explíqueme cuál es su experiencia actual como enfermera	Reconstrucción de los detalles de la experiencia en el contexto
Tema 3	Explíqueme que significa para usted ser enfermera	Significado de la experiencia situada en el contexto

Fuente: elaboración propia a partir de las propuestas de Seidman (2013)

En este caso, se han realizado 12 entrevistas en profundidad que han tenido una duración de entre 60 y 90 minutos. Todos los participantes contactados aceptaron participar después de haber recibido la información del estudio por correo electrónico y haber mantenido una conversación telefónica. En uno de los casos el participante solicitó una entrevista previa con el investigador principal para obtener información más concreta sobre el alcance y el objetivo del proyecto. En todos los casos ha sido suficiente una única entrevista para explorar las tres temáticas secuenciales. En relación a este punto, de acuerdo con Seidman (2013, p. 5) siempre y cuando se mantenga una estructura que permita a los participantes reconstruir y reflexionar sobre su experiencia en el contexto de sus vidas, pueden introducirse adaptaciones tanto en la estructuración, duración o espaciamiento de las entrevistas. En este sentido la temática tan concreta, relativa a la experiencia profesional ejerciendo la enfermería, es posible que haya permitido explorar en una misma sesión de indagación en las tres temáticas planteadas.

Implicación del investigador principal

Es crucial para los entrevistadores identificar las raíces autobiográficas de su interés en su tema con el objetivo de minimizar la distorsión que esto puede causar en la forma de llevar a cabo el proceso de investigación, y dentro de él, específicamente la entrevista (Locke, Spirduso & Silverman, 2000, p. 217-218). En el caso de que los entrevistadores estén íntimamente conectados con el tema de investigación, existe el riesgo de no ser capaces de distanciarse lo suficiente del participante para conseguir llevar a cabo una entrevista eficaz (Seidman, 2006, p. 32). No obstante, según Strauss y Corbin (2002, p. 48), los investigadores han aprendido que un estado de objetividad completa es imposible y que en cualquier proceso de investigación, ya sea cualitativa o cuantitativa, existe siempre un elemento de subjetividad. En este sentido, en investigación cualitativa ser objetivos no significa controlar las variables sino ser abiertos, tener la voluntad de escuchar y de “darle la voz” a los entrevistados. Esto significa oír lo que otros tienen que decir, y ver lo que otros

hacen, y representarlo de forma tan precisa como sea posible (Strauss & Corbin, 2002, p. 48).

Seidman (2006, p. 32) para optimizar la objetividad durante el proceso de entrevista, recomienda la inclusión de una sección autobiográfica que explique las conexiones de los investigadores con la indagación realizada. En relación a esto se ha de destacar que el investigador principal –aspirante a doctorado- que ha ejercido como entrevistador con todos los participantes es miembro del colectivo de enfermería. Concretamente, ha trabajado durante 10 años como enfermera asistencial en centros hospitalarios públicos y privados, y ocho años, ejerciendo como enfermera docente, en una escuela de enfermería privada. En el momento de realizar las entrevistas trabajaba como docente a tiempo completo en una escuela de enfermería privada vinculada a una orden religiosa.

Su interés en la investigación parte de una motivación personal en indagar en la epistemología enfermera específica del contexto español. Para ello, y con el objetivo de profundizar en el conocimiento de aspectos epistemológicos de la profesión enfermera, entre los años 2009-2011 cursó en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) un *Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería*. Además su tesina bajo el título “Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral” (Rodrigo, 2011), fue una primera aproximación al estudio de la profesión enfermera que ha constituido un punto de partida para llevar a cabo esta investigación.

Tal y como plantea Seidman (2006, p. 32), todo lo anterior es algo que puede influir en el proceso de obtención de datos al existir el riesgo de que, como entrevistadora, haya una desviación de la conversación, a aspectos identificados como relevantes en base a su propia experiencia, y no tanto a la experiencia de la participante. Para minimizar este sesgo, la entrevistadora ha llevado a cabo un proceso reflexivo que ha consistido en: 1) reflexionar sobre el contexto de la entrevista, 2) reflexionar sobre cuáles han sido las circunstancias de la toma de contacto con cada participante y 3) reflexionar sobre la experiencia vivida durante la conversación y sobre el significado atribuido. Para

la recogida de toda esta información se ha diseñado una hoja de recogida de datos que se adjunta en el **Anexo 2**.

Rol del entrevistador, acceso a los participantes y contexto de la entrevista

Antes de contactar con los participantes, para llevar a cabo las entrevistas, el entrevistador debe especificar como accederá a ellos y concretar cómo se llevará a cabo la primera toma de contacto. Debido a que la entrevista supone una relación entre dos personas, el entrevistador y el participante, “cómo” los entrevistadores tengan acceso a los participantes y, la forma en la que se pongan en contacto con ellos, puede afectar al establecimiento de la relación y, consecuentemente, al transcurso de la entrevista -que no deja de ser una conversación entre dos personas- (Seidman, 2006, p. 40).

Uno de los principios de la entrevista cualitativa es establecer una relación equitativa entre el entrevistador y el participante. En este sentido el establecimiento de una relación, donde el participante tiene una posición jerárquica inferior, puede hacerlo sentir vulnerable frente al entrevistador (Seidman, 2006, p. 41). Por otro lado, una excesiva familiaridad entre ambos, también puede distorsionar la conversación, que constituye en este caso la recogida de datos, omitiendo significados supuestamente compartidos o evitando temáticas que pueden deteriorar la relación previamente existente (Seidman, 2006, p. 41). Buscando establecer relaciones lo más igualitarias posibles, la entrevistadora se ha presentado ante los participantes como investigadora principal candidata al título de doctora y, de forma secundaria, como miembro del colectivo de enfermería.

En cuanto al acceso a los participantes Seidman (2006, p. 46) recomienda hacerlo de forma directa evitando acudir a terceras personas que pueden distorsionar la información relativa a la naturaleza del estudio. En caso de que no se pueda acceder directamente la recomendación es hacerlo a través de personas que mantienen relaciones igualitarias con los potenciales participantes (Seidman, 2006, p. 46). En atención a estas consideraciones, los

participantes fueron reclutados a partir de contactos de los miembros del equipo de investigación, todos ellos vinculados a EUI del territorio español y *Colegios Oficiales de Enfermería*. Siguiendo las recomendaciones de Seidman (2006, p. 46) en todos los casos se contactó directamente con los participantes sin necesidad de una tercera persona que diera acceso a los mismos.

En un primer contacto, que se llevó a cabo por correo electrónico, se hizo llegar a los participantes la información del proyecto (ver **Anexo 3**) solicitándose su participación (Seidman, 2006, p. 46). A partir de ahí se concertó una entrevista en el lugar escogido por los participantes, –en todos los casos su lugar de trabajo-, donde se firmó el consentimiento informado (ver **Anexo 4**), y se procedió a la recogida de datos. A este respecto es importante que el contexto de la entrevista sea un lugar donde el participante se sienta cómodo y seguro (Seidman, 2006, p. 46).

Procesamiento de las entrevistas

Las entrevistas se registraron con una doble grabadora para evitar la pérdida de información relevante por errores técnicos. Se utilizó además un registro específico de elementos de la comunicación no verbal diseñado específicamente para esta investigación (ver **Anexo 5**).

A continuación se llevó a cabo el proceso de transcripción de las entrevistas mediante el programa F4 (<http://www.audiotranskripción.de/englisch/f4.htm>). Se trata de un programa que permite realizar la transcripción de audio y de video. Tiene la particularidad de que inserta marcas de tiempo que son reconocidas posteriormente por el programa utilizado en esta investigación para dar soporte al análisis de datos, concretamente el ATLAS.Ti 7.1.

Para optimizar el proceso de transcripción y, con el objetivo de registrar el mayor número de elementos relativos a la comunicación no verbal, se utilizó como referencia las “Convenciones de transcripción de Jefferson” (Jefferson, 1984). Consiste en la utilización de una serie de símbolos de transcripción

ortográfica que permiten el registro, en un texto escrito, de información relativa a la comunicación no verbal y contextual (Bassi 2015).

Finalmente y, atendiendo a la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal de Confidencialidad de datos* (Boletín Oficial del Estado, 1999), las grabaciones y transcripciones de las entrevistas fueron codificadas eliminando toda referencia que pudiera conducir al participante. Para evitar el acceso a personas ajenas a la investigación, las grabaciones y transcripciones, quedaron custodiados en el ordenador personal de la investigadora principal y en un pendrive con clave de acceso -a modo de copia de seguridad-. Además se estableció un contrato de compromiso de confidencialidad (ver **Anexo 6**) con el servicio de auditoría externa que revisó todo el proceso de investigación.

4.4. Análisis de los datos

Enfoque paradigmático

Desde el ámbito de la investigación, un paradigma es un cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que constituyen los modelos de acción para la búsqueda del conocimiento (Alvarado & Garcia, 2008). Existen cuatro paradigmas que sustentan los diversos procesos investigativos: el *positivista*, el *post-positivista*, la *teoría crítica* y el *constructivismo* (Ramos, 2015). Concretamente, el *constructivismo* propone el abordaje de los acontecimientos históricos de alta complejidad considerando que el saber no es absoluto o acumulado ya que en lo social los fenómenos se encuentran en constante evolución (Gergen, 2007). Para Gergen (2007), en el *constructivismo* el interés se centra en cómo se producen los significados y su utilización mediada por las convenciones lingüísticas dentro de los diversos contextos sociales o culturales, donde los individuos otorgan significados dentro de marcos de referencia interpretativos, basados en la historia y la cultura.

Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2010) afirman que las principales aportaciones del *paradigma constructivista* a la investigación cualitativa son la construcción social de la realidad a través de las diversas formas de percibirla; la construcción del conocimiento desde el punto de vista de los participantes como parte del proceso de la investigación; el contemplar los valores del investigador como parte integrante del proceso y, finalmente, considerar los resultados no susceptibles de ser generalizados de forma ajena al contexto y al tiempo del que proceden.

Teniendo en cuenta la naturaleza del fenómeno investigado, que pretende hacer emerger, bajo la perspectiva de las enfermeras que han vivido la experiencia en primera persona, cómo ha evolucionado la profesión enfermera a partir de su integración en la universidad, se considera que el paradigma más adecuado para enfocar el análisis de los datos es el constructivista. Este paradigma será utilizado como referencia tanto durante el proceso de análisis de los datos como durante la elaboración del diálogo teórico.

Estrategia analítica

En cuanto a la estrategia analítica concretar que pese a que la Teoría Fundamentada (TF) es definida como un método para descubrir teorías, conceptos e hipótesis a partir de los datos (Strauss & Corbin, 2002, p. 13; Taylor & Bogdan, 2009, p. 155), Glaser (1992) (en Soriano-Miras & Trinidad, 2014) la define como una metodología de análisis que utiliza un conjunto sistemático de principios, reglas y normas con la intención de generar una teoría inductiva a partir de datos obtenidos sobre un área empírica de investigación.

Tal y como se ha ido viendo a lo largo de este capítulo metodológico, el objetivo de esta investigación es inducir, utilizando como estrategia metodológica la IA, una teoría sustantiva relativa al estado de la profesionalización de la enfermería española en el momento actual. Por ello, se

ha considerado adecuado seleccionar un método analítico inductivo, como es el propio de la TF, para llevar a cabo el proceso de análisis de los datos.

El proceso analítico de la TF se basa en dos grandes estrategias: el *Método de la Comparación Constante* (MCC) y el *Muestreo Teórico* (MT) (Jorge, 2006, p. 155; Strauss & Corbin, 2002, p. 218). A través del MCC el investigador compara un incidente con otro en busca de similitudes y diferencias con el objetivo de generar teoría (Charmaz, 2006, p. 5; Jorge, 2006, p. 155). De acuerdo con Strauss y Corbin (2002, p. 218) el muestreo teórico consiste en la recogida de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo.

Proceso de codificación y emergencia de categorías

Saldaña (2013, p. 3) define el *código* como una palabra o frase que asigna simbólicamente un atributo que pretende capturar la esencia de un fragmento de datos que pueden estar basados en el lenguaje o ser visuales. De esta manera el proceso de codificación conlleva una condensación de datos que va más allá que su mera reducción (Saldaña, 2013, p. 4).

La estrategia analítica de la TF propone la codificación de los datos transformándolos en códigos y categorías a través de la utilización de MCC. El MCC es definido por Strauss y Corbin (2002, p. 86) como “ir más allá de comparar un incidente con otro”, e implica también “la comparación de sus propiedades y dimensiones en busca de similitudes y diferencias”. Además, las comparaciones teóricas también proporcionan ideas para guiar el MT buscando la máxima variación en los datos (Strauss & Corbin, 2002, p. 103), en el caso de la IA, a través de la identificación de posibles casos extremos. En esta investigación y, tal y como plantea el MT que es el que en este caso ha guiado el reclutamiento de participantes, después de cada recogida de datos, se ha analizado cada entrevista siguiendo la estrategia analítica de la TF. A continuación, a partir de los hallazgos encontrados, se ha procedido a seleccionar al siguiente participante hasta confirmar la *saturación teórica* –

momento del análisis donde no se produce la emergencia de códigos nuevos que aportan nueva información relativa a las características de la enfermería española en el momento actual.

En cuanto al proceso de codificación y siguiendo las propuestas Strauss y Corbin (2002), se ha realizado inicialmente una *codificación abierta*, seguida de un ciclo analítico de *codificación axial* y, finalmente, una *codificación selectiva*. Tal y como plantea la IA utilizada como estrategia metodológica en esta investigación, las hipótesis iniciales (ver **Tabla 1**) de las que parten las preguntas específicas de investigación, se han utilizado como referencia –a modo de sensibilidad teórica-, para facilitar la emergencia, a partir de los datos empíricos, de la teoría sustantiva subyacente.

El proceso de *codificación abierta* es definido como un proceso analítico mediante el cual se identifican los conceptos y se descubre en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002, p. 111). En el caso concreto de esta investigación, esta codificación implicó la vinculación de los fragmentos de discurso procedentes de las transcripciones de las entrevistas, a etiquetas de código. A continuación, a partir de estos códigos iniciales se llevó a cabo una codificación más focalizada (Charmaz 2006, p. 46-47) en la búsqueda de los códigos más frecuentes o significativos para el desarrollo de las posibles categorías emergentes.

En una segunda fase, se llevó a cabo el proceso de *codificación axial*, considerado el ciclo de transición entre los procesos de codificación inicial –codificación abierta–, y teórica –codificación selectiva– de la TF (Saldaña, 2013, p. 218). Mediante la agrupación de datos codificados similares (Saldaña, 2013, p. 218), se han establecido las relaciones entre las categorías y sus subcategorías a través de un sistema “axial” o en “eje” (Strauss & Corbin, 2002, p. 135). Esto se representa como un *paradigma de codificación* en el cual el equipo investigador identifica un fenómeno central, explora las relaciones causales, especifica estrategias, identifica el contexto, y delinea las consecuencias (Jorge, 2006, p. 161). Para Strauss y Corbin (2002, p.134) se trata de una herramienta analítica diseñada para ayudar a los analistas a integrar la estructura en el proceso. En el caso concreto de esta investigación

y, como parte del proceso de codificación axial, a partir de los códigos iniciales que surgieron a partir de la codificación abierta, se elaboraron las categorías provisionales estableciendo sus propiedades y dimensiones con la ayuda del paradigma de codificación.

Tal y como se ha visto hasta ahora, en la *codificación abierta* se han generado categorías provisionales y sus dimensiones indagando específicamente en sus variaciones de rango dimensional (Strauss & Corbin, 2002, p. 159). En la *codificación axial* las categorías se han construido de forma sistemática y se han vinculado sus subcategorías en forma de propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002, p. 159). Finalmente, siguiendo las recomendaciones de Strauss y Corbin (2002, p. 160), durante el proceso de *codificación selectiva* el procedimiento analítico, en el caso de esta investigación, se ha centrado en integrar las categorías principales surgidas a partir de la codificación axial en un esquema teórico mayor en forma de teoría sustantiva.

De forma transversal a todo el proceso de análisis, se han elaborado memorandos analíticos y diagramas que, según Strauss y Corbin (2002, p. 238), facilitan al analista la conceptualización a través de la toma de distancia con los datos. Sin la perspectiva que implica esta toma de distancia, el producto final puede correr el riesgo de carecer de densidad y, consecuentemente, de integración conceptual (Strauss & Corbin, 2002, p. 238).

Los *memorandos analíticos* son registros escritos sobre el proceso de análisis llevado a cabo con los datos (Strauss & Corbin, 2002, p. 236). Permiten al analista reflexionar acerca de los procesos de codificación y posibilidades de código, documentar cómo el proceso de investigación se está desarrollando, monitorizar la emergencia de los patrones, las categorías, las subcategorías, los temas y conceptos en los datos que integran posteriormente la teoría (Saldaña, 2013, p. 41).

En el caso concreto de esta investigación se han utilizado cuatro tipos de memorandos: *memorandos de codificación*, *memorandos operacionales*, *memorandos teóricos* (Strauss & Corbin, 2002, p. 236) y *memorandos*

bibliográficos. Los *memorandos de codificación* se han utilizado para registrar cómo se ha llevado a cabo el proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Mediante los *memorandos operativos*, se han documentado los procedimientos llevados a cabo con los datos, y las tomas de decisiones relativas al MT enfocado en la selección de casos extremos. Los *memorandos teóricos* han recogido específicamente las reflexiones relativas a cómo han emergido las categorías y constructos teóricos a partir de los datos. El último tipo de memorandos, denominados por el equipo de investigación *memorandos bibliográficos*, han permitido vincular los resultados del análisis con los hallazgos de la literatura para facilitar la elaboración del diálogo teórico.

Durante todo el proceso de investigación se han ido elaborando diagramas que han permitido visualizar la emergencia de patrones, categorías y finalmente la formulación de la teoría sustantiva a partir de los datos. En relación a este aspecto concretar que junto a la tesis doctoral se adjunta un paquete de copia de ATLAS. Ti 7.1. donde se aporta la base de datos que contiene los diagramas, los códigos, categorías y memorandos que se han ido generando a la largo del proceso de análisis. Tomando como referencia los diagramas, se ha llevado a cabo una nueva revisión de la literatura con el objetivo de situar los hallazgos en el contexto tanto local como internacional con el objetivo de elaborar el diálogo teórico (Miles, Huberman & Saldaña, 2013, p. 13) que constituye los resultados de este estudio.

Para sistematizar el proceso de análisis de los datos y, asegurar una mayor auditabilidad de todas las decisiones tomadas a la largo del proceso de investigación, se ha utilizado durante todo el proceso el programa informático ATLAS.Ti 7.1. En la Figura 3 se representa de forma integrada cómo se ha realizado el proceso de análisis de datos.

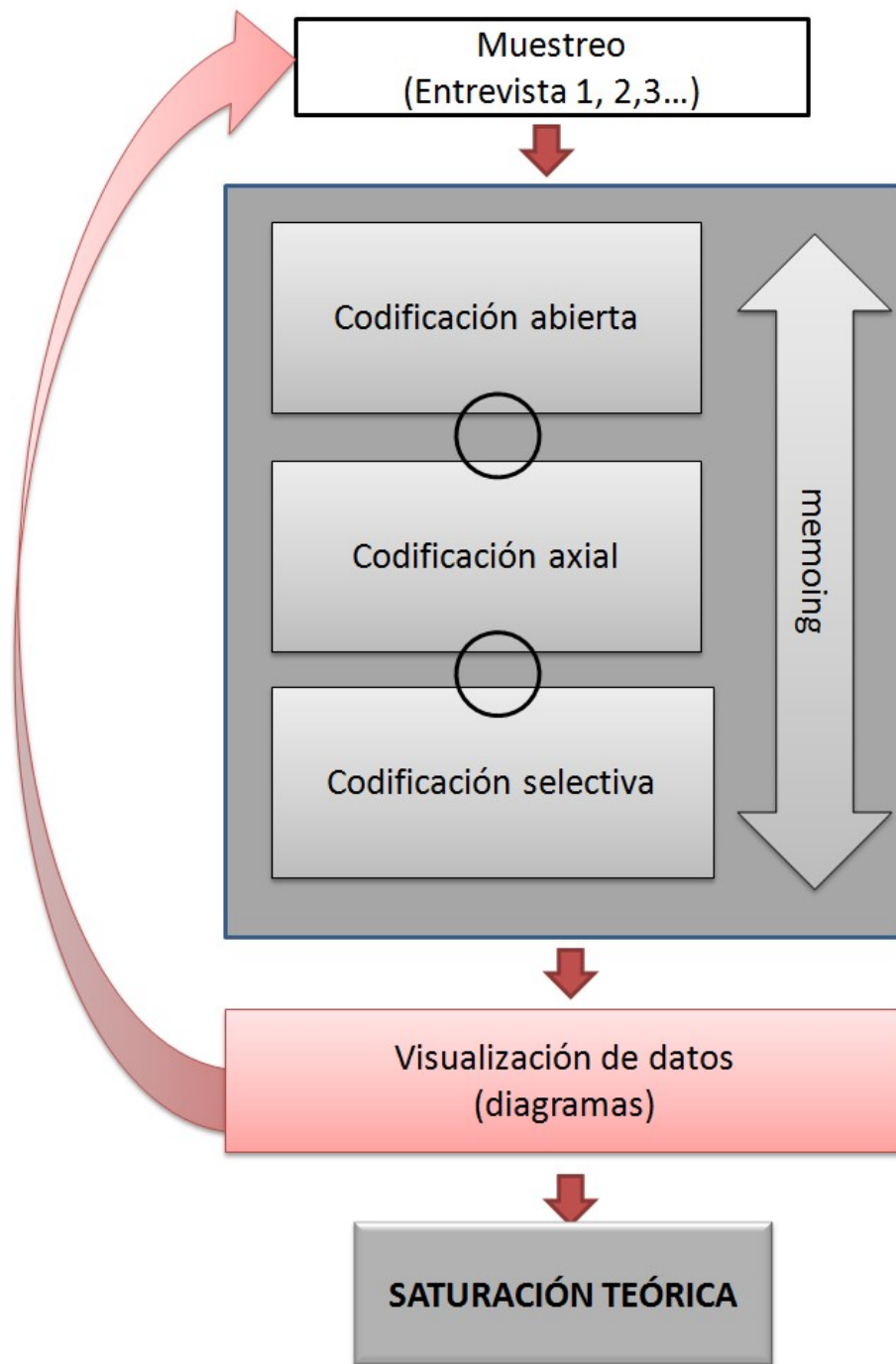


Figura 3. Estrategia analítica basada en Strauss y Corbin (2002)

4.5. Aspectos relacionados con el rigor

La calidad y el rigor son conceptos fundamentales en cualquier proceso de investigación. Las particularidades de la investigación cualitativa no permiten la utilización de los criterios de calidad propios de la investigación cuantitativa (Mendizabal, 2009, p. 92). Por ello Guba y Lincoln (en Guba, 1981, p. 104) redefinieron los criterios de calidad en *credibilidad*, *transferibilidad*, *dependencia* y *confirmabilidad* (Guba, 1981).

Credibilidad

La *credibilidad* o *valor de la verdad*, también denominada por Calderón (2009) *complicidad interpretativa*, es un requisito muy importante en investigación cualitativa, ya que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas tal y como son percibidos por los participantes (Noreña, Alcaraz, Rojals & Rebolledo, 2012). La credibilidad implica reflexionar sobre el conocimiento producido y adoptar estrategias para lograrlo (Mendizabal, 2009, p. 93) con el objetivo de aproximar los hallazgos a la realidad del fenómeno estudiado (Noreña et al., 2012). En relación a la credibilidad, para Noreña y otros (2012) es importante que exista una relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad que cuentan los relatos de los participantes.

Con el objetivo de acercar al máximo los resultados de esta investigación a la realidad experimentada por los participantes, en cuanto a qué características tiene la profesión enfermera en el momento actual, 1) se han evidenciado los hallazgos utilizando fragmentos originales del discurso de los participantes –*verbatim*–, referenciando su procedencia mediante el establecimiento de una codificación específica. Además 2) se han generado mediante el programa ATLAS. Ti 7.1. diagramas, denominados en el programa *sistemas de red* (ver **Anexo 7**) que no sólo han facilitado la visualización de los datos durante el proceso de análisis (Miles et al., 2013, p. 13), sino que también han permitido hacer seguimiento de la coherencia entre los datos y la interpretación que de ellos ha llevado a cabo el equipo de investigación. Existen diferentes estrategias para optimizar la credibilidad del conocimiento

generado. En el ámbito concreto de esta investigación, y atendiendo a sus características, se ha utilizado de forma adicional a la utilización de verbatim y diagramas (Miles et al., 2013, p. 13) 3) la triangulación de participantes (Mendizabal, 2009, p. 93), y 4) la auditoría interna y externa de todo el proceso de investigación (Mendizabal, 2009, p. 94). Además, 5) en este caso, la utilización del MCC y el MT que requiere la TF, que implica un proceso continuo de recogida, interpretación y sistematización de los datos, también ha contribuido a aumentar la credibilidad de los hallazgos (Ruiz, 2012, p. 106).

En relación a la triangulación, para Mendizábal (2006, p. 93) ésta consiste en el análisis crítico e integrado de datos en diferente espacio y tiempo, y de personas y grupos variados (Mendizabal, 2009, p. 93). Con este objetivo, en esta investigación, tal y como se puede observar en la **Tabla 2**, se han incorporado participantes procedentes de todos los ámbitos donde la enfermería ejerce su rol profesional en el contexto español –docencia, asistencia, gestión e investigación-.

En cuanto a la realización de auditorías durante todo el proceso de investigación, se ha contado con un asesor externo, experto en metodología cualitativa, que ha llevado a cabo la auditoría del mismo (ver **Anexo 7**). Por otro lado, dentro del equipo de investigación, se han llevado a cabo auditorías internas periódicas donde se han ido evaluando la evolución de proceso de investigación –en este sentido, destacar que dos de los tres miembros del equipo de investigación son expertos en metodología cualitativa y tienen amplia experiencia en el ámbito-. De acuerdo con Guba (1981, p.158) es importante que los investigadores se separen de forma regular del lugar de la investigación para interactuar con otros profesionales que sean capaces de llevar a cabo un juicio crítico del estudio.

La *transferibilidad* o *aplicabilidad* se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones (Castillo & Vásquez, 2000; Ruiz, 2012, p. 107). La transferibilidad conlleva tener en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación (Noreña et al., 2012). Para Lincoln y Guba (1985) (en Calderón, 2009) la transferibilidad depende del grado de abstracción a que lleguemos en la interpretación del fenómeno y también de la minuciosidad en la descripción de las circunstancias en las que se ha realizado el trabajo de investigación. Para conseguir la transferibilidad es necesario que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado (Noreña et al., 2012). Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (Castillo & Vásquez, 2000; Ruiz, 2012, p. 107).

Guba (1981, p. 160) propone como estrategias para conseguir la transferibilidad, la recogida abundante de datos descriptivos y las descripciones minuciosas del contexto. Ambas estrategias permiten establecer el grado de correspondencia del contexto con otros contextos posibles. En relación a esto, se ha realizado una descripción exhaustiva de las características de los informantes 1) tal y como se puede observar en la **Tabla 2** i **Tabla 3**. También se ha situado el fenómeno investigado en el contexto socio-histórico donde se produce 2) a través de una revisión de la literatura relativa a la evolución de la profesión enfermera en el contexto español (ver **Capítulo 1**). Finalmente, mediante la utilización del programa informático ATLAS. Ti 7.1, se han llevado a cabo descripciones densas a partir de los datos 3) a través del proceso de codificación y de memoing –redacción de memorandos analíticos- (ver **Anexo 7**).

La *dependencia* o *replicabilidad* es el equivalente a la *fiabilidad* en los estudios cuantitativos (Ruiz, 2012, p. 107). Un requisito fundamental en las ciencias exactas para lograr la *fiabilidad* de la información es la repetición de datos y hallazgos por medio de diferentes mediciones en distintos momentos e independientemente del investigador (Mendizabal, 2009, p. 95). Sin embargo la complejidad propia de la metodología cualitativa hace que la estabilidad de los datos no esté asegurada y que no se pueda llevar a cabo una replicabilidad exacta del estudio (Noreña et al., 2012). Esto se debe tanto a la amplia diversidad de situaciones y realidades analizadas por el investigador (Noreña et al., 2012), como a la variabilidad en las posibilidades de respuesta (Mendizabal, 2009, p. 95). Por este motivo debe ser redefinida como *seguridad y/o auditabilidad*, demostrando que se han establecido previamente procedimientos rigurosos para llegar a hallazgos que se aproximen a la verdad (Mendizabal, 2009, p. 95).

Para cerciorarse de la seguridad es necesario que las conclusiones surjan del tipo de datos utilizados, de manera que puedan ser objetivo de auditoría por parte de aquellas personas que quieran evaluar la calidad de la investigación. Se garantizará en consecuencia también la seguridad de los procedimientos mediante la utilización de estándares de trabajo como pautas de escritura y registro de los datos textuales. Todos ellos serán de mucha utilidad para poder revisar el trabajo de campo y el proceso de análisis de los datos por un grupo de investigadores (Mendizabal, 2009, p. 96).

En el caso concreto de esta investigación, la utilización del programa informático ATLAS. Ti 7.1, 1) ha permitido generar diferentes tipologías de memorandos que han permitido monitorizar el proceso de investigación en cuanto al muestreo teórico –memorandos operacionales-, proceso de codificación a partir de los datos –memorandos de codificación– y la emergencia de categorías que constituyen la teoría sustantiva –memorandos teóricos- (ver **Anexo 7**). Además, siguiendo las recomendaciones de Noreña y otros (2012), se ha empleado un evaluador externo 2) para auditar el proceso

de investigación algo que, como se ha visto anteriormente, ha contribuido también a optimizar la credibilidad (ver **Anexo 8**).

Por último, la utilización del MCC 3) que se ha llevado a cabo durante el proceso de investigación, ha comportado también revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas (Noreña et al., 2012), asegurando de este modo la dependencia del estudio. Se han creado memorandos específicos, denominados *bibliográficos*, que han permitido establecer relaciones entre los datos y los hallazgos teóricos existentes.

Confirmabilidad

Debido a la forma cooperativa en que el investigador y el participante construyen el conocimiento en la investigación cualitativa, el criterio rígido de *objetividad* del investigador, propio del paradigma cuantitativo, es redefinido como *confirmabilidad* de los datos (Mendizabal, 2009, p. 96). Bajo este criterio de confirmabilidad los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Noreña et al., 2012); algo especialmente relevante cuando la generación de conocimiento, como es el caso del paradigma cualitativo, se concibe como una producción de significados que emergen a partir del encuentro con el otro. De esta manera el conocimiento se construye a través del diálogo establecido entre investigador e investigado de manera que se reconoce la participación activa de ambos (Cornejo, Besoain & Mendoza, 2011).

Para asegurar la *confirmabilidad*, Guba (1981, p. 161) propone llevar a cabo un ejercicio de reflexión que implique por un lado, revelar intencionadamente a la audiencia los supuestos epistemológicos subyacentes 1), –algo que en este caso se ha hecho en el apartado “Técnica de recogida de datos” donde el entrevistador principal lleva a cabo una reflexión sobre su implicación y por el otro, 2) llevar una publicación continua donde se vayan registrando las introspecciones –en este caso concreto esto se ha llevado a

cabo mediante la creación de memorandos mediante el programa informático ATLAS. Ti. 7.1-.

La auditoría externa llevada a cabo durante el proceso de investigación (ver **Anexo 7**) que, previamente había contribuido a mejorar la credibilidad y dependencia, 3) también ha sido muy útil para asegurar que los hallazgos surgen a partir de las descripciones proporcionadas por los participantes. Por último, la grabación y las transcripciones textuales de las entrevistas 4), y el contraste de los resultados con la literatura existente para elaborar el diálogo teórico 5) –memorandos bibliográficos–, también han contribuido a asegurar la confirmabilidad de los hallazgos.

La **Tabla 5** contiene los procedimientos llevados a cabo para asegurar los criterios de rigor en este estudio.

Tabla 5.

Criterios de rigor implementados en el presente estudio

Criterio de rigor	Estrategias
<i>Credibilidad</i>	<ol style="list-style-type: none">(1) Utilización de verbatim.(2) Creación de diagramas con ATLAS Ti. 7.1.(3) Triangulación de participantes.(4) Auditoría externa y interna.(5) Método Comparativo Constante.(6) Muestreo teórico.
<i>Transferibilidad</i>	<ol style="list-style-type: none">(1) Descripción características participantes.(2) Descripción contexto socio-histórico del muestreo.(3) Descripciones densas de los datos mediante ATLAS. Ti 7.1.
<i>Dependencia</i>	<ol style="list-style-type: none">(1) Generación memorandos analíticos mediante ATLAS.Ti 7.1.(2) Auditoría externa.(3) Método Comparativo Constante.
<i>Confirmabilidad</i>	<ol style="list-style-type: none">(1) Inclusión apartado “Implicación entrevistador principal”.(2) Generación de memorandos analíticos mediante ATLAS. Ti 7.1.(3) Grabación y transcripciones textuales entrevistas.(4) Elaboración del diálogo teórico.

4.6. Consideraciones éticas

El desarrollo de la ética en la investigación científica fundamentalmente ha estado dirigido a las investigaciones con pacientes en el ámbito de la salud-enfermedad. En este sentido, las principales fuentes de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el *Código de Núremberg* (1947), la *Declaración de Helsinki* (1964), el *Informe Belmont* (1979) y las Normas del *Consejo para la Organización Internacional de las Ciencias Médicas* (1993)(González, 2002).

El desarrollo de la bioética clínica ha proporcionado herramientas suficientes para detectar problemas de la investigación con seres humanos independientemente del método utilizado. El *Informe Belmont* (1979), como documento fundacional de la bioética principialista, afirma que, los problemas éticos pueden analizarse en relación a los tres principios básicos de la ética aplicada a la investigación: el *principio de respeto a las personas*, el *principio de beneficencia* y el *principio de justicia* (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorca, 2006). No obstante, la bioética ha evolucionado considerablemente desde 1979 ampliando estos principios a cuatro: *autonomía*, *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*. Para hacer operativos estos principios éticos se han desarrollado numerosos documentos reguladores de la ética moderna de la investigación (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorca, 2006).

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la investigación cuantitativa. De esta manera los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general lo son también a la investigación cualitativa. La práctica científica como la práctica de la libertad, es idéntica cuando realizamos investigación bajo el paradigma cuantitativo o cualitativo. Sin embargo, los problemas, los métodos y la comunicación y divulgación de la investigación cualitativa plantean algunos problemas adicionales (Gonzalez, 2002) como se planteará a continuación.

Por un lado, la investigación cualitativa reconoce la individualidad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso investigador. Ello implica que las ideologías, las identidades, los prejuicios y todos los elementos de la cultura,

impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos y los instrumentos. Estos elementos influyen incluso en la selección de los recursos y de los mecanismos empleados para hacer la presentación y divulgación de los resultados y de las interpretaciones del estudio (Gonzalez, 2002). Por otro lado, la propia naturaleza de la metodología cualitativa, que indaga en la condición humana, construye el conocimiento mientras acoge la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras condiciones propias de la subjetividad del ser humano y de su carácter social. Tales condiciones son características del objeto de estudio y reflejo del enfoque cualitativo, a la vez que son valores cultivados durante la investigación. Por todo ello la riqueza de la investigación cualitativa depende de la bondad con la que se han captado y descrito las condiciones en la búsqueda de significados (González, 2002).

Emanuel, Wendler y Gracy (2000) afirman que los requisitos para garantizar la corrección ética son básicamente siete: el *interés científico de lo investigado*, la *validez científica*, la *razón riesgo-beneficio favorable*, el *consentimiento informado*, el *respeto por los participantes*, la *evaluación independiente* y la *selección equitativa de sujetos*.

En el caso concreto de esta investigación, para cumplir con los requisitos éticos que conlleva cualquier estudio que implique seres humanos (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorca, 2006) y atendiendo a la especificidad que conlleva el enfoque cualitativo (González, 2002), se ha sometido el proyecto a dos sistemas de evaluación externa independiente con el objetivo de valorar la pertinencia ética del proyecto.

En este sentido, el primer paso ha sido someter el proyecto a la valoración por parte de la Comisión Científica de la UIC al ser la entidad donde está inscrito como proyecto de tesis doctoral. Dentro de esta comisión se ha evaluado especialmente el interés científico del tema investigado, su validez a través del análisis del apartado dedicado a la metodología y la selección equitativa de participantes a partir de la valoración de la técnica de muestreo desarrollada dentro del apartado metodológico. El proyecto de tesis doctoral ha

superado satisfactoriamente esta primera evaluación externa e independiente con un informe favorable (ver **Anexo 9**).

En segundo lugar, se ha vuelto a someter el proyecto de investigación, de forma independiente y anónima, a valoración por parte de la *Comisión de Ética en la Investigación* de la misma institución. Esta comisión ha evaluado especialmente los apartados del proyecto más vinculados a la relación coste-beneficio (solicitando en el proyecto información sobre el presupuesto previsto para ejecutarlo), el diseño del documento de consentimiento informado (ver **Anexo 4**) y de hoja de información del participante (ver **Anexo 3**). El proyecto de tesis doctoral ha superado satisfactoriamente esta segunda evaluación externa e independiente con un informe favorable (ver **Anexo 10**).

Además en todos los casos los participantes han recibido por escrito previamente la información del proyecto (ver **Anexo 3**) y han firmado el consentimiento informado (ver **Anexo 4**) dándoles la posibilidad de abandonar el proyecto en cualquier momento. Finalmente se estableció un protocolo de protección de datos en base a la normativa legal vigente (Boletín Oficial del Estado, 1999) que consistió en anonimizar las entrevistas, limitar el acceso a las transcripciones a los miembros del equipo de investigación y establecer un acuerdo de confidencialidad con el servicio de asesoría externa (ver **Anexo 6**).

Parte 3ª: Aproximación empírica

Capítulo 5. Publicaciones de esta tesis

Tal y como hemos visto en el Capítulo 3, esta tesis tiene como objetivo contestar a la pregunta general de investigación relativa a si “la integración de la enfermería española en la universidad con un rol de *cuidado centrado en la persona* ha contribuido a mejorar su profesionalización”.

Para dar respuesta a esta pregunta general y tomando como referencia el contexto conceptual del concepto “profesión” elaborado en el Capítulo 2 (ver **Figura 4**), se han enfocado preguntas de investigación específicas.

Dado que la tesis se presenta por compendio de publicaciones, los resultados del estudio se han estructurado en tres artículos que integran la respuesta a cada una de las preguntas de investigación planteadas. La **Figura 4** muestra gráficamente los artículos escritos y su concordancia con las preguntas de investigación planteadas en esta tesis.

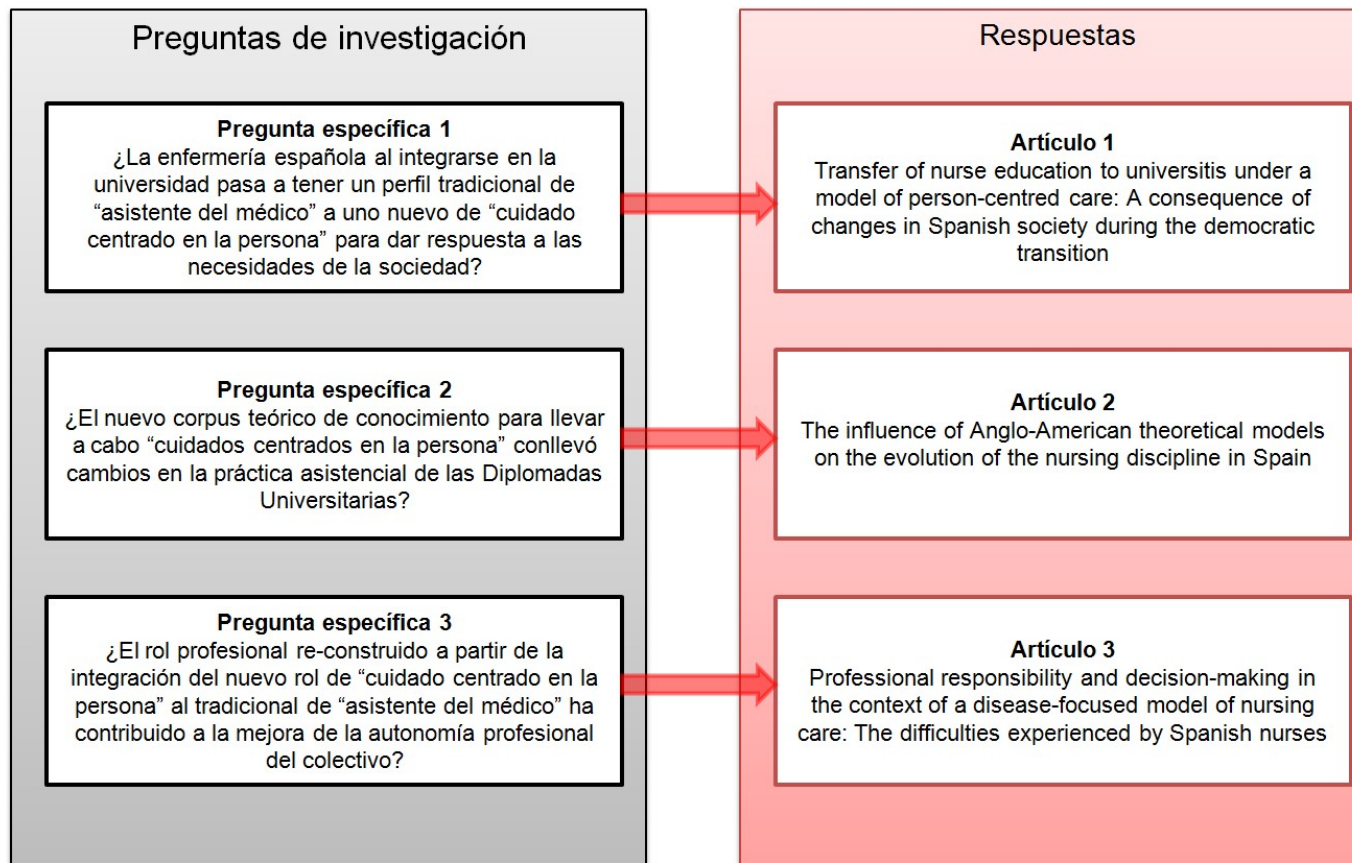


Figura 4. Compendio de artículos que dan respuesta a las preguntas de investigación

El primer artículo titulado “**Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: A consequence of changes in Spanish society during the democratic transition**” fué aceptado a fecha 10.4.17 en la revista de primer cuartil *Nurse Education Today* (Rodrigo, O., Caïs, J. & Monforte-Royo, C. (2017). Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: A consequence of changes in Spanish society Durant the democratic transition. (Ver **Anexo 11**)

Revista: *Nursing Education Today*

doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.006.

Impacto bibliométrico: ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.591; 25/116 (NURSING). ISSN: 0260-6917

ISSN: 0260-6917

El segundo artículo bajo el título “**The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain**” fue aceptado a fecha 19.11.16 y publicado en el número del mes de diciembre del 2016 en *Nursing Inquiry* (Rodrigo, O., Caïs, J. & Monforte-Royo, C. (2016). The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain. *Nursing Inquiry*. (Ver **Anexo 12**).

Revista: *Nursing Inquiry*

doi: 10.1111/nin.12175.

Impacto bibliométrico: ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.141; (48/116 NURSING).

ISSN: 1320-7881

Por último, el tercer artículo que tiene por título “**Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses**” fué aceptado a fecha 10.4.17 en la revista *Nursing Inquiry*.(Rodrigo O, Caïs J & Monforte-Royo C. (2017). Clinical responsibility and decisión-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses. (Ver **Anexo 13**).

Revista: *Nursing Inquiry*

doi: 10.1111/nin.12202

Impacto bibliométrico: ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.141; (48/116 NURSING).

ISSN: 1320-7881

5.1. Artículo 1

The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain.

Abstract

In Spain, the introduction of the new Diploma in Nursing in 1977 saw the role of nurses shifting from that of medical assistants with technical skills to being independent members of the healthcare team with specific responsibility for providing professional nursing care. Here we analyse the evolution of the nursing profession in Spain following the transfer of nurse education to universities, doing so through interviews with the first generation of academic tutors. This was a qualitative study using the method of analytic induction and based on the principles of grounded theory. Participants were selected by means of theoretical sampling and then underwent in-depth interviews. Steps were taken to ensure the credibility, transferability, dependability and confirmability of data. The main conclusion of the analysis is that there is a gap between a theoretical framework borrowed from the Anglo-American context and a nursing practice that, in Spain, has traditionally prioritised the application of technical procedures, a role akin to that of a medical assistant. It is argued that a key factor underlying the way in which nursing in Spain has evolved in recent decades is the lack of conceptual clarity regarding what the role of the professional nurse might actually entail in practice.

Keywords: grounded theory, twenty-first century history, nursing, nursing theory, professional role, Spain

BACKGROUND

The year 1977 is a milestone in the history of nursing in Spain, as it was then that nurse education became the responsibility of universities and a new Diploma in Nursing was established. This resulted in the role of the Spanish nurse shifting from that of a medical assistant with technical skills (Domínguez-Alcón, 1986, p. 103; Sellán, 2010, p. 241) to being an independent member of the healthcare team with specific responsibility for providing what was termed “professional nursing care” (Garcia & Martinez, 2001, p. 185).

In her analysis of the history of the nursing profession, Rousseau (1997) argues that the recognition of nursing as a discipline implied a conceptual shift away from the idea of the ‘model nurse’ for whom caring is a vocation — as in the case of Spanish nursing prior to 1977 — to a concept of care based on theoretical models of nursing, such that care becomes a science. This process occurred much earlier in some countries than in others. In the English-speaking world, for instance, important developments in the nursing profession began to take place in the early part of the twentieth century, leading to increased training and skills development for nurses, as well as a more explicit definition of the principles of practice (Bullough & Bullough, 1981). Thus, by the time the system in Spain began to change in the 1970s, the theoretical framework already developed in the Anglo-American context was there to be drawn upon. What is unclear, however, is to what extent the availability of this theoretical body of knowledge influenced the development of the nursing discipline in Spain.

In Spain, nursing began to be officially recognised as a profession in 1857, when the government of the day passed a public Education Law that established three categories: practitioner, matron and nurse (Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish government], 1857). Almost a century later, the Royal Decree of 27 June 1952 (Boletín Oficial del Estado, 1952) unified these roles into a single nursing qualification known as ATS (*Technical Healthcare Assistant*). Despite the new qualification, however, the role of the nurse continued to be that of a medical assistant, with the emphasis on the application of technical procedures for treating the patient’s illness (Hernández, 1995).

At the beginning of the 1960s, and influenced by developments in the nursing profession in the USA and Canada, a current of opinion began to form in Spain calling for nursing to become a university-based discipline (García & Martínez, 2001). Subsequently, in 1970, the new Education Law (Boletín Oficial del Estado, 1970) considered two possibilities for the ATS qualification: integrating it within the country’s already discredited vocational training system or raising its status to university level. In response, nurses across the country demonstrated in large numbers in favour of the latter option (Sellán, 2010, p. 242), and eventually, in July 1977, the responsibility for nurse education was transferred to universities, a move that saw the ATS qualification being replaced with the new Diploma in Nursing (Boletín Oficial del Estado, 1977a).

The Academic Advisory Committee that was set up in order to establish the content of the new training syllabus envisaged that nurses who obtained the diploma would have a specific role within the healthcare team (Santo-Tomás, 2000, p. 105), namely providing “professional nursing care” (García & Martínez, 2001, p. 185). When legislation regarding the syllabus to be followed by the new schools of nursing was published in November 1977 (Boletín Oficial del Estado, 1977b), it included a new core subject entitled *Fundamentals of Nursing*, which had not previously formed part of the ATS qualification. The focus of this new subject was the specific theoretical content that nurses would need to apply in practice under their new professional role (Germán, 2013, p. 196; Santo-Tomás, 2000, p. 105).

Another provision set out under this legislation was that existing nurses in possession of the ATS qualification would be called upon to teach specific subjects such as the aforementioned *Fundamentals of Nursing* (Sellán, 2010, p. 244). This meant that they would be required to teach the theoretical content related to the provision of “professional nursing care” without themselves having received prior training or experience of this kind. How this first cohort of nurse teachers went about constructing the discipline in the academic context, and how the new theoretical body of knowledge influenced the clinical practice of subsequent generations of Spanish nurses, are questions that have yet to be answered.

METHOD

Taking as its starting point the experience of the first wave of ATS nurses who became teachers on the new *Diploma in Nursing* courses, the present study seeks to analyse the evolution of the nursing discipline in Spain following the transfer of nurse education to universities, and to explore how the new theoretical body of knowledge was constructed.

This was a qualitative study using the method of analytic induction, in which the formulation of an initial hypothesis was followed by the selection of extreme cases (Katz, 2001; Borobia, 2004). Interviews with participants were analysed using interpretive description (Thorne, Kirkham & MacDonald-Emes, 1997; Thorne, Kirkham & O’Flynn-Magge, 2008).

Participants were selected by means of theoretical sampling (Katz, 2001). The number of participants to be recruited was established according to the criteria of sufficiency (Seidman, 2013), with sampling ending when theoretical saturation was reached (Strauss & Corbin, 2002; Strauss & Corbin, 2015). The main inclusion criterion was that participants should have been employed as nurses with the ATS qualification at the point when nurse education was transferred to universities. They were recruited from different regions of Spain with the aim of achieving maximum variability of contexts.

The final sample comprised eight participants (Table 1) who were interviewed between March 2013 and May 2015. The eight participants had between 10 and 35 years of experience as nurse teachers. The first six

participants were recruited during the initial sampling, and on the basis of the interviews conducted with them, two possible extreme cases were subsequently identified. As no new information was gained through these two interviews it was concluded that theoretical saturation had been reached. Interviews lasted between 60 and 90 minutes.

Data were gathered through in-depth interviews designed in accordance with the recommendations of Seidman (2013), that is, the sequential exploration of three topics in order to help induce the participant's experience. Table 2 shows the guidelines for the topics to be explored. Participants were recruited through the university nursing schools in Spain with which the research team had contact. Interviews were conducted by the first author, who introduced herself to participants as a nurse teacher. The initial contact with potential participants was via email and involved providing them with information about the study and requesting their participation. The date and time for a face-to-face interview was then agreed, in a place of the participant's choosing (which in all cases was their place of work). Written informed consent was obtained at the beginning of each interview, prior to any kind of data collection.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the *Universitat Internacional de Catalunya*. All participants were informed that participation was voluntary, and they all signed informed consent. The anonymity and confidentiality of data was ensured at all times.

Data were analysed using a grounded theory approach based on theoretical sampling and the constant comparative method (Strauss & Corbin, 2002). The first step involved the open or substantive coding of data, in which fragments of discourse were linked to coding labels. This was followed by focused coding, in which we sought to identify the most significant and/or frequent codes in order to define the emergent categories. Based on the outcome of this focused coding we then drew up provisional categories, specifying their properties and dimensions (axial coding). The application of a coding paradigm throughout the analytic process facilitated the subsequent establishment of relationships between categories and enabled the final theoretical narrative to be produced. In addition, a series of memos were generated in order to provide support for the entire analytic process (Charmaz, 2006).

In order to ensure the study's credibility the results are illustrated with verbatim quotations (see Table 3) from the interviews with participants. Additionally, an internal audit was performed of the decisions made within the research team, coupled with an external audit conducted by an expert in qualitative methodology. As regards transferability, we clearly described the sampling context (see Table 1) and considered the results as working hypotheses that are not susceptible to generalisation. To systematise and support the analytic process, work standards were used in conjunction with the ATLAS.ti 7.1 software (for operative support) during the entire research process. Finally, internal and external audits were carried out so as to ensure the confirmability of results.

FINDINGS

The initial discourse analysis revealed four categories that described the evolution and construction of nursing as a professional discipline in Spain following the transfer of nurse education to universities. These categories were: transfer of nurse education to universities as a response to social and historical needs; a body of theoretical knowledge originating in the Anglo-American context; a model of socialisation based on the supremacy of technical procedures; and a gap between theory and a technically-based practice.

Application of the constant comparative method to these four initial categories yielded a core category that could account for how nursing as a professional discipline has evolved in Spain following the transfer of nurse education to universities. This core category was: a lack of conceptual clarity regarding the role of the professional nurse (Figure 1). In the following subsections we discuss each of these categories. In the case of the four initial categories we link the discussion to the verbatim quotations presented in Table 3; for example, P5:1 in the text indicates that the point being made is supported by quotation P5:1 for the corresponding category in Table 3.

Transfer of nurse education to universities as a response to social and historical needs

There are three key factors that can help explain why nursing in Spain saw its status raised to university level rather than become incorporated into the already discredited vocational training system of the day: the country's transition to democracy following the death of Franco in 1975, the fact that nurses had skills that went beyond the vocational level, and greater independence for women in society.

The swearing in of *King Juan Carlos I* of Spain in 1977 marked the beginning of the country's transition to democracy after four decades of dictatorship (Germán 2013, 32). In the process that followed, one of the things that the Spanish people called for was the establishment of universal health care. **(P5:1)**

The new system of public and universal health care opened up a range of opportunities for nurses with the ATS qualification, who saw their employment prospects boosted by the need for nurses with greater technical competence, a sense of responsibility and the capacity for decision making. **(P5:2)(P5:3)**

A key aspect of this process was the greater autonomy being granted to women in Spanish society, which inevitably had an impact on the predominantly female nursing profession. **(P4:4)**

A body of theoretical knowledge originating in the Anglo-American context

In Spain, the initial body of nursing knowledge was based on two distinct types of care, which we shall refer to here as 'general care' and 'traditional nursing care'. As a result of the new university-based training, however, nurses were expected to apply what was termed "professional nursing care", which according to Medina (1999) implied the scientific transformation of the other two types of care.

The notion of 'general care' derives from human nature itself; its goal is to enable the growth of the species (Watson, 1997, 2006) and it is closely linked to motherhood and, therefore, to the role of women in society (Celma & Acuña, 2009; Hernández , 1995). **(P4:1)**

Traditional nursing care, as practised by nurses in hospitals, went beyond this level of general care, however, and was based on intuition and tradition. As no specific records had to be kept for this aspect of care, there was generally no written account of what it actually entailed in practice. Importantly, Celma & Acuña (2009) point out that this tends to be the case even today in Spain, since many of the tasks that form part of professional nursing care are not usually recorded as they are regarded as being less important than are those tasks that involve the application of some technical procedure (e.g. giving injections). **(P3:2)**

Nursing in Spain had traditionally been seen as a vocation in which caring was based on the principle of Christian charity (Miró-Bonet, 2008), thereby epitomising the idea of the 'model nurse' who cares out of duty (Rousseau, 1997). This, together with the gender stereotype that saw the caring role as being inherent to women, meant that many of the professional tasks carried out by nurses in Spain were often overlooked. **(P4:3)**

The goal of the new university-based training programme was that nurses would become core members of the healthcare team with specific responsibility for providing professional nursing care based on the application of certain theoretical models. However, the lack of nurse teachers with the academic background required to develop the corresponding curricular content, which implied giving a scientific foundation to the caregiving role, meant that this knowledge had to be borrowed from the Anglo-American context, in which the nursing discipline had already developed along these lines (Miró-Bonet, 2010). **(P6:4)**.

However, the difficulty of accessing the scientific literature in English, coupled with the limited knowledge of this language among nurse teachers in Spain, meant that the emphasis was placed on those works that had already been translated into Spanish. This would seem to be why, among the extensive scientific literature available at the time, that the model chosen was that described by Virginia Henderson. **(P2:5)**

The lack of academic training and experience in the application of scientifically-founded professional care made it difficult for those charged with teaching the *Fundamentals of Nursing* to integrate theoretical models of nursing into health care practice. **(P4:6)**

The lack of integration between theory and practice led to nurses undervaluing the specific contribution that professional nursing care could make to society. As Celma & Acuña (2009) point out, nurses in Spain continued to prioritise more technical tasks, to the detriment of other aspects of the caring role. An additional factor here is that a model of health care, whether in the USA or elsewhere, that places the emphasis on costs, technology and medical science leaves little room for nurses to exercise an independent caring role. As argued by Warelow et al. (2008), nurses will only become aware of the value of caring when they have enough time, within their daily work routines, to carry it out and to witness the benefits. **(P1:7)**

A model of socialisation based on the supremacy of technical procedures

In Spain, the nursing discipline has evolved within a model based on the supremacy of technical procedures. One of the reasons for this is that almost all the newer generations of nurses (i.e. those who have obtained the university diploma) have received their academic and practical training from older colleagues in possession of the previous ATS qualification, which placed much greater emphasis on the performance of technical tasks. An additional factor is that nurses tended to ignore the theoretical content they were taught on the *Fundamentals of Nursing* course, as it was seen as being of little relevance to what they perceived as their real training needs in the practical setting. This meant that although the new generations of nurses were exposed at university to theories and models of nursing, the model of socialisation in practice continued to be that based on the supremacy of technical procedures. **(P4:1)**

As noted above, a key reason for this was the fact that for many years most of the teachers linked to the Diploma course, both academically and on placement, had themselves been trained under the more technically-oriented ATS programme. **(P4:2)**

In order to encourage an attitude of acceptance among currently employed ATS-qualified nurses of the new diploma students on placement, a grand parenting scheme was established, whereby the former could bring their knowledge up to date and, upon successfully passing the corresponding university exam, have their qualification upgraded to Diploma status (Boletín Oficial del Estado, 1980a, 1980b). **(P5:3)**

However, the urgency with which large numbers of ATS nurses had to be accredited meant that the grand parenting scheme had a number of shortcomings. Notably, it had to be implemented in a distance-learning format and over a period of time that was too short to cover all the new curricular content. **(P6:4)**

There were also irregularities in terms of the minimum standards required to pass the accreditation exam, which differed across the different regions of Spain. **(P5:5)**

All these factors combined to undermine the extent to which the newly upgraded older nurses incorporated the new theoretical content into their actual practice. Furthermore, those teachers on the new *Fundamentals of Nursing* course who had been trained according to Anglo-American models did not believe that theories and models of nursing needed to be underpinned by practical experience. This likely led to a professional culture in which nurses were instructed in theoretical models that were rarely applied in practice. **(P1:6)**

Important changes in the Spanish health system, including the reform of primary health care (Boletín Oficial del Estado, 1984), forced the older generations of ATS nurses to prioritise training in order to acquire new skills. In this context, the teachers on the *Fundamentals of Nursing* course came to be seen as an academic elite with little or no grasp of clinical reality or the needs of nurses at the time. This kind of perception is highlighted in the study by Corlett (2000), who noted that nurse teachers frequently seek to introduce theoretical ideals that are impossible to implement in clinical practice. **(P6:7)**

Gap between theory and a technically-based practice

Application of the new body of knowledge led to a gap between theory and practice (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra et al., 2006), which in turn generated a lack of motivation among both nurse managers and clinical nurses when it came to applying the new theories and models in everyday practice. **(P4:1)**

The introduction of theoretical models of nursing in an academic context that was seen as being cut off from the realities of nursing in Spain led to a widespread reluctance among nurses to implement these models in practice. **(P4:2)**

One of the consequences of this was that the whole approach to nursing was applied in a mechanical way. In this respect, one might say that the nursing discipline in Spain has been characterised by a lack of critical reflection on clinical practice. **(P4:3)**

Another factor contributing to the gap between theory and practice is the lack of willingness on the part of clinical nurse managers to implement the new approach to nursing. However, developments in science in general, leading to a more complex and holistic approach to patient care, are seen as likely facilitators of change in this regard. **(P4:4)(P4:5)**

Interestingly, the gap between theory and practice also appears to be closing among the newest generations of nurses. In fact, the clinical practice in some health care settings is now more advanced than the theory that is being taught in the classroom. **(P2:6)**

A higher academic level among nurses, the availability of a shared nursing language and greater experience in the use of protocols that facilitate application of the new approach are seen as key factors driving these changes. **(P4:7) (P2:8)**

It is worth noting, however, that according to the study by Arranz (2015) on the use of conceptual models, nursing process and a standardised language, the fact that more Spanish nurses are now members of scientific societies has not led to an increased use of such tools among the profession.

Lack of conceptual clarity regarding the role of the professional nurse

Although almost four decades have now passed since nurse education in Spain was transferred to universities there continues to be a lack of conceptual clarity regarding what the proposed 'professional nursing care' actually entails in practice. This situation would seem to be the result of three factors: 1) a body of theoretical knowledge —borrowed from the Anglo-American context — that does not adequately match the needs of Spanish nurses in practice; 2) an insufficient academic background among the older generations of ATS nurses who acted as teachers on the university diploma course; and 3) important irregularities in the process of upgrading and accrediting the qualifications of ATS nurses in general (a process that was seen as key in relation to the hospital-based training that would be received by the newer generations of nurses on the diploma course).

Together, these factors fostered a disparity between the theory taught in university classrooms and everyday clinical practice (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra et al., 2006), leading to a mechanical application of the tools and concepts derived from the Anglo-American models and, ultimately, to a lack of reflection on nursing practice. These tools proved to be ill-suited to the model of nursing that was required to meet the needs of a changing society in Spain. However, the gap between theory and practice now appears to be closing among the newest generations of nurses, and there appear to be a number of factors driving this change: the higher academic level being achieved by these nurses, including entry onto doctoral programmes; the use of a shared professional language among nurses; and the introduction of computerised systems that facilitate the use of nursing protocols.

DISCUSSION

The nursing discipline in Spain has found it difficult to incorporate models of nursing originating in the Anglo-American context into everyday health care settings. This is illustrated by the gap between the theory that is taught in university classrooms, which offers models and concepts for the provision of 'professional nursing care', and the technically-oriented practice of many Spanish nurses (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra et al., 2006), where critical reflection is often lacking. In relation to these issues, the present study

has identified a series of factors that have either hindered or encouraged the conceptualisation of the professional nurse's role in Spain.

Factors that have hindered the conceptualisation of nursing in Spain

The first factor to consider is that when, in 1977, nurse education was transferred to universities, many of the tasks traditionally carried out by Spanish nurses were not formally recorded in writing. In addition, the new Diploma in Nursing required a syllabus that would provide a more scientific perspective on nursing care (García & Martínez, 2001, p. 185). As a result, the body of knowledge that would underpin the new *Fundamentals of Nursing* course had to be borrowed from the Anglo-American context (Miró-Bonet, 2010), where the nursing discipline had already developed along these lines. A similar process had taken place during the 1950s and 1960s in Japan, where Anglo-American theories were used as the basis for the development of manuals on nursing theory and philosophy, which became known locally as *Kangoron* (Huch & Hisama, 2001).

In this respect, it is important to note that the ideas of Virginia Henderson, as well as other Anglo-American theories of nursing, were not based on the tradition of 'women as carers', nor on what nurses were already doing in practice; rather, they drew upon the body of knowledge developed in other disciplines such as psychology (Rousseau, 1997). This may be one reason why historians have considered nursing to be an invisible profession, one for which there are no written records of many of the care tasks carried out by nurses. Thus, the Anglo-American theories of nursing, articulated in the form of models, were constructed not on the basis of the history of care (Maggs, 1996) but, rather, by turning to a body of knowledge already developed by other disciplines.

The initial aim of the Anglo-American theories was to develop a series of constructs that could account for the everyday practice of nurses (Lister, 1997). According to Park (1996), a particular goal of these theories and models was to rid nursing of its association with a 'science of hygiene', whereby the cleaning role assigned to women in the home was extrapolated to the hospital setting. It was important, therefore, that the new models could withstand the intellectual scrutiny of the scientific community. One of the consequences of this was that nursing adopted a highly rationalist discourse, one rooted in the same concepts as medical practice (Lister, 1997); importantly, the risk of this kind of overlap continues to this day (Beedholm & Frederiksen, 2015). These theoretical proposals therefore had only a weak relationship to the everyday care practices of nurses. On this point, Shaw (1993) argues that if the discipline of nursing is to become an applied science, then it must base its approach on actual nursing practice. Interestingly, Miró-Bonet (2010) points out that the use of Anglo-American conceptual models was one of the strategies used by Spanish nurses during the 1970s and 1980s in an attempt to obtain recognition as an independent profession, distinct from medicine.

Another factor to consider is the considerable academic gap between Anglo-American nurses, who began to develop their theories in the 1950s (Shaw 1993), and the first generations of Spanish nurses with the ATS qualification (1955-1977), whose academic training lagged well behind until practically the 1980s (Germán, 2013, p.186). The difficulty of integrating the new theoretical concepts and the absence of any experience in applying them in practice meant that, in Spain, the Anglo-American models of nursing were implemented in a mechanical way, without the sort of reflective practice required in order to adapt them to the Spanish health care context.

This notion of 'reflective practice' is a term coined by Schön (1987) and it comprises two elements: 'reflection in action' and 'reflection on action' (Kinsella, 2009). In this respect, an interesting line of future research would be to investigate the extent to which those nurses who have been trained under the Diploma scheme (i.e. since 1977) continue to perform their tasks as originally defined (which would indicate a lack of reflective practice) or whether, on the contrary, they have been able to engage in 'reflection on action' and improvise new working routines. This ability to introduce new routines would contribute to a continued improvement of practice and would imply a capacity for 'reflection in action'.

Another factor that has hindered the conceptualisation of professional nursing in Spain is the important irregularities that occurred during the process of upgrading and accrediting those nurses who had obtained the earlier ATS qualification (Boletín Oficial del Estado, 1980a, 1980b), as this made it difficult to integrate the new nursing practices. More specifically, the new generation of diploma-trained nurses were subject to a process of enculturation in which their older peers continued to apply a model based on the supremacy of technical procedures, thereby helping to perpetuate the idea of nurses as medical assistants. As Shaw (1993) argues, if nurses are to be socialised as — and to think like — nurses, then nursing studies need to be based on a nursing paradigm, not one that is proper to medicine.

A final factor that has hindered the conceptualisation of the nurse's role in Spain has to do with the important changes that the Spanish health care system underwent in the years following the transfer of nurse education to universities. Nurses were now required to develop new skills related to the reform of primary health care (Boletín Oficial del Estado, 1984) and to provide specialist care that was increasingly complex and which made use of new technology (Santo-Tomás, 2000, p. 93; Sellán, 2010, p. 220). The fact that nurses saw little value in a model of nursing that was difficult to apply in their everyday practice, coupled with the need to acquire the new skills they were now required to perform, helped to consolidate the gap between theory and practice. Interestingly, Engstrom (1984) and Bramwell (1985) note that a similar gap was also present in the Anglo-American context during the same period, as illustrated by the debate over whether theory was 'of nursing' or 'for nursing'.

A further point to take into account here concerns the number of nurses working in Spanish hospitals (Ferrús et al., 2006), which was estimated to be 35% below the European average (Garcia et al., 2008). This is another factor that can help explain why Spanish nurses prioritised a more technical role over the proposed 'professional nursing care', the latter being based on theories and models that they saw as difficult to apply in practice.

Factors that have encouraged the conceptualisation of nursing in Spain

Despite the limiting factors described in the previous section, there is also evidence from some health care settings that the gap between theory and practice is beginning to be closed, thus enabling a better conceptualisation of the role of nurses in Spain. The main drivers of this process appear to be the use of a shared professional language among nurses and the availability of tools that promote the practical application of the theoretical models of nursing.

The shared language reflects specific knowledge that nurses are expected to have, such as that recommended by the *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, the *Nursing Interventions Classification (NIC)* and the *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (Lunney et al., 2004). The use of classifications and protocols such as these has both advantages and disadvantages. As regards the benefits, Hayakama's theory of language (Hayakawa & Hayakawa, 1990) would suggest that their use facilitates communication, cooperation and collaboration among professionals (Lunney et al., 2004), thereby encouraging the establishment of professional identity (Del Pino, 1998). In addition, the possibility of providing evidence-based care helps to drive conceptual advances within the nursing discipline (Bulechek, 2014; Moorhead & Johnson, 2014). Another advantage of a shared language is that its use helps to increase the social visibility of nursing as a profession (Del Pino, 1998).

As for the disadvantages, Mitchell (1991) argues that the definitions of the terms used in these classifications or sets of guidelines are unlikely to capture the complexities of clinical practice. Likewise, SmithBattle & Diekemper (2001) suggest that their use may misconstrue the experience of nurses, thereby distorting their view of clinical reality (Lunney et al., 2004).

Other authors have sought to see both sides of the argument, suggesting that while protocols of this kind can be highly useful for guiding clinical practice, especially among less experienced professionals, they should not be seen as a replacement for critical reflection or thorough assessment of the patient's specific condition (Travale, 2007). This opens up an interesting avenue for future research in Spain, in that it would be useful to explore whether, in those settings where standardised protocols and guidelines are used, nurses engage in critical reflection or continue to apply the Anglo-American models in a mechanical way. If the latter proved to be the case, this would mean that these models of nursing, whose principal purpose is to raise the profile of nurses within the health care system, are still being applied in a way that undermines the development of Spanish nursing as an applied science.

As a final point regarding the use of nursing practice tools, a systematic review conducted in 2003 (Currell & Urquhart, 2003) found no evidence of effects on practice that could be attributed to changes in nurse record systems. The authors of this review also suggested that the paucity of studies of sufficient methodological rigour highlighted the need for both randomised trials and studies of a more qualitative nature (Currell & Urquhart, 2003), which in the Spanish context would help to determine the extent to which such systems are able to facilitate a clearer conceptualisation of the nurse's role.

LIMITATIONS

The main limitation of this study is that two of the authors are themselves members of the nursing profession, which may have influenced both the gathering of data and the process of analysing the interview transcripts. In an attempt to minimise this potential bias, we held — throughout the data gathering and analysis process — several inter-analysis meetings both within the research team and in collaboration with an external consultant (Cornejo, Besoain & Mendoza, 2011).

CONCLUSION

The nursing profession in Spain suffers from a lack of conceptual clarity regarding the nurse's role. This would seem to be the result of the gap between theory — as taught in university schools of nursing, and based on models borrowed from the Anglo-American context — and the everyday practice of Spanish nurses, which still places considerable emphasis on technical procedures, and where critical reflection is often lacking. When, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities the models of nursing already developed in the Anglo-American context were seen as a way of advancing the discipline along more scientific lines. This process was hindered, however, by a number of factors, notably the lack of written records regarding what Spanish nurses actually did in practice and the lack of a sufficient academic background among the first generations of nurse teachers on the new *Diploma in Nursing* course (Medina, 1999). Interestingly, Burgess and Purkis (2010) identified similar training limitations among Canadian nurses when it came to aspects of role development such as carrying out research in their area of knowledge.

The fact that the Anglo-American theories and models drew upon developments in other disciplines (e.g. psychology) rather than being founded on the tradition of nursing care in that context (Maggs, 1996) has made it difficult for them to be transferred to health care settings in Spain. A key factor here is that they were often models 'of nursing' rather than 'for nursing' (Shaw, 1993), and this meant that the theory being taught in universities was frequently applied in a mechanical way by Spanish nurses, whose role in practice continued to be akin to that of a technically-skilled medical assistant. The main consequence of this gap between theory and practice has proved to be a lack of conceptual clarity regarding what 'professional nursing care' based

on reflective practice actually entails. A related disparity has been observed in countries such as Canada (Warelow et al., 2008) and the USA (Watson, 2006), whose health systems give priority, for financial reasons, to technology and medical science, leaving nurses relatively few opportunities to implement person-centred care in practice. Other authors go as far as to argue that this is a problem affecting nursing the world over and that it results from the dominance of American thought, which has led to the Americanisation of other countries' theories and models (Holt, Barrett, Clarke & Monks, 2000).

Despite these obstacles, the gap between theory and practice in Spain appears to be closing, driven by factors such as the use of common classifications and protocols (e.g. NANDA, NIC, NOC) that facilitate understanding and communication of theoretical knowledge among professionals, as well as the availability of software applications that make it easier to implement the tenets of 'professional nursing care' in practice.

REFERENCES

- Arranz, S. (2015). *Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería* [Conceptual models, methodology and standardised language and their relationship to the presence of scientific associations in nursing]. (Unpublished doctoral thesis). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from: <http://eprints.ucm.es/34363/1/T36686.pdf>
- Arreciado, A., & Isla, M. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(7), 859–863. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.014
- Beedholm, K., & Frederiksen, K. (2015). The process of Danish nurses' professionalization and patterns of thought in the 20th century. *Nursing Inquiry*, 22(2), 178–87. doi:10.1111/nin.12079
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1857). Ley Moyano de instrucción pública de 9 de septiembre de 1857 [Law on public education of 9 September 1857].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1952). Decreto de 27 de junio de 1952 [Decree of 27 June 1952].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1970). Ley General de Educación [General Law on Education].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1977a). Real Decreto 2128/1977 [Royal Decree 2128/1977].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1977b). Orden Ministerial de 22 de octubre de 1977 [Ministerial Order of 22 October 1977].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1980a). Orden del 15 de julio de 1980 [Order of 15 July 1980].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1980b). Real Decreto 111/1980 de 11 de enero [Royal Decree 111/1980 of 11 January].
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government]. (1984). Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud [Royal Decree 137/84 on basic health structures].
- Borobia, R. (2004). La Hipótesis en estudios cualitativos. El caso de la inducción analítica en una investigación sobre adolescencia [The

- hypothesis in qualitative research: The use of analytical induction in a study of adolescence]. *Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales*, V(6), 1–12.
- Bramwell, L. (1985). Nursing science: retrospect and prospect. *The Canadian Nurse*, 81(3), 45–48.
- Bulechek, G. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* [Nursing Interventions Classification (NIC)]. Barcelona [etc.]: Elsevier. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b5859653~S23*cat
- Bullough, B., & Bullough, V. (1981). Educational problems in a woman's profession. *Journal of Nursing Education*, 20(7), 6–17. doi:10.3928/0148-4834-19810901-03
- Burgess, J., & Purkis, M. E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing Inquiry*, 17(4), 297–308. doi:10.1111/j.1440-1800.2010.00505.x
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional [Influence of a predominantly female workforce on the development of nursing as a profession]. *Revista de Antropología Experimental*, 9 (9), 119–136.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20(6), 499–505. doi:10.1054/nedt.1999.0414
- Cornejo, M., Besoain, C., & Mendoza, F. (2011). Desafíos en la generación del conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea [Challenges for the generation of knowledge in contemporary, qualitative social research]. *Forum: Qualitative Social Research*, 12 (1), Art. 9
- Currell, R., & Urquhart, C. (2003). Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. [Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes] Cochrane Plus Library. Retrieved from <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002099>
- Del Pino, R. (1998). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros [Lines of research in nursing diagnoses]. *Correo Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería*, II(3), 4–5.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España* [Care and the nursing profession in Spain]. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Engstrom, J. L. (1984). Problems in the development, use and testing of nursing theory. *The Journal of Nursing Education*, 23(6), 245–251.
- Ferrús, L., Gil, M., Gutiérrez, C., Estrem, M., & Escobar, M. (2006). *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Factors que influencien la pràctica infermera* [Recommendations for nurse staffing levels in hospitals: Factors that influence nursing practice]. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.
- García, C., & Martínez, M. L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero* [History of nursing: the historical development of nursing care]. Madrid: Elsevier.
- García, J., Carmona, P., Dieguez, B., Langreo, V., Reoyo, A., & Cuadrado, R. M. (2008). *Estudio sobre la enfermería comunitaria en el servicio madrileño de salud* [A study of community nursing in the Madrid health service]. Madrid: Fundación Sindical de Estudios.
- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978* [The white coat revolution: nursing in Spain, 1976-1978]. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Hayakawa, S. I., & Hayakawa, A. (1990). *Language in Thought and Action*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Hernández, J. M. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería* [History of nursing: A historical analysis of nursing care]. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Holt, J., Barrett, C., Clarke, D., & Monks, R. (2000). The globalization of nursing knowledge. *Nurse Education Today*, 20(6), 426–431. doi:10.1054/nedt.2000.0497
- Huch, M. H., & Hisama, K. K. (2001). International perspectives. An eastern perspective and nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 255-259 doi:10.1177/08943180122108373
- Katz, J. (2001). Analytic induction. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 480–484). Oxford: Elsevier Science.
- Kinsella, E. A. (2009). Original article. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11(5), 3–14. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x
- Lister, P. (1997). The art of nursing in a “postmodern” context. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 38–44. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025038.x

- López-Parra, M. et al. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial [Reflections on the use and utility of nursing models and theories in health care practice]. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218–221. doi:10.1016/S1130-8621(06)71217-7
- Lunney, M., Parker, L., Fiore, L., Cavendish, R., & Pulcini, J. (2004). Feasibility of studying the effects of using NANDA, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 22(6), 316–325.
- Maggs, C. (1996). A history of nursing: a history of caring? *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 630–635. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb00028.x
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* [The pedagogy of care: Knowledge and practice in a university-based nurse training]. Barcelona: Laertes.
- Miró-Bonet, M. (2010). Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales [Conceptual models, a strategy of power with professional implications]. *Enfermería Clínica*, 20(6), 360–365. doi:10.1016/j.enfcli.2010.09.002
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Porqué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976) [Why are we as we are? Discourse and power relations in the construction of professional identity among Spanish nurses (1956-1976)]. *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. doi:10.1016/S1130-8621(08)70690-9
- Mitchell, G. (1991). Nursing diagnosis: An ethical analysis. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 99–104. doi:10.1111/j.1547-5069.1991.tb00651.x
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* [Nursing Outcomes Classification (NOC)]. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Park, H. (1996). A history of nursing: a history of caring? *Journal of Advanced Nursing*, 23, 630–635.
- Rousseau, N. (1997). From vocation to discipline. *Canadian Nurse*, 93(5), 39–44.
- Santo-Tomás, M. (2000). Historia de la Enfermería [History of nursing]. In C. Fernández Ferrín (Ed.), *Enfermería Fundamental* [Fundamentals of Nursing] (pp. 3–129). Barcelona: Masson.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Sellán, M. C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea* [Inside the profession: Elements for a history of contemporary Spanish nursing] (2nd ed.). Madrid: FUDEN.
- Shaw, M. C. (1993). The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18(10), 1651–1656. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18101651.x
- SmithBattle, L., & Diekemper, M. (2001). Promoting clinical practice knowledge in an age of taxonomies and protocols. *Public Health Nursing*, 18(6), 401–408. doi: 10.1046/j.1525-1446.2001.00401.x
- Strauss, A., & Corbin, J. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Basics of qualitative research grounded theory procedures and techniques* (Vol. 1). London: Sage Publications. doi:10.4135/9781452230153
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* [Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory]. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Thorne, S., Kirkham, S.R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Focus on qualitative methods. Interpretative description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*, 20, 169-177. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I
- Thorne, S, Kirkham, S.R., & O'Flynn-Magee, K. (2008). The analytic challenge in interpretative description. *Int J Qual Methods*, 3, 1–11. doi:10.1177/160940690400300101
- Travale, I. (2007). Computer-Assisted instruction for novice nurses in critical care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(3), 132–138. doi:10.3928/00220124-20070501-02
- Warelow, P., Edward, K. L., & Vinek, J. (2008). Care: what nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146–153. doi:10.1097/01.HNP.0000318023.53151.33
- Watson, J. (1997). The theory of human caring. Retrospective and prospective. *Nursing science quarterly*, 10(1), 49-52

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87–93. doi: 10.1097/00128488-200607000-00008

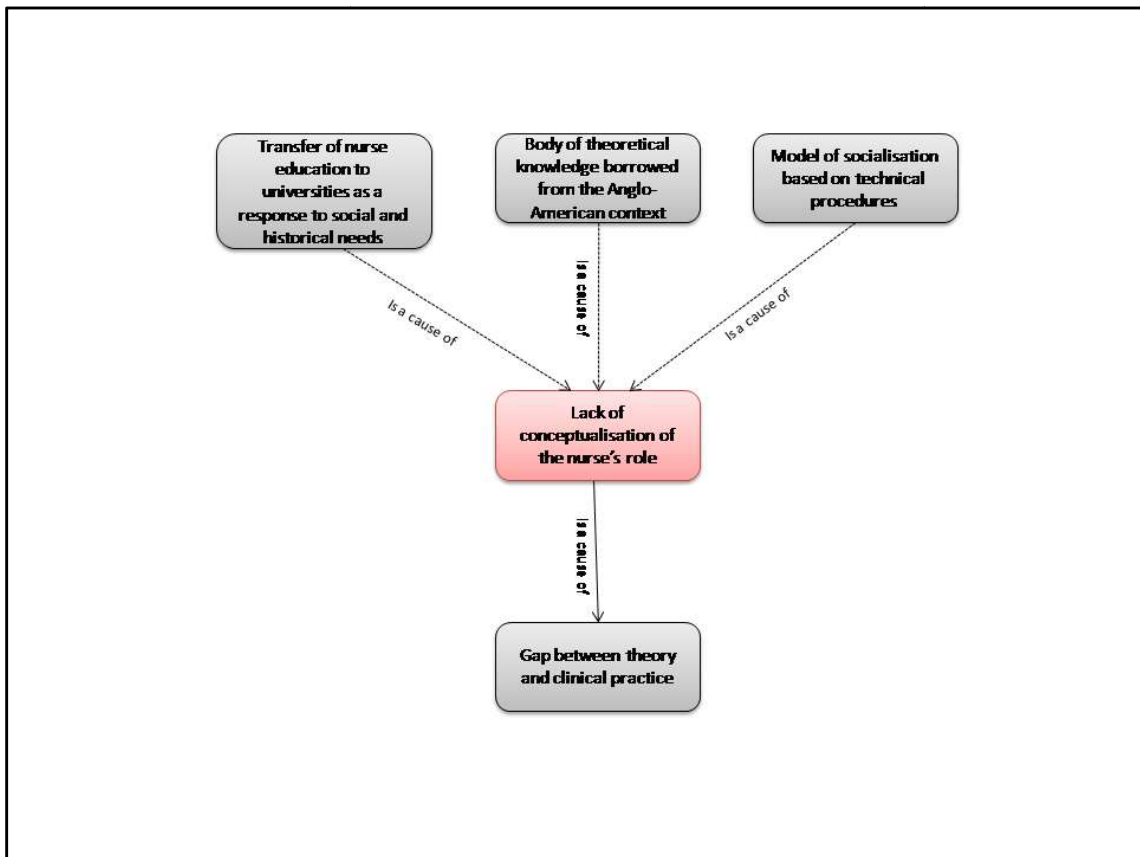


Figure 1.Core category: “ A lack of conceptual clarity regarding the role of the professional nurse”.

Table 1. Characteristics of the sample (n=8)

Characteristics	Number of participants from among the n=8	Participant number
Originally received the ATS qualification (<i>Technical Healthcare Assistant</i>), and subsequently upgraded to the Diplomain Nursing	7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Midwife	1	2
Originally obtained the Diploma in Nursing	1	8
Graduate in other disciplines	3	1, 3, 4, 6
PhD	2	1, 4, 7
Nurse tutor on a <i>Fundamentals of Nursing</i> course	6	1, 2, 3, 4, 7, 8
Nurse tutor on a <i>Nursing Management</i> course	2	5, 6
Working in a public university	2	3, 6
Working in a private university	5	1, 4, 5, 7, 8
Working as a freelance nurse tutor	1	2
Working in a non-religious university	2	3, 6
Working in a Catholic university	6	1, 4, 5, 7, 8
Originally from Catalonia	3	1, 3, 5
Originally from Valencia	1	2
Originally from Andalusia	2	4, 7
Originally from the Balearic Islands	1	6
Originally from Madrid	1	8
Female	6	1, 2, 3, 4, 5, 6
Male	2	7, 8
Belonging to a religious order	1	7

Table 2. Topics to be explored in the interviews.

Operative Question	Purpose of Exploring This Question
Explain your personal background and trajectory in becoming a nurse.	Setting the experience in context.
Explain your current experience as a nurse.	Reconstructing the details of experience in context.
Explain what being a nurse means to you.	Meaning of the experience in context.

Source: Compiled from the model proposed by Seidman (2013)

Table 3. Evidence of initial categories

Categories	Participant and quote	Evidence (verbatim)
Transfer of nurse education to universities as a response to social and historical needs	P5:1	<i>This sort of thing doesn't happen simply because someone has the idea. It comes about because society as a whole demands change... saying this is how we want things to be... because it's always politicians who make the decisions</i>
	P5:2	<i>We showed that we were capable of making decisions, of taking the initiative, and that we were able to learn right there at the bedside not only about the more practical or technical aspects of care but also the more relational side, more to do with initiative and about improving the way we did things</i>
	P5:3	<i>Maybe things could have developed in a different direction, but I think our role, what we did, went beyond the profile of vocational training</i>
	P4:4	<i>As women began to gain more independence, as individuals, then this had a knock-on effect on the nursing profession</i>
A body of theoretical knowledge originating in the Anglo-American context	P4:1	<i>I think that the fact that childcare has been linked to the mother has made it possible for humanity to evolve, to grow</i>
	P3:2	<i>We'd see someone in bed and we'd change their position, but often as not you wouldn't have the chance to keep a record of it</i>
	P4:3	<i>We'd see someone in bed and we'd change their position, but often as not you wouldn't have the chance to keep a record of it</i>
	P6:4	<i>This mistaken idea of charity has meant that much of what nurses do goes unrecognised, no value is placed on our work. It was seen as something natural, the essence of being a woman or being religious</i>
	P2:5	<i>That's what they were looking for, the fundamentals of nursing, and they realised that there were already models in place, that other people had already developed theories about it</i>
P4:6	<i>Because Virginia Henderson was the most widely translated, and not all her work either...and the other books were in English, which was an obstacle, and of course, there was no internet in those days, no quick access to information</i>	
P1:7	<i>It required a big effort on our part, those of us who were there at the beginning. First, because I didn't have a lot of nursing experience, and also because all this was completely new, it was really hard to integrate all these new ideas</i> <i>We ourselves didn't realise how valuable, how strong an impact what we did could make... what I mean is, that nursing care is a powerful treatment</i>	
A model of socialisation based on the supremacy of technical procedures	P4:1	<i>It's about the technical things, so of course, while this is the model you encounter at work, that's what you look for, you become socialised into this model where technical procedures reign supreme</i>
	P4:2	<i>The old model has been reproduced across several generations of nurses. I think that until all that comes to an end... because all the new generations have been influenced by those who came before them and so their ways of</i>

	<i>P5:3</i>	<i>behaving are the same, the same professional approach. That idea of the nurse who is there to serve the doctor, I think it still persists in people's imagination</i>
	<i>P6:4</i>	<i>The fact that so many of the older nurses got accredited helped to overcome a lot of the resistance to the students who were arriving, because more or less everybody was on an even keel</i>
	<i>P5:5</i>	<i>One hundred and twenty thousand people, that's how many had the option of accrediting their qualifications at that time. And so it had to be done by distance learning</i>
	<i>P1:6</i>	<i>It was really hard, and frankly outrageous. Because not everybody treated it with the same degree of seriousness. And eventually word got around that lots of places were practically handing out the accreditations</i>
	<i>P6:7</i>	<i>But I didn't feel very sure of myself. Then, little by little, I began to gain confidence because it was just theory, just studying, this was the basis of the nursing discipline</i>
		<i>This led to the teachers, at some point, being seen as a kind of elite who were cut off from reality. Because at that time they were an academic elite, all with their diplomas and aiming for something that didn't match the real needs of nurses, which was to develop in the new areas that were opening up in the health system</i>
Gap between theory and technically-based practice	<i>P4:1</i>	<i>There was always a large gap between theory and practice, and it continues to this day</i>
	<i>P4:2</i>	<i>Among nurses, the way we sold the whole process of nursing care was completely counterproductive back then. Because it was so far from their everyday reality that it was rejected out of hand, and it still is in some places</i>
	<i>P4:3</i>	<i>In terms of thinking, of reflection on practice, of an awareness of why a method matters... I think we have yet to make this step in practice. What we've got are the basic tools for carrying out the mechanics of the method. But the heart of the approach, which is about reflection, about awareness and being systematic in your work, I think all that has yet to be properly integrated into our clinical practice</i>
	<i>P4:4</i>	<i>I think it isn't properly integrated and here I think the managers have to carry some of the responsibility. If your way of managing includes evaluating staff on how well they implement the approach, then people are more likely to come on board</i>
	<i>P4:5</i>	<i>These management decisions are also influenced by developments in science in general. We're moving away from a compartmentalised paradigm, away from a fragmented patient towards a more complex view of the patient, of systems, of structures. And this means that the model is changing, the management model is changing</i>
	<i>P7:6</i>	<i>There are some university departments that, when it comes to all these ideas about nurses' autonomous role and the associated discourse, well, they're lagging behind and some clinical nurses are light years ahead of them</i>
	<i>P4:7</i>	<i>We understand each other, because you have your own language for communicating with your peers, with professionals from your own discipline</i>
	<i>P2:8</i>	<i>The more you work with operational systems, where you have to think critically, where you have to use your</i>

judgement, in interventions... you have a commitment to society, to the people you're caring for, to your professional colleagues, to the law, and the more you develop this then the more you begin to carve out areas of autonomy

5.2. Artículo 2

Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: a consequence of changes in Spanish society during democratic transition

Abstract

Background. In Spain the transfer of nurse education to universities was accompanied by a shift towards a model of person-centred care.

Aim. To explore whether the change in nurses' professional profile (from physician assistant to providers of person-centred care) was a response to changing needs in Spanish society.

Design. Qualitative study.

Methods. Theoretical sampling and in-depth interviews using an inductive analytical approach.

Results. Four categories described the nursing profession in Spain prior to the introduction of university training: the era of medical assistants; technologisation of hospitals; personal care of the patient based on Christian values; professional socialisation differentiated by gender. Further analysis showed that these categories could be subsumed under a broader core category: the transfer of nurse education to universities as part of Spain's transition to democracy.

Conclusion. The transfer of nurse education to universities was one of several changes occurring in Spanish society during the country's transition to democratic government. The redefined public health system required a highly skilled workforce, with improved employment rights being given to female health professionals, notably nurses.

Keywords: Feminism; Inductive study; Nurses' role; Nursing History; Politics; Qualitative research; Spain; University.

INTRODUCTION

Although the origins of modern nursing can be traced back to the work of Florence Nightingale (1820-1910) (Bullough&Bullough, 1981), the model of person-centred care (Bartol & Ford, 2015) did not begin to develop formally until the 1950s in the USA (Bullough & Bullough, 1981; Shaw, 1993). In Spain, the same period saw the implementation of a new state registration scheme for nurses (see the Official Gazette of the Spanish government: Boletín Oficial del Estado, 1953), although in contrast to the direction of change in the USA this new qualification reinforced the nurse's role as medical assistant (Domínguez-Alcón et al., 1983, p.103). However, when, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities (Boletín Oficial del Estado, 1977a) this was accompanied by a shift towards a model of person-centred practice, similar to that already established in the Anglo-American context (García & Martínez, 2001, p. 185). What is unclear is the extent to which this shift reflected the natural evolution of the discipline towards a model of person-centred care.

BACKGROUND

Nursing as a profession in Spain began to be officially recognised in 1857, when the government of the day passed a law (Boletín Oficial del Estado, 1857) regarding the training of three categories of nurse: *practitioner*, *matron* and *nurse*. Practitioners (men) and matrons (women) worked as physician assistants in rural and non-hospital settings. By contrast, the role of nurses (women), who were hospital-based and generally members of religious orders, was to feed and wash patients under the supervision of physicians (Ortega, 1996, p. 291).

The reorganization of the Spanish health system in the 1950s led to the building of larger hospitals and the introduction of new technology, and this required a greater number of trained staff (German, 2013, p. 220; Santo-Tomás, 2000, p. 93). In order to address the need for more nurses with adequate training (Sellán, 2010, p. 220) a new state registration scheme was introduced, one which unified the existing categories of nurse into a single qualification known as ATS (Technical Healthcare Assistant) (Boletín Oficial del Estado, 1955). This qualification required nurses to achieve a higher academic and skills level, with sole responsibility for the content of nurse training being given to faculties of medicine. Nurses could also extend their skills through specialist training once the basic ATS qualification had been obtained (García&Martínez, 2001, p. 150). However, the role assigned to this new category of nurse continued to be that of physician assistant (Hernández & Moral, 1995, p. 151).

Subsequently, at the beginning of the 1970s, several groups of Spanish nurses began to campaign for nursing to become a more scientific and university-based discipline, and for there to be a shift in the nurse's role towards person-centred practice of the kind found in the USA and Canada (García & Martínez, 2001, p. 185). After much negotiation within the profession (Germán, 2013, p. 89) the ATS qualification was officially replaced in 1977 by a university Diploma in Nursing (Boletín Oficial del Estado, 1977b), whose syllabus was geared towards training nurses in the model of person-centred care (German, 2013, p. 196; Santo-Tomás, 2000, p. 105) that had been borrowed from the Anglo-American context. This led to a process of what Neiterman and Bourgeault (2015) refer to as professional socialization, since not only did nurses have to acquire the knowledge and skills required by this new role, but a new academic culture had to be created in Spain, one that would enable this new professional identity to develop.

According to Cortina (2000) a profession can be conceptualised as a cooperative social activity whose purpose is to offer society a specific service without which society would not survive. In the context of the nursing profession in Spain the question is to what extent the transfer of nurse education to universities and the shift in role from physician assistant to a model of person-centred practice reflected the natural evolution of the discipline in response to the changing needs of Spanish society.

METHODS

The aims are 1) to explore, the reasons behind the shift in nurses' profile in Spain, from the traditional role of physician assistant to an Anglo-American style model of person-centred care linked to a university qualification, and 2) to determine the extent to which this shift was a response to the changing needs of Spanish society.

This is qualitative study with an inductive analytical approach based on the formulation of an initial hypothesis and the subsequent selection of extreme cases (Borobia, 2004). Sampling was theoretical, with data analysis guiding the subsequent selection of new participants (Smelter & Baltes, 2001). The characteristics and number of participants to be recruited were established according to the criteria of sufficiency (Seidman, 2013) and theoretical saturation (Strauss & Corbin, 2002). The main inclusion criterion was that participants should have been employed as nurses with the ATS qualification at the point when nurse education was transferred to universities.

Data were gathered through in-depth interviews designed in accordance with the recommendations of Seidman (2013), that is, the sequential exploration of three topics (Table 1) in order to help explore the participant's experience. Participants were recruited through the university nursing schools and professional societies with which the three authors had contact. The initial contact with potential participants was via email and involved providing them with information about the study and requesting their participation. The date and time for a face-to-face interview was then agreed, in a place of the participant's choosing. Written informed consent was obtained at the beginning of each interview, prior to any kind of data collection. All the interviews were recorded and transcribed using the F4 software.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universitat Internacional de Catalunya. All participants were informed that their responses were anonymous and that participation was voluntary. They all signed informed consent.

Data were analysed using a grounded theory approach (Strauss & Corbin, 2002) based on theoretical sampling and the constant comparative method (Table 2). Code, theoretical and operational memos (Strauss & Corbin, 2002), as well as what we shall refer to here as bibliographic memos -linking the literature to the analysis-, were generated in order to provide support for the entire analytic process (Charmaz, 2006). The analysis was performed using the software package ATLAS.ti 7.5.

Rigour was guaranteed by applying criteria of credibility, transferability, auditability and confirmability (Table 3).

FINDINGS

Interviews took place between 2013 and 2016 and lasted between 60 and 90 minutes. The final sample comprised eight nurses who earlier in their career had obtained the ATS qualification and who were employed in this capacity at the time of nurse education being transferred to universities. The first six participants were recruited with the aim of achieving maximum variability of contexts. Two extreme cases were subsequently identified. The first extreme case -a male nurse who was also a member of a religious order- enabled us to explore the influence of gender on the transmission of a model of care based on Christian values. The second extreme case -a male nurse who had not been exposed to Anglo-American theories and models of nursing- allowed us to examine in more detail the profile of physician assistant in Spain. As no new information was provided by the latter interviews it was concluded that

theoretical saturation had been reached. Of the eight participants, six were women and two were men. Seven were working in a hospital setting, while the other was a freelance private practitioner. The participants came from four different regions of Spain: Catalonia, Andalusia, Alicante and the Balearic Islands. One of the participants had, early in her career, worked in the context of a religious nursing order.

The initial discourse analysis revealed four categories (Table 4) that described the characteristics of nursing in Spain prior to the transfer of nurse education to universities: *the era of medical assistants; the technologisation of the hospital environment, leading to the disappearance of religious nursing orders; personal care of the patient based on Christian values; and professional socialisation differentiated by gender.*

Application of the constant comparative method to these initial categories yielded a core category (Table 5) that explained the shift to a more academic recognition of the discipline: *the transfer of nurse education to the university as part of Spain's transition to democracy* following the death of Franco in 1975.

In the following sub-sections we discuss each of the four initial categories and the resulting core category, illustrating them through reference to the verbatim quotations presented in Table 4 and Table 5. Thus, for example, the label P2:1 in the text indicates that the point being made is supported by quotation P2:1 in Table 4.

The era of medical assistants

The role of nurses with the ATS qualification, and especially male nurses, was that of physician assistant (**P2:1**)(**P6:2**)(Domínguez-Alcón et al., 1983, p.103) in the hospital setting, where they were principally responsible for administering medication, injections or vaccines, carrying out wound care and assisting surgeons in theatre (García&Martínez, 2001, p. 151).Tasks such as washing and feeding patients were—in Spanish hospitals at that time— assigned to non-qualified staff referred to as 'clinical assistants' (Boletín Oficial del Estado, 1960).

Training was overseen by faculties of medicine and delivered by physicians. Students sat annual exams on the theoretical content they needed in order to fulfil the role of medical assistant (Sellan, 2010, p.191).(**P1:3**)

The training received by students seeking to obtain the ATS qualification was comprehensive (**P1:4**). Over time this led to them being highly regarded as professionals due to their practical and technical skills (Santo-Tomás, 2000, p.

101; Sellán, 2010, p. 235) and this reputation extended beyond Spanish borders.(P7:5)

However, the professional practice of these nurses in what was an increasingly technologised environment did not usually include decision making; this role was limited to physicians. Thus, nurses who obtained the ATS qualification were trained by physicians to carry out a subordinate role (P6:6) (Miró-Bonet et al., 2008), the expectation being that they would follow medical orders (P1:9)(P1:10), not that they would achieve a high academic level (P4:7)(P6:8).

The technologisation of the hospital environment, leading to the disappearance of religious nursing orders

The introduction of the ATS qualification in 1953 (Boletín Oficial del Estado, 1953) was the first time in Spain's history that formal training of this sort became a legal requirement for hospital-based nurses. One of the consequences of this was the progressive disappearance of religious nursing orders from the country's hospitals. Many of the women from these orders had not been formally trained as nurses (P4:1) or did not have the academic background necessary for entry to the new nurse training programme (P7:2)(Siles, 1996, p. 113).

The approach to nursing taken by the religious sisters was steeped in Christian values of austerity (P4:3), and this was something that many of the male nurses enrolled in the ATS training were critical of, since they saw it as the antithesis of medical professionalism. (P4:4). These male nurses in particular, therefore, sought to create a more technical and scientific profile, one that differed as far as possible from the image of the religious nursing orders. (P4:5)

Personal care of the patient based on Christian values

Those more personal aspects of nursing care that went beyond the predominantly technical role of physician assistant were left to the discretion of individual ATS nurses (P3:1). This personal patient care became part of their working routine, but because it wasn't seen as important by doctors, no written record was kept of these tasks(P3:2).As a result, these aspects of nursing care were learned through observation and imitation of professionals already working in hospitals. (P4:3)

A humanised approach to care based on Christian values continued to exist among female ATS nurses in both the academic and practical settings.

This had to do with the fact that many of the hospitals and schools of nursing for female nurses were linked to religious orders (German, 2013, p. 81; Hernandez, 2006). Thus, whether as tutors in schools (**P4:4**) or as informal supervisors in hospitals, religious sisters continued to transmit their values to the next generation of nurses. (**P6:5**) However, this model of care based on Christian values was not 'patient-centred' in the sense implied by the Anglo-American model of nursing derived from the work of Florence Nightingale (Bullough & Bullough, 1981). Indeed, the model of care applied by religious orders in Spain remained 'physician-centred', its focus being on what doctors required in order to treat the patient's illness (Domínguez-Alcón et al., 1983, p.103).

Professional socialisation differentiated by gender

Prior to 1976, the training of ATS nurses was differentiated by gender (Miró-Bonet et al., 2008)(**P7:1**). Men were generally trained in the faculties of medicine, which did not allow women in their classrooms (**P7:2**). However, there were numerous schools for women who wanted to become ATS nurses. These were attached to hospitals, many of which had formal links to religious orders (Miró-Bonet et al., 2008; German, 2013, p.81)(**P7:3**)(**P7:4**), and female trainees had to live in the corresponding nurses' home. This was not the case for men, because it was assumed that a man had to work in order to fulfil his role as family breadwinner (**P7:5**)(**P7:6**).

Differences by gender could also be seen in the training syllabus. More technical subjects, such as one entitled 'Medical and legal aspects of autopsy' were reserved for male ATS trainees, whereas the syllabus for women included subjects such as 'Homemaking' and religious education (Miró-Bonet et al., 2008), a difference that angered some female nurses (**P6:7**).

Transfer of nurse education to universities as part of Spain's transition to democracy

The transfer of nurse training to universities was related to the social and political changes that took place during Spain's transition to democracy following the death of Franco in 1975 (**P6:1**)(**P5:2**). In the view of Siles (2011, 451) this implied not only political change but also the transformation of Spanish society, which opened itself to new opportunities and different ways of meeting its needs.

Notably, this incipient democracy saw the implementation, on the back of strong public support, of a system of universal health care(**P5:3**), and when the

Spanish Constitution was enacted in 1978, article 43 established the right of all citizens to protection of their health (Boletín Oficial del Estado, 1978). The reform of the health system led to the building of large and more technologically advanced public hospitals, and these institutions needed more medical and nursing staff (Santo-Tomas, 2000, p. 93). This meant that many more jobs were now available for existing ATS nurses **(P3:4)**. In fact, such was the demand for qualified nurses that hospital managers visited nursing schools in order to offer students a job **(P3:5)**. Furthermore, the fact that nurses were used to assuming responsibility in an employment context marked by long hours and limited resources, coupled with their experience in responding to a wide range of health needs, meant that they were just the kind of professional group that society needed to promote (Siles, 2011, p. 451).

However, the way in which the health system was developing meant there was a need for staff whose skills went beyond the merely technical (Santo-Tomas, 2000, p. 93). At that point in time, ATS nurses were carrying out technical duties that also required a sense of responsibility and a decision-making capacity **(P5:6)**. It became clear, therefore, that a new form of advanced training would be needed so as to enable nurses to meet the new responsibilities inherent to their role within the new health system. **(P5:7)**

The transition to democracy in Spain was also accompanied by growing calls for women's rights, and this had a positive impact on the nursing profession, where women were in the majority **(P5:8)(P6:9)**. In a context of greater equality between men and women (German, 2013, p. 55), the ATS nurses — women — started to challenge the idea that they should be at the beck and call of doctors — men — **(P3:10)(P3:1)**. This whole generation of **ATS**—nurses therefore supported the common goal of raising the prestige of a predominantly female profession by linking it to a university qualification, thus giving it equal status —initially academically— with other professions **(P5:12)**.

DISCUSSION

This study has identified a series of features that characterise the nursing profession in Spain at the time when nurse education was transferred to universities (i.e. in 1977): (a) the need within Spanish hospitals for qualified and skilled medical assistants who were able to assume responsibilities, and (b) gendered roles: female nurses providing personal care in the tradition of religious nursing orders and male nurses carrying out a purely technical role. A further aspect that has been shown to be a determining factor in this academic development concerns (c) Spain's transition to democracy and the introduction

of universal health care, coupled with the social recognition of a predominantly female profession.

Need within Spanish hospitals for qualified and skilled medical assistants who were able to assume responsibilities

In 1953 the Spanish government passed legislation that subsumed the existing categories of nurse (i.e. nurse, practitioner and matron) under a new, single qualification, the ATS. This was linked to important technological developments within the country's hospital system that had created a demand for highly-skilled nursing professionals, who nevertheless remained subordinate to physicians (Miró-Bonet et al., 2008).

This contrasted with the direction of change introduced in the USA in 1960, whereby a greater distinction was made between the roles of physician assistant, nurse practitioner and the newly revitalized role of nurse midwife (Cawley, Cawthon, & Hooker, 2012). This shift in the USA was the result of important cultural changes related to the civil rights and women's movement (Hooker et al., 2013). One of the consequences of the Civil Rights Act in 1964 (National Archives Foundation, 1964) was that some sort of health coverage was now available to the most disadvantaged in society (Hooker et al., 2013). In addition, the increasing technologisation of hospitals led to a rise in the number of medical specialists at the expense of primary care and general physicians. This meant, especially in rural areas, that there were too few doctors to meet the demands of the new health care system (Bartol & Ford, 2015). It was in this context that the role of physician assistant emerged (Bartol & Ford, 2015), a role inspired by that adopted by many American soldiers during the Vietnam war (Marzucco, Hooker, & Ballweg, 2013). In contrast to what occurred in Spain, where the role of physician assistant was formally ascribed to ATS nurses, the nursing profession in the USA, represented by the National League of Nursing, did not support such accreditation, it being argued that a delegation of medical duties was not appropriate (Cawley et al., 2012).

The extent to which the profile of US-style physician assistants has been integrated into the nursing profession varies across countries. Thus, where as there is a clear distinction between the roles of physician assistant and nurse in the Anglo-American context, that is, in countries such as the USA (Cawley et al., 2012), Canada (Jones & St-Pierre, 2014) and the UK (Drennan et al., 2014), the skills of a physician assistant form part of the nurse's role in European countries like Spain (Domínguez-Alcón, 1986, p. 93), Germany (Kuilman et al., 2013) and Portugal (Mendes & Mantovani, 2009). This could be due to the way

in which the nursing profession originated in these countries. In Spain, Germany and Portugal it was the medical profession which sought to create a body of technically skilled assistants (Domínguez-Alcón, 1986, p. 93; Schweikardt, 2006; Mendes & Mantovani, 2009). By contrast, in the USA, Canada and the UK, not only was it a nurse —i.e. Florence Nightingale — who initiated the process, but the aim was to train professionals capable of meeting the needs of patients (Bullough & Bullough, 1981). Thus, there appear to be two distinct nurse identities: one resulting from a division of roles within the medical profession, and thereby predominantly technical in nature, and another that originates in an older idea of nursing, namely attending to the needs of people in hospital. The same dichotomy is discussed by Tarlier (2005) in relation to nursing epistemologies, since models of nursing in the Anglo-American context emphasise the value of care, whereas the nursing profession in Spain is founded more on the value of cure.

Another difference between ATS nurses in Spain and physician assistants in the Anglo-American context concerns the training received: it took two years to train physician assistants in the USA, whereas three years were needed to obtain the ATS qualification in Spain, this despite the fact that the professional objective was the same, namely to equip the person to carry out routine tasks under medical supervision (Holt, 1998; Domínguez-Alcón, 1986, p. 93). The longer training undergone by ATS nurses in Spain may have enabled them to acquire the technical skills required by the increasingly complex hospital environment, as well as producing nursing professionals with greater legal responsibilities and decision-making capacities, and this may have been a key factor in the decision to introduce university-based training for nurses.

Gendered roles: female nurses providing personal care in the tradition of religious nursing orders and male nurses carrying out a purely technical role

Another feature of the profile of ATS nurses concerns the gender-based socialisation practices that remained in place until 1976, when schools of nursing finally became mixed (Boletín Oficial del Estado, 1976). On the one hand, this reflected the social status of women during Franco's dictatorship (1939-1975), whereby they were subject in law to the will of their fathers, initially, and their husbands, subsequently (German, 2007, p.53). In addition, male and female ATS nurses had clearly differentiated roles.

This differentiated socialisation was implemented through two strategies. The first was related to the different training syllabuses for male and female nurses. Training for men had a clearly technical focus, whereas the model for women emphasised the values and behaviours of submission, obedience and

dependency (Miró-Bonet et al., 2008), all of which were deemed proper for women in Spanish society of the day (Ortiz, 2006). It is not clear to what extent these values remain present in what is still a predominantly female profession in Spain (Rodríguez & Bosch, 2004), nor what effect this might have on female nurses' professional autonomy and competitiveness within the labour market.

The second socialisation strategy was related to the fact that professional training was given in clearly differentiated environments. Male nurses attended schools that were linked to faculties of medicine, but they were not required to live on site. Women, by contrast, lived in nurses' homes throughout their training, and their schools of nursing were attached to hospitals (Miró-Bonet et al, 2008), many of which were associated with religious orders. One of the consequences of this was that the professional profile of male ATS nurses did not include personal care of the patient, this being an aspect that was absent both from their training syllabus and their everyday practice. Their female counterparts, however, not only received theoretical teaching that included religious ideas, but their practical training was conducted in hospitals that retained the traditions of religious nursing orders. This meant that male ATS nurses developed an exclusively technical profile, whereas that of female nurses combined technical skills with a model of patient care that was steeped in Christian values. According to German (2013, p. 118), the small number of male nurses who worked in hospitals were assigned to laboratory services or to radiology or emergency departments, it being considered that the caring role was one for women.

Transfer of nurse education to universities as part of Spain's transition to democracy

The emergence of democratic government in Spain, which led to greater civil rights both in terms of health care and gender equality, was a key factor in the process that led to nurse education becoming the responsibility of universities. On the one hand, the development of a health system comprised of increasingly technologised hospitals offering a complex range of health care services meant there was a need for highly skilled nursing staff who were capable of assuming greater responsibilities in their working environment. Thus, the goal of the new university-based training was not only to provide the necessary academic training but also to give nurses the legal backing they needed to exert greater authority. In relation to the North American context, Watson (2006) argues that the institutional values of hospitals are driven by the economy, technology and medical science, and it can be seen that this was also the case in post-Franco Spanish society.

Another factor that influenced the transfer of nurse education to universities was the fact that men and women became equal in the eyes of Spanish law. This had important repercussions in terms of education, legislation and relationships between men and women (German, 2013, p. 53), and it meant that women, including nurses, felt that they now had the same rights as men. This likely explains why, at this key moment in Spanish history, the predominantly female nursing profession (German, 2013, p. 89; Sellán, 2010, p. 242) was so strongly in favour of nurse education becoming a university qualification, this being seen as a way of raising the status of the profession. In this regard, it is worth noting that as long ago as 1899 the founders of the International Council of Nursing (ICN) argued that the union of nursing leaders from across the world would contribute to greater human rights such as women's suffrage or to social reform in general (Zittel et al., 2012). The degree of professionalization of the nursing profession might therefore be regarded as an indicator of women's status in different parts of the globe.

Limitations

Two main limitations of this study need to be considered. First, the enormous range of nursing qualifications across the world makes it difficult to conduct cross-country comparisons. Second, the very nature of qualitative research implies an interaction between researcher and participants. In this regard, it has to be acknowledged that two of the authors are women and trained nurses, and their experience in both these respects may have influenced the process of data analysis and/or the creation of the theoretical narrative. In an attempt to minimise this potential bias, we held several inter-analysis meetings, both within the research team and in collaboration with an external consultant.

CONCLUSION

The transfer of nurse education to universities in Spain was a response not to calls for person-centred models of care, such as those applied in the Anglo-American context, but rather to the need of Spanish society for highly skilled professionals who were capable of decision making within the hospital setting. As such, the factors determining this change are to be found in the country's transition to democracy, a process that saw not only an increased need for skilled nurses with the capacity to assume greater responsibilities in an increasingly technologised health system, but also a change in the social status of women, who made up most of the nursing profession. In this respect, the

present analysis shows how the nature of nursing is clearly influenced by particular features of the socio-historical context (Fairman & D'Antonio, 2013), and that these shape society's view regarding the contribution that the nursing profession can make. Thus, although patient care is a core contribution of nursing, the way in which this is delivered — that is, with a greater emphasis on technical skills, as in the case of Spain, or a focus on person-centred care, as occurs in the Anglo-American context is determined by the history of the discipline in a given context and how it has sought to respond to social needs.

REFERENCES

- Archives, N. (1964). The Civil Rights Act of 1964. <https://www.archives.gov/education/lessons/civil-rights-act/> Accessed 14.10.15
- Bartol, B. T., & Ford, L. (2015). Nurse practitioners: Enhancing healthcare for 50 years. *Nurse Practitioner*, 40(6), 14–16. <http://doi.org/10.1097/01.NPR.0000465128.80771.ec>
- Boletín Oficial del Estado (1857). Ley de Instrucción Pública de 9 septiembre 1857
- Boletín Oficial del Estado. (1953). Real Decreto de 4 de diciembre de 1953.
- Boletín Oficial del Estado. (1955). Orden 4 de julio 1955.
- Boletín Oficial del Estado. (1960). Decreto 17 de noviembre 1960, núm. 2319/60
- Boletín Oficial del Estado. (1976). Decreto 2879/76 del 30 de octubre.
- Boletín Oficial del Estado. (1977a). Orden del 1 de abril de 1977, 4008–4011.
- Boletín Oficial del Estado. (1977b). Real Decreto 2128/1977.
- Boletín Oficial del Estado. (1978). Constitución Española del 29 de diciembre de 1978.
- Borobia, R. (2004). La Hipótesis en Estudios Cualitativos. El Caso de la Inducción Analítica en una Investigación sobre Adolescencia. *Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales*, V(6), 1–12.
- Bullough, B., & Bullough, V. (1981). Educational Problems in a Woman's Profession. *Journal of Nursing Education*, 20(7), 6–17. <http://doi.org/10.3928/0148-4834-19810901-03>

- Cawley, J., Cawthon, E., & Hooker, R. S. (2012). Origins of the physician assistant movement in the United States. *JAAPA*, 25(December), 36–40.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Cortina, A., & Conill, J. (2000). *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Estella: Verbo divino.
- Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J. A., & Miguel, J. M. de.(1983). *Sociología y enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid : Pirámide.
- Drennan, V. M., Halter, M., Brearley, S., Carneiro, W., Gabe, J., Gage, H., ... de Lusignan, S. (2014). Investigating the contribution of physician assistants to primary care in England: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 2(16), 1–136. <http://doi.org/10.3310/hsdr02160>
- Fairman, J. & D'Antonio, P., (2013). History counts: How history can shape our understanding of health policy. *Nursing Outlook*, 61(5), 346–352. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.07.001>
- García, C., & Martínez, M. L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid [etc.]: Elsevier.
- German, C. (2006). *Historia de la institución de la enfermería universitaria: análisis con una perspectiva de género*. Retrieved from <http://invenio2.unizar.es/record/4470/files/TESIS-2009-090.pdf>
- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Hernández, J.M. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Hernández, F. (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 39–49.
- Holt, N. (1998). “Confusion’s Masterpiece”: The Development of the Physician Assistant Profession. *Bulletin of the History of Medicine*.
- Hooker, R. S., Robie, S. P., Coombs, J. M., & Cawley, J. F. (2013). The changing physician assistant profession. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(9), 36–44. <http://doi.org/10.1097/01.JAA.0000433914.54617.a0>

- Jones, I. W., & St-Pierre, N. (2014). Physician assistants in Canada. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*. <http://doi.org/10.1097/01.JAA.0000443808.97164.cb>
- Kuilman, L., Sundar, G., & Cherian, K. (2013). Physician Assistant Education in Germany. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(2), 56–60.
- Marzucco, J., Hooker, R. S., & Ballweg, R. M. (2013). A history of the Alaska physician assistant, 1970-1980. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(12), 45–51. <http://doi.org/10.1097/01.JAA.0000437822.61279.bb>
- Mendes, F. R. P., & Mantovani, M. D. F. (2009). Ensino De Enfermagem Em Portugal: Contributos Para a Sua História. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 2–7. <http://doi.org/10.5380/ce.v14i2.15632>
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. [http://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70690-9](http://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70690-9)
- Neiterman, E. & Bourgeault, I. L. (2015). Professional integration as a process of professional resocialization: Internationally educated health professionals in Canada. *Social Science and Medicine* 131, 74–81. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.043>
- Ortega, G. (1996). Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). In Hernández, F. *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días* (pp. 287–323). Madrid: Síntesis.
- Ortiz, M. (2006). Mujer y dictadura franquista. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, 28, 1–26.
- Rodríguez, JA, & Bosch, J. (2004). *Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser*. Conclusiones del estudio sociológico 2004. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona: Barcelona.
- Santo-Tomás, M. (2000). Historia de la Enfermería. In C. Fernández Ferrín (Ed.), *Enfermería Fundamental* (pp. 3–129). Barcelona: Masson.
- Schweikardt, C. (2006). New aspects of the German “scientific nursing” movement before World War I: Florence Nightingale’s Notes on nursing disguised as part of a medical tradition. *Nursing Inquiry*, 13(4), 259–268. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00344.x>

- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b6207897~S23*cat
- Sellán, M. C. (2010). *La Profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* (2nd ed.). Madrid : FUDEN.
- Shaw, M. (1993). The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1651–1656. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18101651.x>
- Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Smelter, N., & Baltés, P. B. (2001). Analytic Induction. In *Encyclopedia of the behavioral sciences*. Elsevier.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tarlier, D. (2005). Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*, 12(2), 126–134. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00262.x>
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87–93. <http://doi.org/10.1097/00128488-200607000-00008>
- Zittel, B., Ceo, I. C. N., & Benton, D. (2012). Divergence and convergence in nursing and health care among six countries participating in ICN's 2010 Global Nursing Leadership Institute. *International Nursing Review*, 59, 48–54. <http://doi.org/DOI:10.1111/j.1466-7657.2011.00952.x>

Table 1. Themes to be explored

Themes to be explored	Purpose of exploring the theme
Theme 1: Tell me about how you came to obtain the ATS qualification.	To gather information about the participant's lived experience in relation to the topic of study.
Theme 2: Tell me about your experience working as a nurse once you'd obtained the ATS qualification	To gather information about the participant's experience in relation to the specific socio-historical context in which it was gained.
Theme 3: Tell me about what this role meant for you.	To gather information about the meaning of this experience for the participant.

Table 2. Outline of the coding procedure, based on Strauss and Corbin (2015)

Stage of coding		Description
Open coding	<i>Substantive coding</i> <i>Focused coding</i>	Discourse fragments were linked to coding labels. Based on substantive coding this involved the search for the most frequent or significant codes in order to develop the emergent categories
Axial coding		Provisional categories were created, establishing their properties and dimensions
Selective coding		Establishment of relationships between categories

Table 3.Criteria applied to ensure rigour

Rigor criteria	Description
Credibility	Results have been illustrated with verbatim quotations
	Internal audit was performed of the decisions made within the research team
	External audit was carried out by hiring an expert in qualitative methodology
Transferability	Sampling context has been described
	Results have been considered as working hypotheses that are not susceptible to generalization
Auditability	To systemize and support the analytic process, work standards were used, as well as the ATLAS.ti 7.1 computer programme for operative support, during the entire research process
Confirmability	Internal and external audits were made

Table 4. Evidence of initial categories

Categories	Participant and quote	Evidence (verbatim)
The era of medical assistants	P2:1	<i>The training, your role... well, it was to assist doctors with the technical, the practical side of things.</i>
	P6:2	<i>All we were given were theory and practice classes on bandages, catheters, injections and the like. There was nothing about nursing as a discipline.</i>
	P1:3	<i>We learnt a lot at the doctor's side.</i>
	P1:4	<i>The training was very technical and all the tutors were doctors.</i>
	P7:5	<i>Spanish nurses were the only ones who doctors allowed to take a blood sample or give intramuscular injections. This was exceptional, because at the time this was something that only doctors did.</i>
	P6:6	<i>Learning in the faculties of medicine meant that we were always in a subordinate role, which was also what the ATS training manuals stated.</i>
	P4:7	
	P6:8	<i>So, the training only went so far. The doctors only taught us what they needed us to know.</i>
	P1:9	<i>You weren't meant to be too clever. You had to be obedient.</i>
	P1:10	<i>The priority was to administer whatever treatment the doctor had decided. Nurses didn't do anything that wasn't indicated by the doctors.</i>
The technologisation of the hospital environment, leading to the disappearance of religious nursing orders	P4:1	<i>The nuns hadn't received any training. Some of them got their training later, although others disappeared from the scene because they'd never been trained as nurses and they were phased out.</i>
	P7:2	<i>I finished my baccalaureate studies and began to study for the ATS qualification. According to the provincial hospital, this was necessary in order to ensure a good level of patient care.</i>
	P4:3	<i>One of the nuns had a real mean attitude, she kept everything under lock and key, and it was just one injection after another.</i>
	P4:4	
	P4:5	<i>The nurses from the religious orders were viewed very negatively as professionals. If you talked about respect for the patient, for the patient's privacy, well, well... Then you'd likely hear some kind of sarcastic comment like 'So, fancy yourself as a nun, do you?'</i>
Personal care of the patient based on Christian values	P3:1	<i>At all events, I think we've always carried out tasks where we had to make our own decisions. We'd see someone in bed and we'd change their position, but you wouldn't always keep a record of it.</i>
	P3:2	<i>We used to have these worksheets, and there you'd keep a record of when you'd changed a patient's position, at such and such time, respecting their sleep. But these sheets were thrown away afterwards. They didn't get put in the patient's notes, they were simply worksheets for us</i>

- P4:3** *You learned to do things on the job. You saw how others did things, how they related to patients, and that was the entire basis for what you learned*
- P4:4** *Our school didn't offer classes in nursing as such, all we got were talks from the nun who acted as tutor. It was all about techniques.*
- P7:5** *If we could come close to the vision of St John of God, then so much the better. I used to say that the more [Christian] brothers who acted as tutors the better. When I did the ATS qualification there were five or six brothers acting as tutors.*

**Professional
socialisation
differentiated by
gender**

- P7:1** *The ATS schools were always either female or male only.*
- P7:2** *Each faculty of medicine had its own school for male ATS nurses. There was one at the University of Barcelona, another at the Autonomous University [Barcelona], and at the Complutense [Madrid], but that was about it.*
- P7:3** *There were lots of schools for female nurses, because each hospital had its part set aside for women. And let's not forget that during the 1970s all the large hospitals, including the ones linked to religious orders, had schools of this kind.*
- P7:4** *So I thought, well, the more [Christian] brothers the better. Having said that, there were always lay tutors who fitted in well, too*
- P7:5** *For women, nurse training meant that you had to live in the nurses' home.*
- P7:6** *If you read carefully the law that talked about living in nurses' homes you can see that it doesn't exclude men. But this never happened because everyone assumed that men had to work, because men are the breadwinners*
- P6:7** *The books on professional ethics or values that were in use during the era of ATS nurses were a disgrace when it came to what the role of female nurses was supposed to be.*

Table 5. Evidence of core categories

Categories	Participant and quote	Evidence (verbatim)
Transfer of nurse education to universities as part of Spain's transition to democracy	P6:1	<i>Spain had begun to build a democracy. It all coincided; what I mean is that we grew as a profession as society itself grew.</i>
	P5:2	<i>At the beginning of the 1980s many health professionals looked to the model in Cuba. And they did so openly because there had been this political transition and they could now do so</i>
	P5:3	<i>And they brought it here, bringing ideas that would allow the health system to move towards the universal system that we have now</i>
	P3:4	<i>What's more, the management here [university hospital]came and asked whether any of the third-year students wanted a job</i>
	P3:5	<i>You went to the managers and they'd ask you: Where do you want to work? Well, I'd like to start with internal medicine. OK.I told them I wanted to go to such and such a ward</i>
	P5:6	<i>We were able to give more. What I mean is, we were ready for more advanced training, we could go to university and our profile went beyond the profile of vocational training</i>
	P5:7	<i>I think that this was a really important aspect. There was an enormouspush then towards women's rights</i>
	P6:8	<i>The person changes; the way in which women acquired status both legally and socially, with rights.</i>
	P3:9	<i>And from that moment onwards, nurses too faced up to or related differently to doctors</i>
	P3:10	<i>One day I was in the office of one of those typical doctors, you know the sort I mean, and he gives me his jacket to hang up and then he asks me for his white coat. So I say to him: Do I look like a chambermaid?And then he says: Oh, I'm sorry</i>
	P5:11	<i>But I do think that all that generation, well, what they did was come together. They joined forces and were able to say, we have a shared goal. And the shared goal was to raise the status of the profession as much as possible by making nursing a university qualification</i>

5.3. Artículo 3

Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses.

ABSTRACT

When, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities a more patient-centred, Anglo-American philosophy of care was introduced into a context in which nurses had traditionally prioritised their technical skills. This paper examines the characteristics of the nurse's professional role in Spain, where the model of nursing practice has historically placed them in a position akin to that of physician assistants. The study design was qualitative and used the method of analytic induction. Participants were selected by means of theoretical sampling and then underwent in-depth interviews. The resulting material was analysed using an approach based on the principles of grounded theory. Strategies were applied to ensure the credibility, transferability, dependability and confirmability of the findings. The main conclusion is that nurses in Spain continue to work within a disease-focused model of care, making it difficult for them to take responsibility for decision making.

Keywords: Decision making, grounded theory, nurse-patient relationship, nurse-physician relationship, nurse's role, professional role,

INTRODUCTION

The origins of modern nursing can be traced back to the work and ideas of Florence Nightingale (1820-1910), whose contributions to nursing practice in the Anglo-American context marked the beginning of a shift in the nurse's role, from doctor's assistant to what we now think of as patient-centred care (Bullough & Bullough, 1981).

In our country, Spain, the first school of nursing was established in 1896 by Dr Federico Rubio y Galí with the aim of producing “nurses capable of acquiring all that is entailed in the art of tending and caring for others, which is both art and science [...] so as to earn their living in the service of the sick” (Ortega & Sánchez, 1996, p. 295). The model of nursing that developed as a result was very much focused on the application of technical procedures, such that the role of Spanish nurses was more akin to what in the USA became the responsibility of physician assistants (Domínguez-Alcón, 1986, p. 103; Domínguez-Alcón, Rodríguez & Miguel, 1983, p. 92; Hernández & Moral, 1995, p. 103). Indeed, not until 1977, when nurse education was transferred to universities (Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish government], 1977b), did a more patient-centred philosophy of care, borrowed from the Anglo-American context, begin to be introduced in Spain (Miro-Bonet, 2010).

BACKGROUND

It is possible to identify two main and — in terms of their associated competences — distinct profiles of the professional nurse in Western countries. One profile corresponds to countries such as the USA (Cawley, Cawthon & Hooker, 2012), Canada (Jones & St-Pierre, 2014) and the UK (Drennan et al., 2014), where a distinction is generally made between the role of the professional nurse and that of physician assistants or associates. The other profile is more characteristic of countries such as Spain (Domínguez-Alcón, 1986, p. 103), Germany (Kuilman, Sundar & Cherian, 2013) or Portugal (Mendes & Mantovani, 2009), where many of the tasks performed by physician assistants or associates in the Anglo-American context are regarded as part of the nurse's role.

According to Larson (1977, p. 40), professions are market-oriented organisations that seek to establish intellectual control over areas of social interest or concern. Through the development of abstract knowledge, professions propose concrete solutions to human problems, thereby ensuring their own survival. Professional autonomy, defined as “the ability of a professional to act in accordance with a system of principles and rules” (Mulero, 2003), has been identified as an important indicator of professionalization within nursing (Tapp, Stansfield & Stewart, 2005). In this context, autonomy is regarded as a prerequisite for achieving professional status (Ballou, 1998; Holland, 1999) and has been related to job satisfaction among nurses, to a positive working environment and to the quality of care (Finn, 2001; Tonges, Rothstein & Kikiras, 1998). However, research to date has not explored the

extent to which the nursing profession in Spain has incorporated the new philosophy of patient-centred care into the traditional role of physician assistants, and in what ways this has influenced the professional autonomy of Spanish nurses.

METHOD

Aim

To describe the characteristics of the nurse's professional role in Spain, where the model of nursing practice has historically placed nurses in a position akin to that of physician assistants.

Design

This was a qualitative study using the method of analytic induction, in which the formulation of an initial hypothesis was followed by the selection of extreme cases (Borobia, 2004; Smelter & Baltes, 2001). The transcripts of interviews with participants were analysed using interpretive description (Thorne, Kirkham & MacDonald-Emes, 1997; Thorne, Kirkham & O'Flynn-Magge, 2008).

Sample/Participants

Participants were selected through a process of theoretical sampling (Smelter & Baltes, 2001) and according to the following inclusion criterion: having worked as a nurse in Spain for at least ten years since 1982 (the year in which the first wave of nurses graduated with the new *Diploma in Nursing*) and in at least two of the following areas: patient care, teaching, management, research. This meant that all our participants could be regarded as 'expert nurses' (Benner, 2000). The number of participants to be recruited was established according to the criteria of sufficiency, while seeking the maximum variety of experience and contexts (Seidman, 2013). Sampling continued until theoretical saturation was reached (Strauss & Corbin, 2002, p. 231).

A total of ten participants were initially interviewed, following which two additional extreme cases (in terms of experience and background) were identified. These cases were chosen in order to explore the possible influence that their specific experience or characteristics might have had on their management of the nursing role. One of these cases was a female nurse manager who had worked in the Anglo-American context; we considered that her greater experience with this model might have led her to adopt a more patient-centred approach. The other extreme case, a male nurse manager, was chosen because the literature suggests that male nurses are more inclined to adopt a technical role, and this may have been reflected in his approach to team management. As no new information was gained through these two interviews it was concluded that theoretical saturation had been reached.

The final sample therefore comprised twelve nurses, of whom nine (75%) were women. Participants came from a wide range of Spanish regions:

Andalusia (n=2), Catalonia (n=4), Valencia (n=2), Balearic Islands (n=1), Madrid (n=1), Galicia (n=1) and the Basque Country (n=1). In terms of the contexts in which they had worked, 25% of them had experience of all four of the aforementioned areas, 33% had worked in patient care and then as nurse teachers, 33% had experience of both patient care and management, and 9% had worked in the areas of nurse management and teaching. Overall, 33% of participants had obtained a doctorate, a qualification that had given them recognition in the field of research. All the nurses with experience of patient care had worked in both the hospital and primary care settings.

Data collection

Each of the twelve in-depth interviews lasted between 60 and 90 minutes and followed established guidelines for conducting qualitative interviewing (Seidman, 2013). Table 1 outlines the three topics that were explored sequentially in order to induce the participant's experience (Seidman, 2013, p. 16). All the participants were recruited through contacts that the research team had in university nursing schools across Spain. The initial contact with potential participants was via email and involved providing them with information about the study and requesting their participation. The date and time for a face-to-face interview was then agreed, in a place of the participant's choosing. Interviews were conducted by the lead author, who introduced herself to participants as a nurse teacher. All the interviews were recorded and subsequently transcribed verbatim.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee. All participants were informed that participation was voluntary, and they all signed informed consent prior to the interviews. The anonymity and confidentiality of all collected data was ensured throughout the study.

Data analysis

Data were analysed using a grounded theory approach that involved the coding of interview transcripts and application of the constant comparative method (Strauss & Corbin, 2002, p. 86). The first step involved the open or substantive coding of data, in which fragments of discourse were linked to coding labels. This was followed by focused coding, in which we sought to identify the most significant and/or frequent codes in order to define the emergent categories. Based on the outcome of this focused coding we then drew up provisional categories, specifying their properties and dimensions (axial coding). The application of a coding paradigm throughout the analytic process facilitated the subsequent establishment of relationships between categories and enabled the final theoretical narrative to be produced. In addition, a series of memos were generated in order to provide support for the entire analytic process (Charmaz, 2006, p. 72).

Validity and reliability/Rigour

In order to ensure the credibility of the analysis, the reported findings are supported by verbatim quotations (see tables 2 and 3) from the interviews with

participants. Additionally, an external audit was conducted by an expert in the analysis of qualitative data. Regarding transferability, we clearly described the sampling context and considered the results as working hypotheses that are not susceptible to generalisation. In order to systematise and support the analytic process, work standards were used in conjunction with the ATLAS.Ti 7.1 software (for operative support) throughout the research process. Finally, data were displayed in the form of conceptual maps and matrices in order to optimise the confirmability of results.

FINDINGS

Analysis of the twelve interview transcripts led to the identification of three categories that described the professional role and competences of nurses in Spain. These categories were: 'collaborative role alongside the physician in treating disease', 'collaborative role alongside the patient and his/her family in providing care' and 'the difficulty for nurses of assuming the responsibilities that are now associated with their professional role'. Application of the constant comparative method to these categories yielded an overarching core category under which the three initial categories could be subsumed: 'Lack of professional autonomy in a caring role that is disease-focused rather than patient-centred'.

In the following sub-sections we discuss each of the three initial categories and the resulting core category, illustrating them through reference to the verbatim quotations presented in Table 2 (initial categories) and Table 3 (core category). Thus, for example, the label P2:1 in the text indicates that the point being made is supported by quotation P2:1 in the corresponding table.

Collaborative role alongside the physician in treating disease

A central aspect of the Spanish nurse's role is to work alongside the physician in treating disease. This role, in which nurses are required to acquire and apply a series of technical procedures, also reflects how the profession is viewed by the general public in Spain (Arredondo & Siles, 2009)(P2:1) (P3:2).

MacMillan (2012) points out that professional nursing care has, since the time of Florence Nightingale, evolved on the back of medical specialities. Thus, in order to provide care in hospitals that have become increasingly technological (Bartol, 2015), nurses have had to develop a body of knowledge similar to that required by doctors (MacMillan, 2012). In the Spanish context, the high demands on nurses' time (Parro et al., 2013) is a further factor that has contributed to a greater emphasis being placed on the performance of technical tasks rather than on the tailoring of care to patients' specific needs. With regard to the latter issue, Watson (2006) has identified a similar problem in the North American context (P3:3).

Collaborative role alongside the patient and his/her relatives in providing care

Another key feature of the Spanish nurse's role is to work together with patients and their relatives in the provision of care (**P1:1**). This kind of collaboration has three characteristics: care must be individualised; the nurse should aim to promote patients' personal autonomy (and that of their relatives) in relation to their health condition; and part of the nurse's professional mission should be to defend the rights of patients within both the health system and the wider social context.

Individualised care implies prioritising the perceived needs of patients (and also of their relatives) while respecting their identity (**P2:2**). Thus, patients must be treated as unique human beings (**P11:3**) who find themselves at a specific stage of the life cycle (**P6:4**) and whose care needs reflect their particular cultural background (**P2:2**)(**P6:5**). The establishment of an adequate nurse/patient — and nurse/relatives — relationship is seen as a crucial component of individualised care (**P8:6**), and this implies that nurses must be capable of empathic communication.

Promoting patients' autonomy can be seen as a form of empowerment (**P6:7**) that seeks to enable them to take decisions about and responsibility for their own health (**P10:8**). Interestingly Oliver, Fernandez and Sala (2006) found that in Spain many hospitalised patients did not regard this kind of autonomy as necessary; on the contrary, they preferred to leave decisions over their health to professionals, especially doctors. This may, in part, reflect a lack of awareness among the general public in Spain regarding the right to make their own choices or decisions in relation to their health.

Another key element of the nurse's role in this regard involves supporting and respecting patients' rights. This implies not only an awareness of what it means for an individual to be ill and in a vulnerable state (**P11:9**)(Watson, 2006), but also, as professionals, to seek to ensure that patients are not exposed to poor or even harmful care practices (**P1:10**). In this regard, Oliver et al. (2005) noted that many patients described hospitalisation as a depersonalising and stressful experience, as an invasion of personal and private space which at times undermined their sense of dignity. On the plus side, today's generation of patients and relatives tend to be more demanding of their rights and there is now legislation to support this (**P9:11**)(**P9:12**)(**P1:13**).

A final point in relation to the nurse-patient relationship concerns the responsibility which the nursing profession as a whole has when it comes to shaping health policy(**P3:14**). Nurses need to participate in decision-making processes and develop a degree of political competence that enables them to engage more actively with the health-related aspects of public life (**P6:15**). In this respect, Brown, Lindell and Dolansky (2015) noted that nurses tend to see little value in this kind of political activism, as compared with the importance they ascribe to the caring role.

Difficulty for nurses of assuming the responsibilities that are now associated with their professional role

Overall, the nursing profession in Spain has struggled to assume the responsibilities that have come to be associated with its professional caring role (**P1:1**). There are several contributing factors here.

One factor has to do with the fact that prior to the transfer of nurse education to universities in 1977 (Boletín Oficial del Estado, 1977b), Spanish nurses had not traditionally been involved in decision-making, the latter being seen as the responsibility of physicians (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92; Domínguez-Alcón 1986, p.103; Hernández & Moral, 1995, p. 103). Although, in theory, the new Diploma in Nursing was meant, among other things, to raise the status of nursing as a profession, real power still lies with doctors (**P3:2**). Historically, of course, this has been the case in health care systems across the Western world (Bell, Michalec & Arenson, 2014; Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich & Greer-Williams, 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006), and in part it is related to the fact that medicine has successfully legitimised its power by integrating the findings and knowledge of other scientific disciplines (**P3:3**), thereby underpinning the superiority of its discourse (Pijl-Zieber, 2013).

Interestingly, however, the nursing profession in Spain also appears to have found it difficult to assume the risks associated with its now accepted status. Thus, there remains a tendency among Spanish nurses to leave decision-making and, therefore, responsibility, in the hands of doctors (**P10:4**).

A second factor to consider has to do with the fact that the nursing profession in Spain continues to be focused on achieving greater visibility within the health care team (**P2:5**), as a way of raising professional status (**P5:6**), rather than on demonstrating the intrinsic value of nursing care in terms of health care outcomes and systems. In this context, it is worth noting a point made by Miró-Bonet (2010), namely that the adoption of Anglo-American conceptual models was one of the strategies used by Spanish nurses in recent decades in an attempt to obtain recognition as an independent profession, distinct from medicine. However, it seems that in Spain these models and theories of nursing have been applied somewhat mechanically, as a way of highlighting the specific contribution that nurses are making to the work of the multidisciplinary team, rather than as a demonstration of the independent professional nurse who is capable of reflective practice (**P4:7**)(**P8:8**).

A final factor related to the difficulties experienced by Spanish nurses when it comes to assuming professional responsibilities has to do with the social demands on women, who make up the large majority of the profession. Female nurses are often forced to choose between family responsibilities and their professional development, and they tend to prioritise the former. Schueller-Weidekamm and Kautzky-Willer (2012) noted how female doctors face the same problem, while Bell et al. (2014) point out that women's involvement in the professional workforce continues to be hindered by societal expectations, with men being seen as more competent. A related issue here concerns the continued importance of the extended family in Spanish society, since women's

traditional role as primary caregivers (Brullet, 2010; Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012) impacts on their career possibilities(**P4:9**) (**P4:10**).

Lack of professional autonomy in a caring role that is disease-focused rather than patient-centred

Despite the incorporation of Anglo-American models of nursing into the training that Spanish nurses now receive, their role in practice remains more disease-focused than patient-centred (**P1:1**)(**P6:2**). This role has two distinct but related facets. On the one hand, nurses are seen as complementing the work of the physician (Price, Doucet & Hill, 2014), with the care they provide being seen as integral to the treatment of disease (**P2:3**). On the other hand, and still with the focus on disease, nurses themselves see their caring role as being performed in collaboration with patients and their relatives (**P1:4**). It is here, in the relationship with the patient and his or family, that nurses can escape to some extent the supervision and authority of physicians and begin to construct their professional autonomy as providers of true nursing care (Weiland, 2015).

When, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities (Boletín Oficial del Estado, 1977a) this brought legal recognition of a new role for nurses, namely, as independent members of the healthcare team whose specific task was to provide what was termed “professional nursing care” (Santo-Tomás, 2000, p. 105). According to Holden (1991), this kind of autonomous practice, in which the professional has the power to make decisions concerning the wellbeing of others, implies not only personal and professional responsibility but also accountability. In Spain, it appears that the nursing profession has found it difficult to assume the responsibilities associated with this role (**P1:5**)(**P4:6**). Thus, although Spanish nurses are supposed, in theory, to have acquired greater decision-making capacity through their university-based training, this is often not reflected in practice (**P8:7**).

DISCUSSION

The results of this study suggest that nurses in Spain continue to work within a disease-focused model of care. Their role is fulfilled through the relationships they establish with both physicians — with whom a care plan must be defined — and patients, with whom an agreement must be reached regarding the treatment to be followed. However, Spanish nurses seem to find it difficult to assume responsibility for decision making, suggesting that they still lack a degree of professional autonomy.

Professional role of disease-focused care

The role performed by nurses in Spain prioritises many of the skills associated with physician assistants or associates in the Anglo-American context (Bartol, 2015; Cawley, et al., 2012; Drennan et al., 2014). The disease focus of their practice means that Spanish nurses are expected to acquire high

levels of technical and practical skills, this despite the fact that their university training is now based more on a patient-centred model of care (Bartol, 2015). Although the nursing profession in Spain has sought explicitly to reject the assignment of medically-oriented tasks (Cawley et al., 2012), the high demands on nurses' time in the hospital setting (Warelow, Edward & Vinek, 2008; Parro et al., 2013) has favoured the continuation of a more disease-focused practice, with a holistic and individualised approach to care remaining more as a theoretical background (Watson, 2006; Weiland, 2015).

There are at least two factors that may account for why Spanish nurses, within an overall disease-focused model of care that emphasises technical and instrumental procedures (Celma & Acuña, 2009), have combined the traditional role of physician assistant with the patient-centred model of care they are taught during their university training. The first concerns the nature of the health system in Spain, which, since the corresponding legislation was passed in 1963 (Boletín Oficial del Estado, 1963), has primarily operated according to a model of medical care (Miró-Bonet, Gastaldo & Gallego-Caminero, 2008). The other factor has to do with the fact that Spanish nurses developed their technical skills in response to the needs of the health system; it has been argued that the resulting social prestige led to consolidation of the profession (Santo-Tomás, 2000, p. 101; Sellán, 2010, p. 235) and paved the way for the subsequent transfer of nurse education to universities (Siles, 2011, p. 451). Together, these factors may have led Spanish nurses to focus more on the illness (in line with the traditional role of physician assistants) than on the patient. The question that remains is to what extent Spanish nurses regard this disease-focused model of care as a specific kind of nursing practice.

These same factors are, of course, present in the Anglo-American context in which the patient-centred model of care originated (Bullough & Bullough, 1981). Indeed, some authors have suggested that nurses in many countries continue to be seen primarily as assistants to the medical profession (Pender & Spilsbury, 2014). In the specific case of the USA, an additional factor is that the health system prioritises medical procedures and care (Watson, 2006). An interesting line of research would therefore be to investigate whether nurses in the Anglo-American context also resort to a disease-focused model in practice, despite the overarching philosophy of patient-centred care. This would shed light on the extent to which nursing practice in Western societies actually fulfils the expressed goals of the patient-centred model.

The nurse-physician and nurse-patient relationships as the primary means through which a disease-focused role is fulfilled

The professional role ascribed to Spanish nurses, namely the provision of disease-focused care, appears to have two inter-related dimensions. On the one hand, the nurse's approach to care implies the application of techniques and treatments whose aim is to cure disease. At the same time, however, Spanish nurses have the task of ensuring that these techniques and treatments are properly applied to — and can be followed by — a given individual, and thus the focus switches to the patient. In the former case, the emphasis is on the

relationship between physician and nurse, whereas in the latter it is the nurse-patient relationship that comes to the fore, and it is here that nurses see their true role (Weiland, 2015).

When it comes to understanding the nurse-physician relationship in Spain, it is helpful to consider what Stein (1967) referred to as the “doctor-nurse game”, that is, a relationship in which medical power is maintained at nurses’ expense, especially in the sense of minimising the intellectual contribution that nursing can make to society. As the goal of this “game” is to maintain the existing social status of the two disciplines, any kind of genuine collaboration is difficult to establish. In this context, Pilj-Zieber (2013) points out that the functioning of health care systems continues to be influenced by the widely held view that nurses ultimately should follow medical orders. For their part, Brown et al. (2015) argue that, despite the unique and specific contribution that nurses make to health care systems, the fact that doctors fail to recognise the value of information derived from nursing care means that the two professions tend to operate in parallel rather than as partners in collaboration. Lancaster et al. (2015) suggest that this lack of collaboration can have serious repercussions, including medical errors, which are a major cause of mortality in the USA.

Despite the continued disease focus of nursing in Spain, nurses see the relationship with the patient as being the key to their practice. The pivotal role played by this interaction has, of course, been highlighted in numerous studies (see, for example, Sieger, Fritz & Them, 2011). It is also reflected in Joyce Travelbee’s human-to-human relationship model, in which nursing is defined as the process through which the nurse seeks to help the patient cope with illness or suffering, and if necessary to find meaning in these experiences (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 61). For Travelbee, qualities such as empathy, compassion and sympathy are central to the caring role (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 61), especially in the organisational context of health institutions, where a compassionate attitude may otherwise be lacking (Moses, 1994). This view of the caring role, consistent with the Christian values of vocation, altruism and charity, is reflected in the traditional approach to nursing in Spain (Hernández, 2006; Miró-Bonet, Gastaldo & Gallinero-Caminero, 2008), as well as in that of other Western societies (Carter, 2014).

However, when, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities, the new generation of nurses were required to adopt a more scientific perspective on care (García & Martínez, 2001), one based on theories and models of nursing that were borrowed from the Anglo-American context (Miró-Bonet, 2010; Rodrigo, Caïs & Monforte-Royo, 2016). What is unclear, however, is the extent to which the specific models and theories that were chosen were consistent with the existing epistemological tradition in the Spanish context, one based on the nurse-patient relationship. In fact, various studies conducted both in Spain (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra, Santos-Ruiz, Varez-Peláez, Abril-Sabater, Rocabert-Luque, Ruiz-Muñoz & Mañe-Buxó, 2006; Rodrigo, Caïs & Monforte-Royo, 2017) and in other countries (Holt, Barrett, Clarke & Monks, 2000; Warelou et al., 2008; Watson, 2006) have highlighted the gap between the theories and models of nursing that are taught in universities and the actual clinical practice of nurses. Consequently, it might

be interesting to examine the applicability of theories such as the 'theory of moral consciousness and communicative action' (Sumner, 2001, 2006) that are more consistent with the 'disease-focused model' under which Spanish nurses work. This theory, which as a middle-range theory has proven to be useful for demonstrating the evidence base of nursing practice (Sumner & Fisher, 2008), considers care to be a two-way communicative action between nurse and patient, the usual goal of which is to treat illness (Sumner, 2006). In the context of this relationship, the task for the nurse, in terms of reflection, is to reach an understanding of the illness, the body's response and the treatment required. As for the patient, he or she must acknowledge the need for nursing care so as to relinquish control over his or her health/illness (Sumner, 2010).

Lack of professional autonomy in a caring role that is disease-focused

The nursing profession in Spain appears to suffer from a lack of power, and nurses seem to experience limited professional autonomy in a context defined by a disease-focused model of care. This is illustrated by their difficulties at the level of decision-making and in assuming the responsibilities that are now, in theory, an established part of their role.

One factor contributing to this situation concerns the power relationships that operate within the Spanish health care system, such that the greatest decision-making capacity is assigned to the medical profession. The imbalance of power that nurses perceive has been widely reported across many Western nations (Bell et al., 2014; Lancaster et al., 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006), as well as in Asian countries such as China and Japan (Tang et al., 2013), and it is regarded as a source of hostile relationships between doctors and nurses. Furthermore, it not only serves to render invisible the specific contribution made by nurses (Weiland, 2015) but also fosters in them a lack of professional autonomy, dissatisfaction and, in some cases, withdrawal from the nursing profession (Tang et al., 2013).

There is, however, evidence of a progressive shift towards a more collaborative relationship between doctors and nurses (Lancaster et al., 2015; Tang et al., 2013), and this could help to boost nurses' confidence in their decision-making abilities. In this regard, Tanget al. (2013) suggest that collaboration could be improved through the use of strategies such as inter-professional education to improve mutual awareness, or interdisciplinary ward rounds based on the model of the 'conductorless orchestra', whereby the patient is the focus and each discipline offers its specific perspective (Khodyakov, 2007; Lancaster et al., 2015). A similar point was made by McLain (1988) who argued that greater respect and collegiality between the two professions might result were nurses better able to integrate their professional role alongside that of physicians.

A second factor underpinning nurses' lack of power derives from the fact that the profession has traditionally been a female-dominated one. In both the world of business and in health care systems, women encounter a series of hidden barriers that limit their decision-making capacity to that associated with the level of middle management, the so-called glass ceiling (Carnes, Morrissey & Geller, 2008; Crawford, 1993; Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012).

In addition, the role into which women are socialised encourages them to put family commitments ahead of their own professional development (Bell et al., 2014; Brullet 2010; Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012).

LIMITATIONS

A primary limitation of our analysis concerns the absence of previous studies that have specifically examined the professional role of nurses in the Spanish context. In order to give meaning to and enable comparison of our findings we have therefore made reference to research conducted in other contexts. A further limitation of our study is that two members of the research team are both nurses and women, a fact that may have introduced a degree of bias into both the interpretation of qualitative data and the literature review on which the theoretical narrative is based. In an attempt to minimise this bias the whole research process was subjected to external audit.

CONCLUSION

The role of nurses in Spain remains rooted in a disease-focused model of care, this being the result of a socio-historical context of professional socialisation that has emphasised the acquisition and application of practical and technical skills, similar to those performed by physician assistants or associates in the Anglo-American context. This role is enacted through two distinct but inter-related relationships: the doctor-nurse relationship, the aim of which is to draw up a disease-oriented care plan, and the nurse-patient relationship, where the goal is to ensure that the agreed treatment is properly applied to — and followed by — the patient. However, it is the establishment of a relationship with the patient that Spanish nurses regard as their specific contribution, and it is here that they see the possibility of performing what they consider to be their true role.

It can be concluded that the nursing profession in Spain, and in Western societies in general, still finds it difficult to engage in decision-making to assume responsibilities that are now, in theory, considered part of the nurse's professional role. One of the factors contributing to this situation is the power that has traditionally been exercised by the medical profession, which tends to overlook the specific contribution that nurses make. A second and related factor concerns the power relationships to which a predominantly female nursing profession is subject in a world that is still male dominated, one in which women continue to experience social pressure to prioritise family responsibilities over a professional career.

REFERENCES

- Alligood, M.R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Modelos y teorías en enfermería* [Models and theories in nursing]. Séptima ed., Barcelona: Elsevier Mosby.
- Arreciado, A., & Isla, M. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(7), 859–863. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.014
- Arredondo, C.P., & Siles J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales [Technology and the humanisation of care: A view based on the theory of interpersonal relations]. *Index de Enfermeria*, 18(1), 1–7.
- Ballou, K. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 14(2), 102–110. doi: 10.1016/S8755-7223(98)80038-0
- Bartol, T. (2015). Nurse practitioners: Enhancing healthcare for 50 years. *Nurse Practitioner*, 40 (6), 14–6. doi:10.1097/01.NPR.0000465128.80771.ec
- Bell, A.V., Michalec, B., & Arenson C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 98–102. doi: 10.3109/13561820.2013.851073
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99–105.
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government] (1963). Ley 193 sobre Bases de la Seguridad Social del 28 de diciembre de 1963 [Law 193 on the Basis of Social Security, 28 December 1963] 18181–18190.
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government] (1977a). Orden del 1 de abril de 1977 [Order of 1 April 1977], 4008–4011.
- Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish Government] (1977b). Real Decreto [Royal Decree] 2128/1977.
- Borobia, R. (2004). La Hipótesis en estudios cualitativos: El caso de la inducción analítica en una investigación sobre adolescencia [The hypothesis in qualitative research: The use of analytical induction in a study of adolescence]. *Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales*, V(6), 1–12.
- Brown, S.S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A., & Garber, J.S. (2015). Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), 205–216. doi: 10.1177/0969733014533233

- Brullet, C. (2010). Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña: El cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida [Changes in the family and new social policies in Spain and Catalonia: Everyday care across the life cycle]. *Educator*, 45, 51–79.
- Bullough, B. & Bullough, V. (1981). Educational problems in a woman's profession. *Journal of Nursing Education*, 20 (7), 6–17. doi: 10.3928/0148-4834-19810901-03
- Carnes, M., Morrissey, C. & Geller, S.E. (2008). Women's health and women's leadership in academic medicine: Hitting the same glass ceiling?. *Journal of Women's Health*, 17(9), 1453–1462. doi: 10.1089/jwh.2007.0688
- Carter, M. (2014). Vocation and altruism in nursing: The habits of practice. *Nursing Ethics*, 21 (6), 695–706.
- Cawley, J., Cawthon, E., & Hooker, R. (2012). Origins of the physician assistant movement in the United States. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 25(December), 36–41. doi: 10.1177/0969733013516159
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional [Nursing as a predominantly female profession: The consequences for professional development]. *Revista de Antropología Experimental*, 9(9), 119–136.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Crawford, D. (1993). The glass ceiling in nursing management. *Nursing Economics*, 11(6), 335–341.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España* [Care and the nursing profession in Spain]. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J.A. & Miguel, J. (1983). *Sociología y enfermería* [Sociology and nursing]. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Drennan, V.M., Halter, M., Brearley, S., Carneiro, W., Gabe, J.; Gage, H., Grant, R., Joly, L., & de Lusignan, S. (2014). Investigating the contribution of physician assistants to primary care in England: A mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 2(16). doi: 10.3310/hsdr02160
- Finn, C. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 38(3), 349–357. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00065-1

- García, C., & Martínez, M.L. (2001). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero* [History of nursing: The historical development of nursing care]. Madrid: Elsevier.
- Hernández, F. (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería [The role of the Daughters of Charity in the professionalisation of nursing]. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 39–49. doi: 10.5565/rev/papers/v98n1.342
- Hernández, J. (1995). *Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de enfermería* [History of nursing: A historical analysis of nursing care]. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Holden, R.J. (1991). Responsibility and autonomous nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16(4), 398–403. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb03428.x
- Holland, G. (1999). Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 310–318.
- Holt, J., Barrett, C., Clarke, D. & Monks, R. (2000). The globalization of nursing knowledge. *Nurse Education Today*, 20(6), 426–431. doi: 10.1353/bhm.1998.0106
- Jones, I.W., & St-Pierre, N. (2014). Physician assistants in Canada. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 27(3), 11-13. doi: 10.1097/01.JAA.0000443808.97164.cb
- Khodyakov, D. (2007). The complexity of trust-control relationships in creative organizations: Insights from a qualitative analysis of a conductorless orchestra. *Social Forces*, 86(1), 1–22. doi: 10.1353/sof.2007.0100
- Kuilman, L., Sundar, G. & Cherian, K. (2013). Physician assistant education in Germany. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(2), 56–60.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J. & Greer-Williams N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–84. doi: 10.1111/jnu.12130
- Larson, M. (1978). *The rise of professionalism: A sociological analysis*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Pelaez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M. & Mañe-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial [Reflections on the use and utility of nursing models

- and theories in clinical practice]. *Enfermería Clínica*, 16(4), .218–221. doi: 10.1016/S1130-8621(06)71217-7
- MacMillan, K.M. (2012). The challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale?. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 410–5. doi: 10.3109/13561820.2012.699480
- McLain, B.R. (1988). Collaborative practice: The nurse practitioner's role in its success or failure. *Nurse Practitioner*, 13(8), 31–36.
- Mendes, F.R.P., & Mantovani, M.D.F. (2009). Ensino de enfermagem em Portugal: Contributos para a sua história [Nurse education in Portugal: Contributions to its history]. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 2–7. doi: 10.5380/ce.v14i2.15632
- Miró-Bonet, M. (2010). Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales [Conceptual models, a strategy of power with professional implications]. *Enfermería Clínica*, 20(6), 360–365. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.09.002
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976) [Why are we as we are? Discourse and power relations in the construction of professional identity among Spanish nurses (1956-1976)]. *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70690-9.
- Moses, M. (1994). Caring incidents: A gift to the present. *Journal of Holistic Nursing*, 12(2), 193–203.
- Mulero, A. (2003). Autonomía profesional en la práctica de terapia física [Professional autonomy in the practice of physical therapy]. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 6, 91–100.
- Oliver, J., Fernandez, J., & Sala, J. (2006). Pacientes, médicos y enfermeros: Tres puntos de vista distintos [Patients, doctors and nurses: Three different points of view]. *Medicina Preventiva*, 20(6), 465–472. doi: 10.1157/13096522.
- Ortega, G., & Sanchez, N. (1996). Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días) [History of nursing in Spain (from antiquity to the present day)]. In *Historia de la Enfermería en España: Desde la antigüedad hasta nuestros días* (pp. 287-323) [History of nursing in Spain: From antiquity to the present day]. Madrid : Síntesis.
- Parro, A., Serrano, P., Ferrer, C., Serrano, M., de la Puerta, M.L., Barberá, A., Morales, J.M., & Gomez, P.(2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice

- environment in primary health care. *Atencion Primaria*, 45(9), 476–485. doi: 10.1016/j.aprim.2012.12.015.
- Pender, S., & Spilsbury, K. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309. doi: 10.1111/jan.12177
- Pijl-Zieber, E. (2013). Doctors' orders and the language of representation. *Nursing Philosophy*, 14(2), 139–47. doi:10.1111/nup.12001.
- Price, S., Doucet, S., & Hall, L.M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: Implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 103–9. doi: 10.3109/13561820.2013.867839.
- Rodrigo, O., Caís, J., & Monforte-Royo, C. (2016). The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain. *Nursing Inquiry* (Accepted 19.11.16). doi: 10.1111/nin.12175
- Santo-Tomás, M. (2000). Historia de la Enfermería [History of nursing]. In C. Fernández Ferrín, ed. *Enfermería Fundamental* (pp. 3-129) [Fundamentals of nursing]. Masson: Barcelona.
- Schueller-Weidekamm, C., & Kautzky-Willer, A. (2012). Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*, 9(4), 244–450. doi: 10.1016/j.genm.2012.04.002.
- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Sellán, M.C. (2010). *La Profesión va por dentro: Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* [Inside the profession: Elements for a history of contemporary nursing in Spain]. 2nd ed., Madrid: FUDEN.
- Sieger, M., Fritz, E., & Them, C. (2011). In discourse: Bourdieu's theory of practice and habitus in the context of a communication-oriented nursing interaction model. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 480–489. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05783.x.
- Siles, J. (2011). *Historia de la enfermería* [History of nursing]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Smelter, N., & Baltés, P.B. (2001). Analytic Induction. *Encyclopedia of the Behavioral Sciences*.
- Stein, L.I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16, 699–703.

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* [Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory]. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Sumner, J. (2001). Caring in nursing: A different interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 926–932. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01930.x
- Sumner, J. (2006). Concept analysis: The moral construct of caring in nursing as communicative action. *International Journal for Human Caring*, 10(1), 8–16.
- Sumner, J. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: A critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11, 159–169. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00445.x
- Sumner, J.F., & Fisher, W.P. (2008). The moral construct of caring in nursing as communicative action: The theory and practice of a caring science. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 19–36. doi: 10.1097/01.ANS.0000341418.88715.c9.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. doi: 10.1111/inr.12034.
- Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería [Autonomy in nursing practice]. *Revista Aquichan*, 5(5), 114–127.
- Thorne, S., Kirkham, R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Focus on qualitative methods. Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20, 169–177. doi: 10.1002/(SICI)1098-240x.
- Thorne, S., Kirkham, R., & O'Flynn-Magge, K. (2008). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3, 1–11. doi: 10.1177/160940690400300101.
- Tonges, M., Rothstein, H., & Kikiras, H. (1998). Sources of satisfaction in hospital nursing practice: A guide to effective job design. *The Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47–61. doi: 10.1097/00005110-199805000-00008.
- Warelow, P., Edward, K.L., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146–153. doi: 10.1097/01.HNP.0000318023.53151.33.

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87–93. doi:10.1097/00128488-200607000-00008.

Weiland, S.(2015). Understanding nurse practitioner autonomy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 95–104. doi: 10.1002/2327-6924.12120.

Table 1. Themes to be explored

Themes to be explored	Purpose of exploring the theme
Theme 1: Tell me something about your background, how you came to be a nurse.	To gather information about the participant's lived experience in relation to the topic of study.
Theme 2: Tell me something about your actual experience as a nurse.	To gather information about the participant's experience in relation to the specific socio-historical context in which it was gained.
Theme 3: Tell me something about what being a nurse means for you.	To gather information about the meaning of this experience for the participant.

Table 2. Evidence for the initial categories

Categories	Participant and quote	Evidence (verbatim)
Collaborative role alongside the physician in treating disease	P2:1	<i>Here, as a nurse, I have a collaborative role, an interdependent position. So, my tasks involve keeping an eye on patients and monitoring them, I apply certain medical procedures, and I have to inform the doctor if there are any changes.</i>
	P3:2	<i>We're still in the position of needing to carry out lots of technical procedures, because it's what society expects of us, too. It's what's required by the setting in which we work. You need to know how to use all the apparatus, how to carry out all the procedures.</i>
	P3:3	<i>The fact we had university diplomas didn't change, for me, the way we worked, in terms of how you organised your work. There are hospitals that still organise things according to assigned tasks, and the diploma training has been around for thirty years now. I think this has more to do with management than with the type of qualifications that nurses have.</i>
Collaborative role alongside the patient and his/her family in providing care	P1:1	<i>What is our collaborative role? Maybe we should be asking ourselves that. The collaboration is ultimately with the patient, and perhaps less with doctors.</i>
	P2:2	<i>You can choose whether or not to carry out a task, if possible, but the focus here is on the patient, not the task.</i>
	P11:3	<i>What I want to know is their first name, so that when I go into their room or onto the ward I can call them by their name.</i>
	P6:4	<i>So, you want to meet their needs, which in this case have been altered, because you are faced with a process of transition like a birth, or perhaps with a small child or an older person who's beginning to lose their capacities.</i>
	P6:5	<i>It's that different perspective, what I mean is, I have to know certain things, because I also have a level of competence that enables me to care for people from other cultures without offending them.</i>
	P8:6	<i>What I would like to emphasise is that it's not enough just to speak about the person, not when we're talking about a profession like nursing, which deals with persons who need care. Although we have our own character, our own problems or whatever that might be going on in our lives, we can't let that interfere with the therapeutic relationship with the patient.</i>
	P6:7	<i>Doing it with the idea that the other person will soon do it without you, you won't be needed. That's my definition of care, the value of care is a special sensitivity towards meeting somebody else's needs but helping them become an autonomous individual again.</i>
	P10:8	
	P11:9	

	P1:10	<i>But people need to be aware of their health, to make sure they're properly informed and can take decisions about what they want to do about their health.</i>
	P9:11	<i>In the hospital you encounter the patient bed-ridden, in a vulnerable situation. The patient is in your hands and you, for want of a better expression, can do what you like with him or her.</i>
	P9:12	<i>for want of a better expression, can do what you like with him or her.</i>
	P1:13	<i>If we see colleagues or other professionals doing things that might be harmful, then we have the duty to speak out. But you can't do things now as we did twenty years ago. Patients these days are very demanding.</i>
	P3:14	<i>There are lots of elderly people who are more compliant, but alongside them you'll have the son or daughter or daughter-in-law.</i>
	P6:15	<i>Nowadays patients have the right to make a formal complaint to the professional body of which the person caring for them is a member. We have to assume the responsibility we have to society to be involved in health policy, to participate in political forums, to make this commitment, to aim for greater visibility. And here [in Spain] we're still lagging behind with all that. For some time now I've been working on this concept of political competence, which is about the ability that nurses should have, that all of us should have, although my focus is on nurses, to get involved in public life.</i>
Difficulty for nurses of assuming the responsibilities that are now associated with their professional role	P1:1	<i>We have to assume the responsibility given to us, and if we don't know how to do it, then we must learn. But what we can't do is fail to show our worth.</i>
	P3:2	<i>In practice the predominant discourse is the biomedical one, it's the discourse of power, of domination. That's still how it is.</i>
	P3:3	<i>What it does is apply knowledge from other sciences, because it was Pasteur, not the doctor, who discovered penicillin; the doctor just administers it.</i>
	P10:4	<i>I have to act independently, I have no choice. And I have to decide, to make decisions. And this fear of making decisions is what paralyzes nurses.</i>
	P2:5	<i>Greater independence will be achieved as the nursing profession achieves a more visible presence.</i>
	P5:6	<i>But I do think that with this generation there's a sense of joining forces, and this is what enables us to say that we have a shared objective, and that the goal is to raise the status of the profession as much as we can, giving it a university backing.</i>
	P4:7	<i>This idea of the independent role, I'll talk about it now. But I don't like to talk about it as I have the idea that it serves a reminder of what we're lacking.</i>
	P8:8	<i>If we do our job properly, then it's not about registration and awards, or about creating more nursing diagnoses because that way my job is more meaningful. It's something I often say to my students, your job isn't more meaningful</i>

- P4:9** *because you make more nursing diagnoses, your collaborative role may, at any given point, be much more important than any expression of professional autonomy you might make.*
- P4:10** *And also, I wanted to have children and I thought, well, I don't want to be a mother one day and not the next. You do twelve-hour shifts at the hospital, but in reality it's fourteen hours because you have an hour's travelling each way. And I was really clear that I didn't want to be a kind of on-off mother.*
- There comes a time when you have children, and maybe elderly relatives, too. And how is all this covered? By women, and if there are no crèche facilities....*

Table 3.Evidence for the core category

Category	Participant and quote	Evidence (verbatim)
Lack of professional autonomy in a caring role that is disease-focused rather than patient-centred	P1:1	<i>How the illness affects the patient's daily life. That's what it comes down to, their habits, their way of doing things, how they feel, and that's where I come in: how can I help them? And that's the treatment, the help we give them as nurses. We have to think that the antibiotics we give them are as important as the other sorts of care we carry out.</i>
	P6:2	<i>If you look at the history of the profession, then our tradition, regardless of the ideological approach, is one of providing direct care to the person, whether healthy or sick, although fundamentally the sick..</i>
	P2:3	<i>Here, as a nurse, I have a collaborative role, an interdependent position. So, my tasks involve keeping an eye on patients and monitoring them, I apply certain medical procedures, and I have to inform the doctor if there are any changes.</i>
	P1:4	<i>What is our collaborative role? Maybe we should be asking ourselves that. The collaboration is ultimately with the patient, and perhaps less with doctors.</i>
	P1:5	<i>It's the step that involves becoming aware of the professional responsibility that your profession demands.</i>
	P4:6	<i>And then there's all the information that you yourself have gathered and which will serve throughout as the basis for what you do with the patient. But at times it doesn't happen because there's this fear of assuming responsibility.</i>
	P8:7	<i>It seems to me that we like the word 'autonomy' and all that it implies in theory. But the professional autonomy that's been given to us, that we've acquired over the years, well, it comes with a set of demands and that means responsibility. A really important responsibility.</i>

Capítulo 6. Discusión

Tal y como se ha visto en el Capítulo 1 y el Capítulo 2, en la España de los años 70 del siglo XX, la llegada de libros sobre teorías y modelos enfermeros procedentes del contexto anglo-americano (Miro-Bonet, 2010), junto a la nueva visión traída por las enfermeras que habían tenido la oportunidad de trabajar en el mismo (Miro-Bonet, 2010; Santo-Tomás, 2000, p. 102), empodera a las enfermeras españolas a buscar una identidad profesional propia (Santo-Tomás, 2000, p. 102), más allá del rol tradicional de asistente del médico que habían tenido hasta ese momento (Miro-Bonet, 2010). Esto genera dentro del colectivo una corriente de opinión, inspirada en el movimiento enfermero iniciado en Estados Unidos y Canadá (Bullough & Bullough, 1981), que pretende el reconocimiento de la enfermería como disciplina integrada en la universidad (García & Martínez, 2001, p. 185).

Después de importantes movilizaciones de las enfermeras por todo el territorio español (Sellán, 2010, p. 243), en 1977 se publica el *Real Decreto 2128/77* (Boletín Oficial del Estado, 1977b), que aprueba la integración en la universidad de los estudios de enfermería bajo la titulación de *Diplomado Universitario en Enfermería*. Esto conllevó un cambio del enfoque profesional transmitido en las universidades, del “rol tradicional de asistente del médico”, a uno inédito de proporcionar “cuidados profesionales enfermeros”, modelado a partir de la *nurse* anglo-americana.

No obstante, tal y como evidencian los resultados de este estudio (ver **Figura 5**), la integración de la enfermería española en la universidad no se relaciona con la necesidad de la sociedad de “cuidados profesionales enfermeros” -en el sentido anglo-americano de “cuidados centrados en la persona”-. Su reconocimiento como disciplina universitaria tiene que ver con la necesidad del sistema sanitario español, durante la transición política hacia la democracia, de un profesional con altas competencias técnicas y capacidad legal de asumir mayores responsabilidades (Rodrigo, Caïs & Monforte-Royo, 2017a).

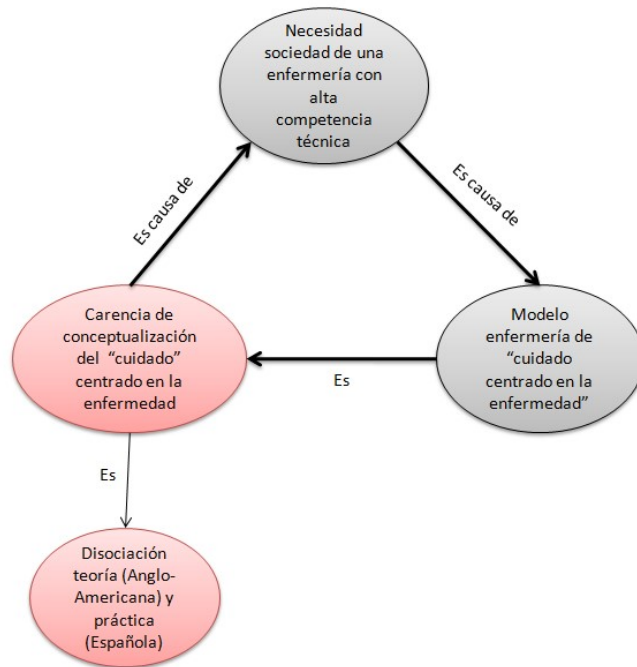


Figura 5. Características de la profesión enfermera en España

Pasados 40 años desde la incorporación en la universidad (1977-2017), la enfermería española se caracteriza por un modelo de “cuidado centrado en la enfermedad” (Rodrigo et al., 2017b). De acuerdo con Thorne, Cannan, Dahinten, Henderson y Kirkham (1998) la *enfermedad* es la que hace que la persona tome conciencia de que precisa de los servicios de la enfermería profesional. Este enfoque de la disciplina es mucho más acorde con los sistemas sanitarios de los países occidentales fundamentados en modelos económicos que buscan soluciones rápidas a los problemas de salud (Watson, 2006).

No obstante, este tipo de “cuidado” que representa el “cuidado profesional enfermero” en el contexto español, se caracteriza por una carencia de conceptualización (Rodrigo, et al., 2016). Esto se manifiesta en la dificultad que tiene la enfermería española en definir qué es el cuidado profesional (García, Cardenas, Arana, Monroy, Hernández & Salvador, 2011), algo que conlleva una incapacidad, como colectivo profesional, para llevar a cabo una práctica reflexiva. Para Siles (1997) es la capacidad de conceptualización lo que permite actualizar el conocimiento enfermero para adaptarlo a las necesidades cambiantes de la sociedad. De acuerdo con Derber, Schwart y Magrass (1991) ese conocimiento es imprescindible para mantener las posiciones de poder y privilegio dentro de la sociedad algo que, según Freidson (1986) es una pieza fundamental para mantener la autonomía profesional.

La carencia de conceptualización del cuidado enfermero es resultado de la existencia de una dicotomía, entre la teoría transmitida en las universidades, y la práctica que se lleva a cabo en el ámbito asistencial (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra et al., 2006; Rodrigo et al., 2016). De esta manera, las teorías y modelos anglo-americanos transmitidos en las universidades, no son aplicables a la práctica asistencial de la enfermería española con una tradición socio-histórica claramente diferenciada (Rodrigo et al., 2016; Rodrigo et al., 2017a). Según Siles (1997) esta carencia de conceptualización es lo que está limitando la autonomía profesional del colectivo. En el presente estudio esta carencia de autonomía profesional se ha podido evidenciar en la dificultad que continua presentando el colectivo para asumir la responsabilidad que conlleva

la toma de decisiones –que se sigue delegando en el médico– (Rodrigo et al., 2017b).

6.1. Necesidad de una enfermería con alta competencia técnica para poder asumir responsabilidades en un sistema sanitario universal y de alta complejidad asistencial

Se han identificado tres factores que determinan porqué en 1977 la enfermería española es reconocida como disciplina universitaria con un nuevo rol teórico de “cuidado centrado en la persona”: 1) la necesidad del sistema sanitario español de un profesional con una alta competencia técnica; 2) la posibilidad legal de asumir responsabilidades cursando una titulación universitaria de menor duración; y 3) la integración en la universidad como forma de reconocimiento social de una profesión ejercida por mujeres en un Estado democrático.

La enfermería española, al contrario que en el contexto norte-americano (Bullough & Bullough, 1981), no se integra en la universidad por la necesidad en los hospitales de profesionales que lleven a cabo cuidados dirigidos a la persona. El reconocimiento del colectivo como disciplina universitaria se debe a que el perfil tradicional de asistente técnico del médico (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 92), que habían desarrollado especialmente durante su etapa de ATS (Hernández, 1995, p. 151; Miró-Bonet et al., 2008), daba respuesta a las necesidades del sistema sanitario durante el periodo de transición hacia la democracia (Rodrigo et al., 2017a). En este sentido, el despliegue de un nuevo sistema sanitario universal, altamente tecnificado y con una gran complejidad asistencial, precisaba de una gran cantidad de profesionales con una alta competencia técnica y capacidad legal de asumir responsabilidades (Rodrigo et al., 2017a).

En una época muy similar, en la década de los años 60 del siglo XX, en el contexto del sistema sanitario norte-americano, también surge esa misma necesidad (Cawley et al., 2012; Marzucco et al., 2013). Después de la II Guerra

Mundial, tanto la promulgación de la *Ley de los Derechos Civiles* (Archives, 1964), que conllevó un aumento en la cobertura sanitaria de la población (Hooker et al., 2013), como el aumento en la tecnificación y especialización de los hospitales, generó una carencia de médicos (Bartol, 2015) que tuvo que ser cubierta con un profesional que pudiese sustituirlo –siempre bajo su supervisión- especialmente en el entorno rural. En el caso español ese asistente del médico ya existía encarnado en la figura de la enfermera (Domínguez-Alcón et al., 1983, p. 96). Por ello fue un proceso natural que la enfermería española asumiera progresivamente esa competencia técnica. Sin embargo, las enfermeras norte-americanas se opusieron explícitamente a asumir esas nuevas competencias al considerar inadecuado para la profesión la “delegación de tareas médicas” (Cawley et al., 2012). Por lo tanto, en países como Estados Unidos (Cawley et al., 2012), Canadá (Jones & St-Pierre, 2014) y Gran Bretaña (Drennan et al., 2014) –países anglo-americanos-, esa necesidad tuvo que ser cubierta por un nuevo profesional auxiliar de la medicina –inspirado en el modelo de asistencia médica de la *Guerra del Vietnam*–, denominado *Physician Assistant* (PA) (Marzucco et al., 2013).

Esta diferencia, en cuanto a la competencia técnica que integra en su perfil profesional la enfermería española y la anglo-americana, se relaciona con un diferente origen epistemológico y etimológico. A nivel epistemológico, en el caso de España y de otros países europeos como Portugal y Alemania, donde las enfermeras integran las competencias del PA en su perfil profesional generalista (Domínguez-Alcón, 1986 p. 93; Mendes & Mantovani, 2009; Schweikardt, 2006), es la necesidad de la profesión médica de un auxiliar competente, la que impulsa la profesionalización de la enfermería en un entorno donde las órdenes religiosas cubren las necesidades de cuidado en los hospitales (Germán, 2006, p. 68). Sin embargo, en el contexto anglo-americano es la necesidad de personas que cuiden en los hospitales, en ausencia de órdenes religiosas cuidadoras derivada de la Reforma Protestante del siglo XVI (Hernandez, 1996, p. 3-11), la que empodera a Florence Nightingale a trasladar el cuidado doméstico ejercido tradicionalmente por esposas, hermanas e hijas (Jecker & Self, 1991) al ámbito del hospital (Bullough & Bullough, 1981).

Concretamente, en el caso norte-americano fue la demostración de lo que aportaba el cuidado al recorte del gasto sanitario lo que potenció el reconocimiento de la enfermería como disciplina universitaria a finales del siglo XIX (Bullough & Bullough, 1981).

Por lo tanto, a partir de aquí se pueden identificar dos epistemologías enfermeras que tienen su origen en dos paradigmas diferenciados. Por un lado tenemos el caso de la enfermería española, portuguesa y alemana que nacen a partir del paradigma biomédico (Domínguez-Alcón, 1986 p. 93; Mendes & Mantovani, 2009; Schweikardt, 2006), algo que en palabras de Poblete y Valenzuela (2007), determina una enfermería que concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina. Y por otro lado tenemos el caso de la enfermería anglo-americana, que tiene su origen en un paradigma propio creado a partir de los planteamientos de Florence Nightingale y que se enfoca en cubrir las necesidades de cuidado de las personas hospitalizadas. A mediados del siglo XIX Nightingale reconoció el objetivo singular de la enfermería y declaró que la base del conocimiento enfermero centrado en el *care* era diferente al de la medicina orientado al *cure* (Alligood, 2014, p. 3), situándolos por lo tanto en paradigmas diferenciados. No obstante, para MacMillan (2012), si se toma como referencia a la propia Florence Nightingale, el cuidado profesional enfermero en este contexto también evolucionó a partir de las especialidades médicas con el objetivo de llevar a cabo cuidados en hospitales cada vez más complejos y tecnificados (MacMillan, 2012).

Otro elemento que reafirma la existencia de diferencias epistemológicas entre la enfermería española y anglo-americana, es el diferente significado etimológico del término *enfermería* –utilizado para denominar a la enfermería española–, y *nursing* –utilizado para denominar a la enfermería anglo-americana–. En el caso del término *enfermería* propio del contexto español, pese a que no tiene una traducción directa al latín, procede del término *infirmas-atris*, que significa *estar débil, compleción débil, enfermedad, sexo débil*, en relación a mujeres y niños (Galvez-Toro, 2007). Desde la primera definición a la que se ha tenido acceso en 1732 la *enfermería* ha sido definida como la casa o lugar destinada a los enfermos (Galvez-Toro, 2007), y el

enfermero, como la persona encargada de su cuidado. Sin embargo, el término anglo-americano *nurse* procede del latín *nutrix (-icis, f.)* que significa *nodriza, la que produce, cría o alimenta*, posee diversos significados que tienen en común el tratarse de “cuidados básicos de subsistencia y supervivencia” (Galvez-Toro, 2007).

Para Galvez-Toro (2007) la enfermería como disciplina universitaria, entendida como la práctica del “cuidado profesional” (García & Martínez, 2001, p. 185), es una construcción adoptada del mundo anglo-americano y adaptada a la realidad del español. No obstante, el diferente significado socio-histórico atribuido al término *enfermería* en el contexto español, y *nurse* en el anglo-americano, conlleva que ambas palabras a priori no pueden ser consideradas sinónimos (Infante, 2003; Siles, 1996). En este sentido, entender la enfermería española exclusivamente desde el cuidado –care- que se desprende etimológicamente de *nurse*, es dificultar su evolución como profesión a partir del cuidado –cure- especializado llevado a cabo en el ámbito hospitalario (Infante, 2003). A este respecto, de acuerdo con De Valck, Bensing, Bruynooghe y Batenburg (2001) la propia disciplina médica integra los elementos *curación* –cure- y *cuidado* –care- como parte de un mismo continuum. En uno de los extremos, el de la *curación*, la atención se centra en la parte instrumental de la tarea –es la *atención centrada en el médico*– mientras que, en el otro extremo, el del *cuidado*, la atención se centra en la atención emocional del paciente –es la *atención centrada en el paciente*-. De esta manera, el médico ideal es aquel que consigue un equilibrio entre la realización instrumental de la tarea y la atención emocional al paciente en la que ésta se aplica (De Valck et al., 2001): o sea, es capaz de integrar el “cuidar” y el “curar”. De hecho, el término español “curar” procede del latín “curare” que significa cuidar y es definido por la *Real Academia de la Lengua Española* en su primera acepción como “hacer que el enfermo o lesionado, o una parte de su cuerpo enferma o dañada recupere la salud” y en su cuarta acepción como “hacer que una persona que sufre anímicamente se recobre, o hacer que el sufrimiento desaparezca” (Real Academia de la Lengua Española, 2016). Por lo tanto, se puede concluir que esta definición también integra el *cuidar* y el *curar* como parte de un mismo todo.

De acuerdo con Tarlier (2005), históricamente siempre se ha sabido de la existencia de diferentes epistemologías enfermeras, pese a que no ha habido un reconocimiento explícito de ello. A partir de Carper (1978), considerada la primera enfermera en describir las múltiples formas de conocimiento de la enfermería (Fawcett, Watson, Neuman, Walker & Fitzpatrick, 2001), diversos autores han concluido que la práctica de la enfermería es compleja y holística, por lo que el conocimiento se basa en más de una fuente singular de conocimiento (Jennings & Loan, 2001).

Otro elemento determinante para la integración de la enfermería española en la universidad, fue su capacidad de asumir responsabilidades por encima de su cualificación. Esto se relaciona con la adquisición progresiva de cada vez mayor conocimiento y competencia técnica en el ejercicio del rol profesional de asistente del médico (Infante, 2003). Concretamente, a partir de 1953, la introducción del plan de estudios de ATS implicó la ampliación de los estudios de enfermería en España a tres años (García & Martínez, 2001, p. 152), frente a los dos años de duración de la formación del PA anglo-americano (Bartol, 2015) para llevar a cabo el mismo rol de asistente del médico (Domínguez-Alcón, 1986 p. 93; Holt, 1998). Para Ballou (1998), la competencia es el inicio de la *autonomía*, de manera que el *conocimiento* y la *habilidad* que la integran son esenciales para conseguir autoridad y poder para ejercer una profesión.

El conjunto de profesiones constituyen jurisdicciones que compiten en el mercado donde los movimientos de unas afectan a las otras. De esta manera, cuando hay una nueva vacante se producen movimientos entre las profesiones para ocupar ese espacio (Abbott, 1988, p. 144). Esta debió ser la situación de los ATS; había vacante en el mercado y los ATS habían demostrado competencia para cubrirla (Siles, 2011, p. 451). Este aspecto también explica que el colectivo médico, con gran hegemonía sobre el sistema sanitario (Hooker, Kuilman & Everett, 2015), no se opusiera a la entrada en la universidad de la enfermería como profesión que, hasta el momento, había estado bajo su control. No obstante, a nivel estratégico, el situar a la enfermería en el estricto ámbito del *cuidado* como aportación específica de la profesión, y

no en el de la curación, sirvió para devaluarla políticamente como profesión. En este sentido, de acuerdo con Infante (2003), enfatizar que la función de la enfermería no era *curar* tenía como objetivo alejarla ideológicamente lo más posible de la medicina y de los hospitales; desvirtuando de esta manera su función tradicional dentro del sistema sanitario español.

Tal y como se ha visto hasta ahora, pese a que el ATS se ajustaba al perfil de profesional de alta competencia técnica y capacidad para asumir responsabilidades, un segundo factor determinante para su reconocimiento como disciplina universitaria tuvo que ver con la posibilidad de cursar estudios universitarios de un menor nivel académico que el resto de titulaciones (Rodrigo et al., 2017a). La *Ley General de Educación* formulada en 1977 (Boletín Oficial del Estado, 1970c) contempla, por primera vez en la historia de España, la posibilidad de cursar una titulación universitaria de grado inferior a la licenciatura denominada *Diplomatura*. Ésta se preveía para profesiones eminentemente prácticas que no precisaban de una formación teórica tan larga. Sin embargo, la entrada en la universidad con la titulación de *Diplomado* en 1977 (Boletín Oficial del Estado, 1977a) y no de *Licenciado* dejó al colectivo fuera de los centros de toma de decisiones del sistema sanitario español (hasta el inicio de la titulación de Grado en 2007 (Boletín Oficial del Estado, 2007a)). Llegado a este punto, podría ser interesante indagar cómo ha influido, en la autonomía profesional del colectivo, un liderazgo llevado por enfermeras diplomadas que no tienen acceso a los puestos de toma de decisiones, dentro del sistema sanitario, de los licenciados.

Finalmente, la igualdad ante la ley establecida entre hombres y mujeres, durante la transición política hacia la democracia en España, se establece como un tercer factor determinante de este proceso (Rodrigo et al. 2017a). Esto comportó importantes repercusiones educativas, legales y de convivencia entre géneros (Germán, 2010, p. 53), que hicieron que las mujeres, y entre ellas las enfermeras, se sintieran con los mismos derechos que los varones. Esto puede explicar porqué en ese momento histórico el colectivo ATS, formado fundamentalmente por mujeres (Sellán, 2010, p. 242; Germán, 2013, p. 89), se manifestara masivamente para ser reconocido como formación

universitaria como forma de dignificar una profesión eminentemente femenina. En relación a esto, en 1899 los fundadores del *Consejo Internacional de Enfermeras* (CIE) tenían la convicción de que la unión de las enfermeras líderes en todo el mundo contribuiría a un avance de los derechos humanos como el sufragio femenino y la abolición de la esclavitud, o la reforma social en general (Zittel et al., 2012). Para Celma y Acuña (2009), la enfermería como profesión y como ciencia, resurge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad asigna a las mujeres son tan importantes como los de los varones. A partir de aquí se podría establecer el estado de profesionalización de la enfermería como indicador de la consideración social de la mujer en los diferentes contextos del mundo. Podría ser interesante indagar si existe una correlación entre los derechos de la mujer a nivel legislativo, en un determinado contexto sociocultural, y el grado de profesionalización de la enfermería como profesión ejercida por mujeres.

6.2. Dificultad para asumir responsabilidades en el ejercicio de un rol profesional de *cuidado centrado en la enfermedad*

La enfermería española puede ser considerada un paradigma de profesión enfermera que, tal y como se ha visto anteriormente, integra la competencia técnica del PA del contexto anglo-americano (Bartol, 2015; Cawley et al., 2012; Drennan et al., 2014) en su perfil generalista (Boletín Oficial del Estado, 2001; Boletín Oficial del Estado, 2003). Esto conlleva en la práctica un rol profesional de “cuidado centrado en la enfermedad” que precisa de una alta competencia técnica (Rodrigo et al., 2017b) y, no tanto el rol de “cuidado centrado en la persona” que proponen las teorías y modelos enfermeros anglo-americanos (Bartol & Ford, 2015).

No obstante, en el propio contexto anglo-americano, pese a que las enfermeras rechazan explícitamente la delegación de tareas médicas propias del PA (Cawley et al., 2012), también se evidencia que la elevada carga asistencial (Parro et al., 2013; Warelow et al., 2008) hace que su práctica siga

estando centrada en la enfermedad y, sólo a nivel filosófico, lo esté en el cuidado holístico de la persona (Watson, 2006; Weiland, 2015). A esto se le añade la necesidad de los sistemas sanitarios del mundo de dar respuesta al gran reto de las enfermedades crónicas que conllevan una gran complejidad en la atención (Sánchez-Martín, 2014). Precisamente es en los países anglo-americanos donde desde hace años, existe la figura de una enfermera especializada mediante una formación de máster, denominada *Enfermera de Práctica Avanzada* (EPA), para dar respuesta a esas nuevas necesidades (Del Barrio-Linares, 2014). Bajo la denominación de EPA coexisten diferentes perfiles enfermeros, como son la enfermera clínica especialista -*clinical nurse specialist*, CNS-, la enfermera practicante -*nurse practitioner*-, la enfermera matrona -*certified nurse-midwife*-, o la enfermera anestésista -*certified nurse anesthetist*- (Del Barrio-Linares, 2014). Concretamente la CNS, al tener mayores competencias y trabajar directamente en la asistencia junto con la enfermera generalista, tiene un mayor impacto en el cuidado del paciente, previniendo efectos adversos y comorbilidades (Del Barrio-Linares, 2014).

Llegado a este punto podría ser interesante indagar si la *nurse* anglo-americana, pese a integrar una menor competencia técnica en su perfil generalista, también tiene un rol de “cuidado centrado en la enfermedad”. Esto permitiría evidenciar que el perfil de la enfermería en los países occidentales – y posiblemente en el contexto internacional-, está enfocado a la enfermedad y no tanto en la persona. Si se demostrara este enfoque común de la enfermería española y anglo-americana se podría justificar la necesidad de revisar la función del concepto *enfermedad* como elemento central dentro del metaparadigma enfermero -actualmente integrado por los conceptos *persona*, *entorno*, *salud* y *enfermería*- (Alligood, 2014, p. 39; Fawcett, 1984). Para Thorne y otros (1998) la enfermedad es un concepto esencial que debe mantenerse dentro de cualquier teoría enfermera. Un enfoque indebido en el concepto *salud*, particularmente cuando hace referencia al proceso hacia la autotranscendencia, descuida el objetivo social de la enfermería de atender a la enfermedad (Thorne et al., 1998), siendo ésta el área de preocupación social a la que da respuesta como profesión (Larson, 1978).

En este sentido, los modelos conceptuales contienen teorías y modelos derivados de los conceptos integrantes del metaparadigma enfermero (Alligood, 2014) que han de servir de guía a lo que las enfermeras hacen en la práctica. Es posible que no dar el protagonismo adecuado al concepto *enfermedad*, como un elemento integrante del metaparadigma enfermero, conlleve la elaboración de modelos y teorías que no se acaban de ajustar a una práctica asistencial de la enfermería que tiene como elementos centrales el *cuidado aplicado a la enfermedad*. Heidegger (2005) entiende el *cuidado* como algo anterior a toda situación del ser humano que surge cuanto la existencia del otro adquiere importancia. Por lo tanto, no puede ser considerado, en sí, un atributo que corresponde a una profesión, a no ser que ésta aporte algo que no puedan proporcionar las comunidades humanas: un cuidado complejo que precisa de conocimientos específicos y que utiliza la ciencia y la tecnología para dar respuesta a la enfermedad.

Para Barker, Reynolds y Ward (1995) la base filosófica del cuidado, como aportación específica de la enfermería, es una distracción para la exploración de sus límites como jurisdicción o parcela de mercado que cubre como profesión (Abbott, 1988). En este sentido, es en los momentos evolutivos donde los seres humanos experimentan corporalidad extrema como son el *nacimiento*, la *enfermedad*, el *envejecimiento* y la *muerte*, cuando la persona se enfoca más en su cuerpo. Precisamente es en la atención al cuerpo individual y a los significados que le da a éste la persona, lo que distingue a la enfermería de las otras disciplinas (Thorne et al., 1998).

El que las enfermeras españolas hayan integrado en el rol de “cuidado centrado en la enfermedad” -enfocado en procedimientos técnicos e instrumentales (Celma & Acuña, 2009)-, el rol tradicional de PA y el nuevo rol académico de “cuidado centrado en el paciente”, se relaciona con varios factores. Un primer factor tiene que ver con la naturaleza del propio sistema sanitario español donde, desde la promulgación de la *Ley de Bases de la Seguridad Social* (Boletín Oficial del Estado, 1963), se constituye un modelo de asistencia centrado en la atención médica (Miró-Bonet et al., 2008). Pese a la Reforma de la Atención Primaria llevada a cabo en 1986, sigue sin reconocerse

la oferta de servicios enfermeros basados en actividades independientes a través de la implementación del método enfermero (Arnal et al., 2001). En relación a este punto, un estudio llevado a cabo por Sancho, Vidal, Cañellas, Caldés, Corcoll y Montserrat (2002) evidenció que bajo la perspectiva de las enfermeras de atención primaria los servicios siguen estando orientados al abordaje de la enfermedad. Además, esto quedó reafirmado en otro estudio realizado por Corrales, Galindo, Escolar, Palomo y Magariño (2000) donde las enfermeras manifestaron dedicar un tiempo excesivo al abordaje de la enfermedad crónica. Finalmente, para Del Pino y Martínez (2007) la población sigue identificando la enfermería de atención primaria con las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, sin ser consciente de la oferta de cuidados y de la posibilidad de solicitarla. De esta manera, el cuidado es poco visible y poco accesible para la población (Del Pino & Martínez, 2007)

El segundo factor tiene que ver con el hecho de que las enfermeras desarrollaron la destreza técnica para dar respuesta a las necesidades de ese sistema sanitario y, eso precisamente es lo que les dio prestigio para consolidarse como profesión (Santo-Tomás, 2000, p. 101; Sellán, 2010, p. 235), y posteriormente integrarse en la universidad (Siles, 2011, p. 451). En un estudio llevado a cabo por Albar y Sivianes-Fernández (2016) se pudo evidenciar que actualmente los alumnos que inician los estudios de Grado en Enfermería siguen teniendo la percepción de que la enfermería es una profesión dependiente de la medicina y centrada en un rol desarrollado fundamentalmente en el hospital. Es posible que esto haya potenciado que la enfermería española haya tenido que enfocar el cuidado al abordaje de la enfermedad –en la línea de su rol tradicional de PA- y no tanto al paciente. La cuestión es hasta qué punto las enfermeras españolas identifican ese “cuidado enfocado en la enfermedad” como el “cuidado profesional enfermero” que les da sentido como profesión en el contexto español.

No obstante, esos mismos factores también se han podido identificar en el contexto anglo-americano, origen del modelo de “cuidado centrado en el paciente” (Bullough & Bullough, 1981). Existen estudios que demuestran que la

enfermería a nivel internacional continúa siendo visible fundamentalmente por su rol de asistencia de la medicina (Pender & Spilsbury, 2014).

En el caso español, el modelo de profesión enfermera de “cuidado centrado en la enfermedad” conlleva un rol profesional integrado por dos dimensiones que se interrelacionan en el ejercicio de la práctica (ver **Figura 6**). En una primera dimensión, la enfermera planifica el cuidado, para llevar a cabo el abordaje de la enfermedad mediante la aplicación de técnicas y tratamientos: es el “cuidado centrado en la enfermedad”. Sin embargo, en una segunda dimensión, la enfermera se centra en conseguir que ese cuidado centrado en la enfermedad pueda ser llevado a cabo “por” y “en” la persona que tiene el problema: es la “enfermera centrada en el cuidado”. En el primer caso, el énfasis se sitúa en la relación establecida principalmente entre el médico-enfermera y, en la segunda, identificada por el colectivo como “práctica genuina” de la enfermería (Weiland, 2015), el énfasis se sitúa en la relación enfermera-paciente – y su familia -. En este sentido, para Holland (1999) el área primordial de la responsabilidad de la enfermera es la defensa del paciente.

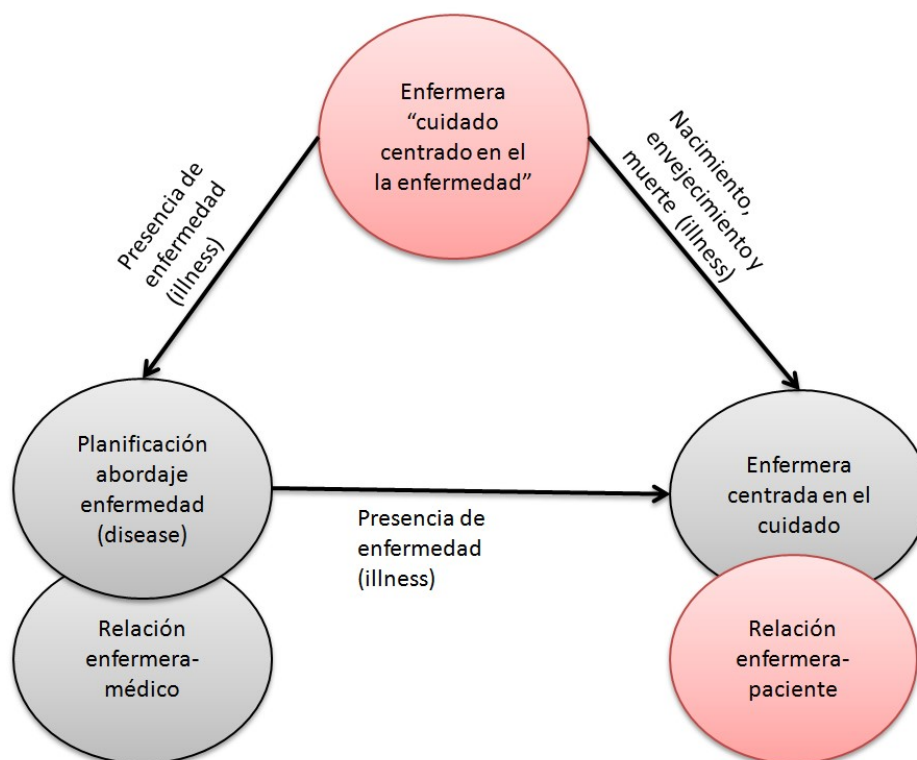


Figura 6. Modelo de la enfermería española de "Cuidado Centrado en la Enfermedad"

En cuanto a la relación médico-enfermera, Stein (1967) la describe como un “juego médico-enfermera” en el que el poder de la disciplina médica se ha mantenido a expensas de la enfermería, –especialmente mediante la atenuación de su contribución intelectual a la sociedad-. El objetivo de su estrategia es mantener el status quo en el posicionamiento social de ambos grupos, algo que dificulta el establecimiento de una verdadera colaboración (Price et al., 2014). De acuerdo con Pilj-Zieber (2013), la sociedad todavía considera que dentro de las rutinas de trabajo de la enfermera se incluyen los órdenes del médico, y que esto es algo que impacta en el funcionamiento de los sistemas de salud. Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis y Wiesman (2007) van más allá afirmando que el médico se considera la autoridad dominante en el cuidado del paciente. Para Brown, Lindell, Dolansky y Garber (2015), pese a que la enfermería aporta una contribución única y específica al sistema sanitario, el médico sigue sin reconocer el valor de la información relativa al cuidado (Casanova et al., 2007), originándose una colaboración interprofesional “en paralelo”, y no “en asociación”. En la misma línea, Lancaster y otros (2015) evidencian que esta falta de colaboración origina consecuencias negativas graves, como por ejemplo, los errores médicos –una de las principales causas de mortalidad en USA-.

La enfermería española identifica la relación establecida con el paciente, dentro de la dimensión “la enfermera centrada en el cuidado”, como la herramienta central para llevar a cabo el “cuidado enfocado en la enfermedad”. Este aspecto también ha sido identificado en numerosos estudios procedentes de países occidentales (Sieger et al., 2011). En relación a esto, Joyce Travelbee, definió la enfermería en su *Teoría de las relaciones entre seres humanos*, como el establecimiento de una relación entre dos personas que tiene como objetivo afrontar las situaciones de sufrimiento encontrándoles un significado (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 61). Para ella la *solidaridad*, la *compasión* y la *empatía* son fundamentales para llevar a cabo el cuidado (Alligood & Marriner-Tomey, 2010, p. 61), especialmente en entornos carentes de compasión como las instituciones sanitarias (Moses, 1994). Esta concepción del cuidado es compatible con la tradición cuidadora basada en los valores cristianos de *vocación*, *altruismo* y *caridad* que ha caracterizado

tradicionalmente, tanto a la enfermería española (Hernández, 2006; Miró-Bonet et al., 2008), como a la propia de los países occidentales (Carter, 2014). En este sentido, podría ser interesante investigar la aplicabilidad de teorías más acordes con el rol de “cuidado centrado en la enfermedad” que llevan a cabo las enfermeras españolas como sería el caso de *Theory of Moral Consciousness and Communicative Action* de Sumner (2001, 2006). Esta teoría, que transformada en teoría de rango medio ha demostrado ser eficaz para demostrar el cuidado basado en la evidencia en la práctica enfermera (Sumner & Fisher, 2008), enfoca el *cuidado* como una acción comunicativa bidireccional entre la enfermera y el paciente, orientada al abordaje de la enfermedad (Sumner, 2006). En esta relación el pensamiento para la enfermera reside en la comprensión de la enfermedad, la respuesta del cuerpo y el tratamiento. En el caso del paciente, el pensamiento se centra en la toma de conciencia de la necesidad del servicio de la enfermera para ceder el control de su salud/enfermedad (Sumner, 2010).

La carencia del poder, manifestada por la falta de autonomía profesional en el ejercicio de rol profesional de “cuidado centrado en la enfermedad”, parece caracterizar a la enfermería en el caso español. Esto se evidencia en la dificultad que tiene el colectivo, tanto para llevar a cabo la toma de decisiones, como para asumir la responsabilidad que es inherente al ejercicio de su rol profesional. Un primer factor relacionado con este punto son las relaciones de poder establecidas dentro del propio sistema sanitario, donde la medicina está situada en lo más alto de la jerarquía de la toma de decisiones en los países occidentales (Bell et al., 2004; Lancaster et al., 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006). Nelson, King y Brodine (2008) evidenciaron que las enfermeras norteamericanas también perciben un desequilibrio de poder entre ambas profesiones. Este aspecto origina relaciones hostiles entre médicos y enfermeras en muchos países occidentales como EEUU, Italia, Alemania, y asiáticos, como China y Japón (Tang et al., 2013). Además, no sólo tiende a hacer invisible la aportación específica de la enfermería (Weiland, 2015), sino que también es causa de falta de autonomía profesional, insatisfacción y abandono de la profesión enfermera (Tang et al., 2013).

No obstante, empieza a haber evidencias del establecimiento progresivo de una relación más colaborativa entre médicos y enfermeras (House & Havens, 2017; Lancaster et al., 2015; Tang et al., 2013) que podría contribuir a aumentar la confianza de la enfermera en su capacidad de toma de decisiones. Tang y otros (2013) sugieren la implantación de Programas de Educación Interprofesional (PEI) que contribuyan a mejorar el conocimiento entre médicos y enfermeras y el pase de visita conjunto siguiendo el “modelo de conducción orquestal”, donde el centro es el paciente y cada disciplina aporta por igual su conocimiento específico (Khodyakov, 2007; Lancaster et al., 2015), como estrategias que pueden contribuir a mejorar la colaboración entre ambos profesionales. Por último, MacLain (1988) sugiere que la capacidad de las enfermeras de articular su rol profesional con el rol del médico, puede contribuir a aumentar el respeto y la colegialidad entre ambos colectivos. En la misma línea, según Sancho y otros (2002) los Equipos de Atención Primaria (EAP) españoles desconocen la aportación que hacen las diferentes disciplinas a la atención del paciente y esto es algo que genera desconfianza dentro del equipo interdisciplinario.

Un segundo factor relacionado con la falta de poder de las enfermeras está íntimamente relacionado con el género femenino que caracteriza a una profesión integrada históricamente por mujeres. Tanto en el entorno empresarial, como el propio de los sistemas de salud, las mujeres experimentan barreras ocultas que limitan su capacidad de toma de decisiones, más allá de la propia de un mando intermedio, denominadas “techos de cristal” (Carnes et al., 2008; Crawford, 1993; Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012). A esto se añade la predisposición de las mujeres, dentro de su rol social de género, a priorizar las responsabilidades vinculadas al cuidado de su familia por encima de las derivadas del ejercicio de su actividad profesional (Bell et al., 2014; Brullet, 2010; Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012). Un estudio llevado a cabo por Corrales y otros (2000) en el ámbito de la APS, el colectivo de médicos identificó una carencia de corresponsabilidad de las enfermeras en relación a la distribución de las cargas de trabajo. Esto es algo que también afecta al colectivo de mujeres médicos que tienden a escoger especialidades vinculadas al cuidado y suelen quedar excluidas de los centros

de toma de decisiones reservadas para los varones (Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012).

6.3. Carencia de conceptualización del cuidado relacionado con la falta de aplicabilidad de las teorías y modelos anglo-americanos para enfermeras.

La enfermería española se caracteriza por la dificultad de integrar conceptualmente los “modelos para enfermeras” (Rousseau, 1997) procedentes del contexto anglo-americano (Miró-Bonet, 2010; Rodrigo et al., 2016) en su práctica cotidiana. Diferentes estudios llevados a cabo en el contexto español (Arreciado & Isla, 2015; López-Parra et al., 2006; Rodrigo et al., 2016) e internacional (Holt et al., 2000; Warelow et al., 2008; Watson, 2006) evidencian la existencia de una dicotomía, entre las teorías y modelos impartidos en las universidades, y la práctica asistencial que llevan a cabo las enfermeras. En esta línea se han identificado una serie de factores tanto limitadores como facilitadores del proceso de conceptualización del cuidado profesional enfermero en el caso español.

Un primer factor limitador tiene que ver con la inexistencia de registro escrito, en el momento de la integración de la enfermería en la universidad (1977), de los cuidados enfermeros tradicionales llevados a cabo en el contexto español. A esto se le añade la necesidad del nuevo plan de estudios del DUE de enfocar los cuidados proporcionados por el colectivo desde una perspectiva más científica (García & Martínez, 2001, p. 185). Estos dos factores fueron determinantes para que el corpus teórico de conocimiento para construir el contenido curricular de la asignatura *Enfermería Fundamental*, se tuviese que importar directamente del contexto anglo-americano (Miro-Bonet, 2010) al tener éste un mayor desarrollo disciplinar. Esto es algo que también sucedió en el contexto de la enfermería japonesa, donde a partir de las aportaciones de las enfermeras anglo-americanas, se elaboran manuales denominados “kangoron” (Huch & Hisama, 2001).

En relación a esto, con muchas de estas teóricas anglo-americanas, y entre ellas especialmente Virginia Henderson, debe tenerse en cuenta que no se basan en la tradición cuidadora de las mujeres enfermeras, si no en el corpus teórico de otras disciplinas como la psicología (Rousseau, 1997). La enfermería, como actividad femenina, tradicionalmente ha sido invisible para los historiadores y, como consecuencia de ello, no se ha mantenido registro escrito de las prácticas de cuidado (Maggs, 1996). Por lo tanto, las teorías y modelos enfermeros anglo-americanos no han podido ser articuladas a partir de la historia de los cuidados sino a partir del corpus de conocimiento de otras disciplinas (Maggs, 1996). El objetivo inicial de las teóricas anglo-americanas fue generar construcciones teóricas que permitieran articular las actividades llevadas a cabo por las enfermeras en la práctica cotidiana (Lister, 1997). Tal y como sostiene Park (1996) esas teorías y modelos tenían la particularidad de que debían intentar desterrar la imagen de la enfermería como “ciencia de la higiene” que extrapolaba la limpieza llevada a cabo por la mujer en el entorno doméstico al ámbito hospitalario. Por lo tanto, era importante que esos modelos pudieran resistir el escrutinio intelectual de la comunidad científica. Este aspecto tuvo como consecuencia que la enfermería acabara integrando un discurso muy racionalizado, enraizado en el mismo terreno que los preceptos de la práctica médica (Lister, 1997), siendo éste un riesgo que todavía existe en la actualidad (Kirsten & Kirsten, 2015).

Por lo tanto, estas propuestas teóricas estaban por un lado muy alejadas de la práctica llevada a cabo por las enfermeras asistenciales, y por otro, demasiado cercanas a los preceptos de la medicina. A este respecto, para Shaw (1993) si la enfermería es una ciencia aplicada, el enfoque de la disciplina tiene que estar basada en su propia práctica. En este sentido, según Miró-Bonet (2010), en el contexto español, el uso de estos mismos modelos conceptuales anglo-americanos también fue una de las estrategias utilizadas por las enfermeras, en las décadas de los años 70 y 80 del siglo XX, para obtener un reconocimiento como profesión independiente y diferenciada de la medicina. Para Thorne y colaboradores (1998) esto tiene como consecuencia un exceso de confianza en unos principios que crean importantes problemas de comunicación entre las enfermeras.

Otro factor limitador a tener en cuenta es la gran distancia académica existente entre las enfermeras anglo-americanas, que empezaron a desarrollar teorías en los años 50 del siglo XX (Shaw, 1993), y las ATS españolas (1955-1977), con formación académica muy inferior hasta los años 80 del siglo XX (Germán, 2013, p. 186). La dificultad para llevar a cabo la transformación científica del cuidado (Medina, 1999), mediante la integración conceptual de contenidos teóricos, y la falta de experiencia en su aplicación práctica, tuvo como consecuencia la transmisión mecánica de los “modelos teóricos para enfermeras” (Rousseau, 1997) carentes de la práctica reflexiva necesaria para su integración en la realidad asistencial. Burgess y Purkis (2010) también identificaron las mismas limitaciones formativas en las enfermeras canadienses para llevar a cabo investigación en su ámbito de conocimiento.

Esta *práctica reflexiva* a la que se hace referencia, es un término general formulado por Schöm (1987), que engloba dos elementos: la capacidad de *reflexión en la acción* y de *reflexión a partir de la acción* (Kinsella, 2009). En relación a esto, la “praxis”, y dentro de ella la “buena praxis” se da cuando existe una relación entre la teoría y la práctica de manera que, en la línea de la práctica reflexiva, se lleva a cabo una reflexión sobre y en la práctica (Jones, 1997, p. 127). Para Holmes y Warelow (2000) es necesario que las enfermeras reflexionen críticamente sobre sus prácticas para elaborar teorías y actitudes por medio de las cuales se pueda establecer, desarrollar y sostener su práctica (Holmes & Warelow, 2000) frente a la de otros profesionales. En relación a este punto, sería interesante indagar si las DUE asistenciales españolas (1977-2008) siguen realizando las tareas tal y como están definidas en las rutinas de trabajo -algo que indicaría la carencia de “práctica reflexiva”- o, por el contrario, son capaces de llevar a cabo una “reflexión sobre la acción” improvisando nuevas rutinas de trabajo.

La presencia de irregularidades importantes en el curso de nivelación que se establece para las ATS (Boletín Oficial del Estado, 1980a; Boletín Oficial del Estado, 1980b), que tiene como consecuencia una dificultad para integrar en la práctica el nuevo perfil enfermero, se establece como otro factor que limita la conceptualización de la enfermería en España. La socialización

llevada a cabo por parte del colectivo ATS a las nuevas generaciones de DUE, en un modelo de supremacía de la técnica, ha podido contribuir a continuar perpetuando el rol del técnico asistente del médico. Para Shaw (1993) la estructuración de los estudios de enfermería en base al paradigma enfermero, y no al propio de la medicina, es necesario para “socializar a las enfermeras para que piensen como enfermeras”.

Un último factor limitador tiene que ver con importantes cambios en el sistema sanitario cuando se integra la enfermería en la universidad durante la transición política hacia la democracia. Esto implica para el colectivo llevar a cabo nuevas competencias relacionadas con la reforma del sistema de APS (Boletín Oficial del Estado, 1984) y una atención especializada cada vez más compleja y tecnificada (Santo-Tomás, 2000, p. 93; Sellán, 2010, p. 220). La falta de creencia de las enfermeras asistenciales en un método, que es difícil de aplicar en la práctica cotidiana, y la necesidad de priorización en la formación para llevar a cabo las nuevas competencias, se establece como otro factor potenciador de la dicotomía entre la teoría y la práctica (Rodrigo et al., 2016). Engstrom (1984) y Bramwell (1985), también refieren la existencia de esa misma dicotomía en el contexto anglo-americano en ese momento histórico, existiendo por ello el debate de si la teoría enfermera es “de enfermeras” o realmente para ser utilizada “por las enfermeras”(Shaw, 1993).

Por otro lado, la literatura evidencia la baja dotación de enfermeras en los hospitales españoles (Ferrús et al., 2006), concretamente un 35% menos que la media europea (García et al., 2008). Éste es otro factor a considerar a la hora de comprender el porqué la enfermería española ha tenido que priorizar el rol técnico que caracteriza la práctica asistencial, en detrimento del desarrollo de “cuidados profesionales enfermeros” basados en teorías y modelos de difícil aplicación práctica. Esta misma disociación también ha sido identificada en el propio contexto anglo-americano en países como Canadá (Warelow et al., 2008) o Estados Unidos (Watson, 2006), donde es el propio sistema sanitario el que prioriza por motivos económicos, la técnica y la ciencia médica, dejando poco espacio para el ejercicio del cuidado basado en teorías y modelos. Otros autores van un paso más allá afirmando que éste es un problema que afecta a

la enfermería a nivel mundial como consecuencia del dominio del pensamiento estadounidense que ha generado la americanización de los otros países en cuanto a la transmisión de modelos teóricos para enfermeras (Holt et al., 2000).

Pese a los factores limitadores de la conceptualización del cuidado en el contexto de la enfermería española, parece haber indicios de entornos asistenciales donde se está iniciando un proceso de conceptualización, reduciéndose de esta manera, la dicotomía entre la teoría y la práctica que caracteriza el caso español –y probablemente internacional-. La utilización de un lenguaje enfermero específico y de herramientas que facilitan la aplicación práctica de los “modelos teóricos para enfermeras”, se identifican como principales factores facilitadores de este proceso (Rodrigo et al., 2016).

A este respecto los lenguajes enfermeros estandarizados representan el conocimiento específico de la enfermería, como el recomendado por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), el *Nursing Interventions Classification* (NIC), y el *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Lunney et al., 2004). La utilización de este tipo de lenguajes estandarizados presenta tanto ventajas como desventajas. Por un lado, la “teoría del lenguaje de Hayakama” (Hayakawa & Hayakawa, 1990) sostiene que su utilización facilita la comunicación, cooperación y colaboración entre profesionales (Lunney et al., 2004), facilitando así el establecimiento de una identidad profesional (Del Pino, 1998). Además, al permitir llevar a cabo cuidados basados en la evidencia científica posibilita el avance conceptual de la disciplina enfermera (Bulechek, 2014; Moorhead et al., 2014). Otra de las ventajas es que su utilización contribuye a aumentar la visibilidad social de la enfermería (Del Pino, 1998).

En cuanto a las desventajas de su utilización Mitchell (1991) destaca que los significados que intentan representar las etiquetas que integran estas terminologías, no son capaces de representar la realidad en toda su complejidad. A este respecto, Smithbattle y Diekemper (2001) sugieren que su utilización puede sugestionar la experiencia enfermera distorsionando de esta manera su percepción de la realidad (Lunney et al., 2004).

Por último, otros autores con una posición intermedia en relación a las ideas expuestas, sugieren que estas herramientas pueden ser muy útiles para guiar la práctica clínica, especialmente en el caso de profesionales con poca experiencia, no obstante, en ningún caso pueden sustituir la reflexión crítica y la valoración de la situación específica de cada paciente (Travale, 2007).

En relación a esto, se abren nuevas líneas de investigación relativas a si en los entornos donde se están utilizando lenguajes estandarizados, existe “reflexión crítica” o, por el contrario, los profesionales se limitan a la aplicación mecánica, en su traducción española, de estas herramientas importadas del contexto anglo-americano. De ser así, se estaría perpetuando la utilización de “modelos teóricos para enfermeras” (Rousseau, 1997), que tienen como objetivo fundamental dar visibilidad al colectivo dentro del sistema sanitario, pero no a contribuir a su desarrollo como ciencia aplicada.

Por último, en cuanto a la utilización de herramientas enfermeras, una revisión sistemática realizada en 2003 (Currell & Urquhart, 2003), no encontró evidencia de efectos sobre la práctica atribuibles a la utilización de sistemas de registro específicos. Además, la ausencia de estudios con suficiente rigor metodológico sugiere la necesidad de realizar tanto ensayos clínicos como estudios cualitativos, que permitan verificar su adecuación para facilitar la conceptualización de la disciplina enfermera en el caso español (Currell & Urquhart, 2003).

Limitaciones de este estudio

Se han identificado tres limitaciones que pueden haber intervenido en el proceso de emergencia del fenómeno relativo a las características de la enfermería como profesión en el contexto español.

Una primera limitación está relacionada con el hecho de que dos de los tres miembros del equipo de investigación, son mujeres y enfermeras. Esto inicialmente puede haber influido en el proceso de análisis de los datos, al existir el riesgo de sobre-codificación y enfoque de la conceptualización,

basado en la experiencia personal de las investigadoras y no tanto en la de los participantes. En segundo lugar, también puede haber influido en la elaboración del diálogo teórico donde, entre la extensa literatura existente, puede haberse priorizado aquella que se ajusta más a las creencias y valores de las dos miembros del equipo de investigación. Esta limitación ha quedado minimizada 1) por el hecho de que el tercer miembro del equipo de investigación es varón y su trayectoria profesional pertenece a otra disciplina: la sociología. También 2) se ha contratado los servicios de un asesor externo, experto en metodología cualitativa, varón y también sociólogo, para auditar todo el proceso de investigación. En este sentido, se ha puesto especial atención en buscar la mayor neutralidad posible, tanto en las interpretaciones llevadas a cabo a partir de los datos, como en la selección de fuentes bibliográficas para facilitar la emergencia de los significados a partir de los hallazgos.

La segunda limitación tiene que ver con la dificultad para recuperar estudios similares, procedentes del contexto español, para comprobar la credibilidad y dependencia de los hallazgos y elaborar de esta manera el diálogo teórico. En este sentido, existe una gran cantidad de manuscritos publicados que abordan las características de la profesión enfermera española desde diferentes perspectivas. No obstante, 1) muchos de esos manuscritos reflejan la opinión de expertos no estando fundamentados mediante la realización de trabajo de campo, 2) otros estudios tienen más de 5 años y, dada la situación de crisis económica vivida en los últimos años, es posible que no se ajusten a la situación actual del colectivo probablemente afectada por los recortes en el sistema sanitario, 3) se ha detectado que muchos manuscritos no están indexados con descriptores que faciliten su recuperación de manera que se ha accedido a ellos por azar y no fruto de una búsqueda bibliográfica parametrizada. Esta limitación se ha minimizado llevando a cabo una revisión bibliográfica extensa en las bases de datos PubMed, SCOPUS, CINAHL, Cuiden, Cuidatge, Scielo y, el motor de búsqueda Google Académico, utilizando para la búsqueda tanto DeSc –para las bases de datos en Español- como MeSH –para las bases de datos en inglés-. No obstante el hecho de que tanto los estudios recuperados del contexto español como los procedentes del

contexto internacional, corroboren los resultados o proporcionen información complementaria, permite afirmar que los hallazgos de este estudio presentan un cierto grado de credibilidad.

Una última limitación es la relacionada con la gran diversidad de acreditaciones de enfermería a nivel mundial, que han dificultado la comparación de la profesión en los diferentes contextos. No obstante, la similitud entre los resultados obtenidos en estudios tanto nacionales como internacionales relativos a las características de la enfermería, hacen intuir que esta diferencia de formación y titulación, dentro de los sistemas sanitarios que interactúan en un mundo globalizado, no impiden que haya un perfil enfermero con unos rasgos comunes.

Capítulo 7. Conclusiones

A partir de los resultados de este estudio se han establecido una serie de conclusiones *sustantivas*, *teoréticas* y *metodológicas*. Las *conclusiones sustantivas* concretan los principales hallazgos que dan respuesta al problema planteado en esta investigación relativo a cuáles son las características de la enfermería como profesión en el contexto español. Por otro lado, las *conclusiones teoréticas* reflejan el modelo conceptual que ha emergido a partir de los hallazgos de este estudio y que representa a la enfermería como profesión en el contexto español y posiblemente internacional. Finalmente, las *conclusiones metodológicas* hacen referencia a las aportaciones de los diferentes métodos y técnicas utilizadas para hacer emerger el modelo de la profesión enfermera en el contexto español.

7.1. Conclusiones sustantivas

- La enfermería española se integra en la universidad por la necesidad del sistema sanitario español de una gran cantidad de profesionales con una alta competencia técnica y capacidad legal de asumir responsabilidades.
- La enfermería española se integra en la universidad como forma de dignificar una profesión ejercida por mujeres durante un proceso de transición social hacia la democracia.
- La enfermería española presenta una carencia de la práctica reflexiva necesaria para adaptar el cuidado profesional a las necesidades cambiantes de la sociedad.
- Las enfermeras presentan dificultades para asumir responsabilidades como profesionales por que como *mujeres* continúan priorizando familia sobre carrera profesional.

7.2. Conclusiones teoréticas

- La enfermería española se caracteriza por un modelo de “cuidado centrado en la enfermedad” integrado por dos dimensiones: 1) el de la “enfermera centrada en la enfermedad” y 2) el de la “enfermera centrada en el cuidado”.
- La relación inter-personal –tanto con el equipo interdisciplinario como con el paciente y su familia- se establece como herramienta fundamental para llevar a cabo el “cuidado centrado en la enfermedad”.
- La enfermería española presenta una carencia de conceptualización del “cuidado centrado en la enfermedad”. Esto se relaciona con la incapacidad de aplicar las teorías y modelos impartidos en la universidad en su práctica cotidiana.
- La enfermería española se caracteriza por una dificultad para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del “cuidado centrado en la enfermedad” al no poder fundamentarlo en un corpus teórico de conocimiento.

7.3. Conclusiones metodológicas

- La combinación de técnicas inductivas, tanto para la obtención de datos como para el proceso de análisis, ha facilitado la emergencia de nuevos elementos que permitirán iniciar nuevas líneas de investigación.
- El contexto conceptual relativo al concepto “profesión”, ha sido de mucha utilidad durante el proceso de codificación axial y elaboración del paradigma de codificación. No obstante, una posible limitación a su utilización es el riesgo de sobre-teorización –tendencia a encajar los datos con las dimensiones del modelo -.

- Los datos aportados por los casos extremos, que en ninguno de los casos han proporcionado anomalías – datos contradictorios - han sido de mucha utilidad para confirmar la saturación teórica.
- La selección de casos extremos no ha contribuido a enriquecer con nuevos datos la respuesta a las preguntas de investigación. La enfermería española presenta unas características bastante homogéneas como colectivo profesional.
- La utilización de un sistema de *memorandos de codificación, operacionales y teóricos*, pese a que ha implicado una gran dedicación de tiempo durante el proceso de análisis, ha sido de mucha utilidad para aumentar la veracidad del proceso de conceptualización.
- La creación por parte del equipo de investigación, de una nueva tipología de memorandos denominados *bibliográficos*, han sido de mucha utilidad para la elaboración y auditabilidad del diálogo teórico.

Capítulo 8. Recomendaciones para la práctica

A partir de los resultados de este estudio se han podido establecer una serie de indicadores que pueden servir de referencia para llevar a cabo iniciativas orientadas a mejorar la profesionalización de la enfermería en el contexto español y, probablemente, internacional.

Estos indicadores son: 1) la “carencia de conceptualización del modelo de cuidado centrado en la enfermedad”, 2) la dificultad de la enfermería para llevar a cabo una práctica reflexiva, 3) la dificultad de la enfermería y la medicina – juego médico-enfermera- para trabajar de forma colaborativa, 4) la dificultad del colectivo para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del rol profesional y 5) la dificultad del colectivo para asumir responsabilidades profesionales.

A continuación se proponen una serie de medidas que se especifican en la **Tabla 6** y que podrían ser vehiculadas desde los diferentes ámbitos de la enfermería. Creemos que éstas pueden contribuir a la mejora de estos indicadores y, consecuentemente, al avance no sólo de la disciplina enfermera, sino del servicio que ésta ofrece como profesión a la sociedad.

Tabla 6. Recomendaciones para la mejora de la profesión enfermera

Indicador	Propuestas de mejora
<p>1) Carencia conceptualización del cuidado profesional enfermero</p>	<p>(1) Revisar el contenido curricular de la asignatura “Enfermería Fundamental” para comprobar si las teorías y modelos que se transmiten a los estudiantes se ajustan a la práctica en el contexto español.</p> <p>(2) Indagar en el modelo conceptual descriptivo “cuidado centrado en la enfermedad” para poder derivar Teorías de Rango Medio ajustadas a la práctica en el contexto español.</p> <p>(3) Priorizar la elaboración de Teorías de Rango Medio para la conceptualización del cuidado aplicado a situaciones específicas.</p>
<p>2) Dificultad para llevar a cabo una práctica reflexiva</p>	<p>(1) Priorizar metodologías en los estudiantes de enfermería que potencien una práctica reflexiva.</p> <p>(2) Establecer espacios regulares de encuentro del equipo de enfermería en el ámbito asistencial orientados a la práctica reflexiva.</p> <p>(3) Priorizar la formación de los estudiantes de enfermería en las herramientas para llevar a cabo una práctica basada en la evidencia.</p>
<p>3) Dificultad para trabajar de forma colaborativa con el colectivo médico</p>	<p>(1) Introducir Programas de Educación Interprofesional, dentro del grado de enfermería y grado en medicina, en las que se trabaje la competencia de trabajo en equipo y la competencia comunicativa.</p> <p>(2) Establecer espacios regulares de encuentro en el ámbito asistencial del equipo interdisciplinario enfocados a un “modelo de conducción orquestal”.</p> <p>(3) Potenciar formación continua del personal sanitario siguiendo el modelo de Educación Interprofesional.</p>
<p>4) Dificultad para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del rol profesional</p>	<p>(1) Introducir Programas de Educación Interprofesional dentro del grado de enfermería y medicina.</p> <p>(2) Potenciar formación continua del personal sanitario siguiendo el modelo de Educación interprofesional.</p> <p>(3) Introducción de Programas de Negociación dentro de la gestión de enfermería.</p> <p>(4) Priorizar la formación de los estudiantes de enfermería en las herramientas para llevar a cabo una práctica basada en la evidencia.</p> <p>(5) Priorizar que las enfermeras asistenciales tengan acceso a las bases de datos.</p> <p>(6) Dedicar recursos humanos y materiales a la investigación en el ámbito de la enfermería.</p>
<p>5) Dificultad para asumir responsabilidades profesionales</p>	<p>(1) Fomentar políticas de contrataciones que impliquen mayor estabilidad laboral y horarios que concilien vida familiar y laboral.</p> <p>(2) Potenciar la estabilidad de los equipos dentro de los diferentes servicios potenciando la figura de la enfermera experta.</p> <p>(3) Fomentar la acreditación de los hospitales como “hospitales magnéticos”.</p>

8.1. Abordaje del indicador “carencia de conceptualización del cuidado profesional enfermero”

Una primera intervención desde el ámbito de la docencia es la recomendación de 1) revisar el contenido curricular de la asignatura *Enfermería Fundamental* –asignatura que integra el corpus teórico específico de la disciplina enfermera-. Por un lado, se recomienda no utilizar a priori, como *referentes para la práctica*, las teorías y modelos anglo-americanos –y más concretamente el modelo de Virginia Henderson– ya que han demostrado, tanto a nivel nacional como internacional (Arreciado & Isla, 2015; Holt et al., 2000; López-Parra et al., 2006; Rodrigo et al., 2016; Warelow et al., 2008; Watson, 2006) no ajustarse a lo que las enfermeras hacen en su práctica cotidiana. No obstante, sí que se recomienda incluirlos como *referentes teóricos* integrados como historia de la profesión. En este sentido para Tarlier (2005) la complejidad de la disciplina enfermera hace necesario utilizar diferentes orientaciones epistemológicas para poder articular la práctica de la enfermería a un mundo complejo y cambiante.

Otro elemento para la mejora de la asignatura *Enfermería Fundamental* sería indagar en la posible aplicación práctica de teorías y modelos de enfermería que se enfocan en la relación interpersonal como elemento nuclear. Estas teorías y modelos podrían servir como referencia para conceptualizar el modelo de “cuidado centrado en la enfermedad” donde la relación interpersonal tanto con el equipo interdisciplinario como con la familia, es una herramienta fundamental para llevarlo a cabo. En este sentido, una propuesta interesante puede ser la indagación en la teoría *Theory of Moral Consciousness and Communicative Action* de Sumner (2001, 2006). Esta teoría enfoca el cuidado como una acción comunicativa bidireccional entre la enfermera y el paciente, orientada al abordaje de la enfermedad (Sumner, 2006). Por ello, podría presentar una cierta “afinidad” con el modelo de *cuidado centrado en la enfermedad* que caracteriza el cuidado profesional ejercido por la enfermería española.

Por último, también sería adecuado potenciar que los estudiantes integren lenguajes estandarizados enfermeros (taxonomías NANDA, NIC, NOC, etc.) de la misma manera que asimilan la terminología clínica que incluyen las asignaturas con contenidos clínicos y médico quirúrgicos. Estos lenguajes permiten articular los conceptos teóricos que guían una práctica enfermera de cuidado basado en la evidencia en contraposición con el cuidado basado en la intuición y la improvisación. Esa integración incluye tanto 1) el conocer el lenguaje estandarizado ya existente, como 2) la capacidad de identificar la necesidad de hacer emerger nuevas palabras enfermeras para etiquetar nuevos significados que surgen en la práctica clínica. En este sentido, el objetivo del lenguaje es transmitir las experiencias entre los seres humanos y esas experiencias dependen tanto del contexto como del momento histórico en el que se producen (Velasco, 2003, p. 278-279). Por ello, de la misma manera que una lengua crece, los lenguajes enfermeros tienen que ir creando nuevas palabras y significados que reflejen la realidad de un mundo dinámico y cambiante.

Una segunda intervención, en este caso desde el ámbito de la investigación, sería 2) la emergencia de más corpus teórico de conocimiento que ayude a mejorar la conceptualización del cuidado profesional enfermero en el caso español. En este caso concreto se recomendaría continuar indagando en el posible modelo conceptual descriptivo que ha surgido a partir de este trabajo de “cuidado centrado en la enfermedad” de manera que, a partir de él, se puedan derivar teorías de rango medio (TRM) específicas del contexto español. A este respecto, se propone indagar más profundamente en los diferentes elementos que constituyen este modelo conceptual con nuevas investigaciones. Concretamente esos elementos nucleares serían: las *relaciones interpersonales* –combinaciones enfermera, médico, paciente y familia-, la naturaleza del *cuidado profesional enfermero*, qué significado otorga la enfermería como profesión a la enfermedad, y qué significado le otorga a la enfermedad el paciente y su familia.

Por otro lado, también se hace necesario 3) priorizar la elaboración de TRM que permitan la conceptualización de ese cuidado profesional aplicado a

situaciones específicas. Merton (1968, p. 39) define las TRM como abstracciones lo suficientemente cerca de los datos observados como para poder llevar a cabo comprobaciones empíricas a partir de los mismos. Estas TRM, que servirían de guía para la práctica (Durán, 2012), pueden ser muy útiles para evaluar, mediante el establecimiento de indicadores, las prácticas de cuidado y su aportación real al sistema sanitario. Según Liehr y Smith (2017) el uso continuado de las TRM ofrece potencial tanto de probar como de modelar los cuidados profesionales optimizando de esta manera el desarrollo del corpus teórico de conocimiento de la enfermería.

Para De la Cuesta (2010) el objetivo del desarrollo del conocimiento de enfermería es comprender las necesidades de la persona y aprender la mejor manera de cuidar de ellas. Las TRM son necesarias ya que la enfermería precisa de un conocimiento que le permita abordar, de manera eficiente y moral, la complejidad y la variedad de situaciones a las que se enfrenta (De la Cuesta, 2010). Este conocimiento, que implica la conceptualización del cuidado llevado a la práctica, contribuirá a disminuir la dicotomía entre la teoría y la práctica (De la Cuesta, 2010) que caracteriza el momento actual.

8.2. Abordaje del indicador “dificultad para llevar a cabo una práctica reflexiva”

A nivel de docencia se recomendaría una primera intervención 1) orientada a priorizar metodologías, durante la impartición de los contenidos curriculares del plan de estudios del Grado en Enfermería, que tengan como objetivo potenciar la capacidad de llevar a cabo una práctica reflexiva. En este sentido para Medina y Castillo (2006) la naturaleza técnica del saber académico proporciona un conocimiento abstracto y normativo que sólo es operativo para resolver problemas de los pacientes en algunos momentos concretos de la práctica profesional -ya que esta es inestable, incierta, compleja y saturada de opciones de valor-. Este autor propone la utilización del prácticum como herramienta reflexiva para facilitar que el estudiante adquiera esquemas y sistemas apreciativos que le permitan convertirse en un

profesional reflexivo. Su propuesta consiste en utilizarlo como hilo conductor en torno al cual articular los contenidos curriculares trabajados en las diferentes asignaturas (Medina & Castillo, 2006).

A nivel de gestión, se recomendaría una segunda intervención 2) que consistiría en el establecimiento, dentro de las rutinas de trabajo del equipo de enfermería, de reuniones periódicas enfocadas a llevar a cabo una reflexión sobre la práctica que se está llevando a cabo. Para optimizar esos espacios de encuentro orientados a la mejora continua del cuidado profesional, es necesario el establecimiento previo de un orden del día para la optimización de la gestión del tiempo. En este sentido podría ser de utilidad la utilización, para articular ese orden del día, de las cuatro etapas de la práctica reflexiva que propone Habermas (en Mínguez & Siles, 2014): a) descripción e b) interpretación de la situación, c) búsqueda de motivos que generan esa situación para poder modificarla y d) evaluación de la capacidad para modificarla.

8.3. Abordaje del indicador “dificultad para trabajar de forma colaborativa con el colectivo médico”.

En este estudio se ha podido evidenciar que los miembros de los equipos interdisciplinarios –especialmente la enfermera y el médico- tienen problemas para trabajar en colaboración (Brown et al., 2015; Lancaster et al., 2015; Pijl-Zieber, 2013). Además, este trabajo donde cada profesional se centra en lo que puede aportar al paciente sin tener en cuenta el aporte de la otra disciplina, denominado “colaboración profesional en paralelo” (Casanova et al., 2007) está relacionado con la aparición de errores médicos (House & Havens, 2017; Lancaster et al., 2015).

La revisión de la literatura sugiere, especialmente en el actual contexto de sistemas sanitarios centrados en el abordaje de los trastornos crónicos, que involucran a varios profesionales de la salud (Olson & Bialocerkowski, 2014), introducir enseñanza interprofesional (EIP) para mejorar el trabajo colaborativo en este caso entre enfermeras y médicos. La EIP consiste en el aprendizaje

entre estudiantes de diferentes profesiones que tiene como objetivo aprender “entre”, “con” y “sobre” el otro con el objetivo de mejorar la atención del paciente y los resultados del aprendizaje clínico del estudiante (Henderson, O’Keefe & Alexander, 2010). En este sentido, Olson y Bialocerkowski (2014) sugieren que el trabajo de casos en pequeño grupo puede mejorar la interacción interprofesional, el trabajo en equipo y una mejor comprensión de los roles de los profesionales de la salud. Por otro lado, una revisión sistemática llevada a cabo por Reeves, Perrier, Goldman, Freeth y Zwarenstein (2013) evidenció que llevar a cabo EIP contribuye no sólo a una mejor colaboración entre profesionales sino que también lo hace a minimizar los errores que se producen en la práctica cotidiana.

Por ello se recomienda desde el ámbito de la docencia una intervención 1) orientada a buscar espacios para la EIP en la formación pregrado, donde pueda haber una educación común entre estudiantes de enfermería y medicina. En este sentido, podría ser adecuado a) articular habilidades clínicas comunes al currículum del grado en enfermería y medicina, para llevar a cabo simulaciones que incluyan la competencia transversal “trabajo en equipo” entendiendo éste como “equipo interdisciplinario”. Otra posible propuesta sería b) introducir en la impartición del plan de estudios del grado en enfermería y medicina metodologías tipo Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas (ABP), donde los estudiantes de enfermería y medicina tengan que interactuar para resolver una misma situación. En este sentido, House y Havens (2017) sugieren la necesidad de exigir que los estudiantes de medicina y de enfermería tengan clases conjuntas permitiendo que los estudiantes interactúen y colaboren entre sí antes de trabajar en un entorno donde se sobreentiende esa colaboración.

A nivel gestión 2) también sería adecuado priorizar espacios, dentro de las rutinas de trabajo, para que los equipos interdisciplinarios puedan resolver los problemas planteados en colaboración –donde el centro es el paciente– siguiendo el modelo de “conducción orquestal” (Khodyakov, 2007; Lancaster et al., 2015). Un ejemplo de ello sería potenciar el pase de visita conjunto médico-enfermera donde ambos profesionales aporten sus diferentes puntos

de vista para abordar la enfermedad del paciente. Otra propuesta sería la posibilidad de priorizar sesiones clínicas donde todos los profesionales puedan aportar su punto de vista a resolver la enfermedad. En este sentido, se pretende enfatizar la necesidad de que ambas actividades se lleven a cabo en un entorno de colaboración y no de dominación, donde la opinión del colectivo médico, todavía sigue prevaleciendo en los sistemas sanitarios de los países occidentales (Bell et al., 2014; Lancaster et al., 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006). Para ello, otra vez una socialización de los estudiantes en colaboración, a través de la impartición de los programas EIP se hace imprescindible para que esto se pueda llevar a cabo. Para House y Havens (2017) es necesario que los administradores hospitalarios exijan programas interprofesionales de educación/práctica hospitalaria para enfermeras y médicos. Por ello, proponemos una tercera intervención desde la gestión 3) donde se introduzcan, dentro de las actividades de formación continua del personal sanitario, metodologías orientadas a la EIP.

8.4. Abordaje del indicador “dificultad para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del rol profesional”.

Otra de las limitaciones a la que se enfrenta el colectivo de enfermeras españolas tiene que ver con la dificultad para asumir la toma de decisiones en el ejercicio del rol profesional. En este sentido, la colaboración enfermera-médico se define como un proceso de toma de decisiones conjuntas en la cual ambos profesionales comparten tanto los objetivos como la responsabilidad de los resultados obtenidos (House & Havens, 2017).

Esto se relaciona con factores inherentes a la profesión enfermera, y por lo tanto susceptibles de ser abordados desde dentro del propio colectivo. No obstante, también se relaciona con factores que tienen que ver las dinámicas de los propios sistemas sanitarios donde la disciplina médica todavía está situada en lo más alto de la jerarquía de la toma de decisiones (Bell et al., 2014; Lancaster et al., 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006). En relación a esto, para Gittel, Godfrey y Thistlethwaite (2012) los patrones de comunicación

están profundamente arraigados en las identidades profesionales y en las culturas organizacionales de manera que son difíciles de modificar.

En este sentido se considera que 1) la introducción de EIP tanto en la formación pregrado –intervención desde la docencia-, 2) como en la formación continuada de los profesionales en activo –intervención desde la gestión- , también puede contribuir a mejorar la confianza de la enfermera en su capacidad para la toma de decisiones. Esto estaría relacionado con el establecimiento de una relación de mayor confianza entre la enfermera y el médico a partir de un mayor conocimiento mutuo. Otra intervención a tener en cuenta para mejorar la capacidad de toma de decisiones del colectivo sería 3) la introducción desde la gestión de Programas de Negociación (PN) que optimicen la modelación de un equipo interdisciplinario centrado en los intereses –el paciente- y no en las posiciones de poder (Beunza, 2012), generando de esta manera una cultura de trabajo más colaborativo y menos competitivo.

Por otro lado también se propone potenciar desde la docencia, y más concretamente desde la formación pre-grado, 4) todas aquellas herramientas necesarias para que el futuro profesional pueda llevar a cabo una enfermería basada en la evidencia (EBE). La EBE es definida como “un proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles” (Orellana & Paravic, 2007). El no trabajar con evidencias se traduce en prestar cuidados erróneos, con falta de criterio y alta probabilidad de equivocación en la toma de decisiones (Rodríguez & Paravic, 2011). Para Rodríguez y Paravic (2011) son elementos imprescindibles para la buena preparación científica de las enfermeras: la evaluación permanente mediante la lectura crítica, el acceso a la información a través del conocimiento de las bases de datos, el trabajo en equipo y el manejo de una segunda lengua. Además, existen evidencias científicas de que el ejercicio de la EBE también es un elemento que contribuye al desarrollo del pensamiento crítico-reflexivo necesario para llevar a cabo una práctica reflexiva. Para Eterovic y Stiepovich (2010) es necesario que los

estudiantes de enfermería analicen críticamente situaciones determinadas y las fuentes de información, busquen el descubrimiento y comprensión del punto de vista del otro, y desarrollen una actividad inquisitiva.

No obstante, esto tendrá impacto sólo si esos futuros profesionales se encuentran en la práctica asistencial un entorno favorecedor de la EBE. Esto implica desde la gestión 5) llevar a cabo iniciativas para que las enfermeras, dentro de sus rutinas de trabajo puedan consultar –acceso a las bases de datos– y 6) generar –recursos humanos y materiales dedicados a la investigación– evidencia científica.

8.5. Abordaje del indicador “dificultad para asumir responsabilidades profesionales”.

Antes de hacer propuestas relativas a este indicador consideramos adecuado mencionar que la sociedad española continua siendo familiarista. Eso significa que el cuidado de las familias, y muy especialmente de los más débiles y vulnerables, sigue estando a cargo de las mujeres. Según Celma y Acuña (2009) el valor de la femineidad condiciona de forma importante la vida profesional de las enfermeras. De esta manera, éstas tienden a ceder los puestos de responsabilidad y a supeditar su formación y participación en el ámbito laboral a las tareas domésticas (Celma & Acuña, 2009). En este sentido, la mayoría de las enfermeras una vez finalizada su jornada laboral han de continuar con las labores del hogar conciliando espacio doméstico y público (Següel, Valenzuela & Sanhueza, 2015).

Por lo tanto, el abordaje principal de este indicador se considera que se debe llevar a cabo a nivel estatal a través de la formulación de políticas que faciliten compatibilizar el trabajo de las mujeres con su rol doméstico de cuidadoras. Entre las principales medidas se destaca la necesidad de dedicar mayores recursos económicos para dar cobertura a las necesidades tanto de los ascendientes a cargo (atención a la dependencia) como de los descendientes a cargo (atención a los menores a cargo).

No obstante, existen otro tipo de intervenciones que se pueden llevar a cabo a un nivel más específico, concretamente al nivel de la gestión de los equipos de enfermería.

Como primera intervención a vehicular desde la gestión 1) se proponen medidas específicas que afectan a la contratación de los equipos de enfermería. En este sentido, se considera necesario fomentar políticas de recursos humanos, que conlleven contrataciones más estables y horarios más flexibles, en aquellos casos que se pueda demostrar la necesidad de compatibilizar la vida familiar y laboral. En un estudio llevado a cabo por Herrera-Amaya y Manrique-Abril (2008), se demostró que la contratación indefinida mejoraba la satisfacción laboral de los equipos de enfermería. Herzberg, Mausner y Snyderman (1959) plantean que la satisfacción laboral es un elemento necesario para desarrollar una mayor responsabilidad. Se considera que un horario estable, con unos ingresos estables, puede disuadir a la enfermera española a no abandonar la profesión cuando se encuentra en el dilema de tener que pagar los servicios de una tercera persona para cuidar a su propia familia. En este sentido también se ha podido demostrar que una mayor satisfacción en la vida personal está relacionada con una mayor satisfacción laboral.

Una segunda intervención 2) se relaciona con la necesidad de una mayor estabilidad de las enfermeras en los diferentes servicios minimizando las rotaciones innecesarias. La competencia se desarrolla después de haber vivido considerables experiencias que permiten al individuo utilizar la intuición en la toma de decisiones (Algarra, Garcia, Cárdenas, Díaz & Yabrudy, 2013; McAllister & Moyle, 2006). Para Benner (2000) la enfermera en el ejercicio de la práctica atraviesa un proceso que va desde recién graduada hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta, se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad. De esta manera, la *enfermera experta* es aquella que es capaz de resolver problemas de alta complejidad a través del pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado un servicio de alta

calidad y satisfacción para pacientes y familiares (Rodríguez & Paravic, 2011). Por ello, una mayor estabilidad de los equipos de enfermería consideramos que es un factor empoderador de la toma de decisiones en un contexto de conocimiento experto de la práctica que se está llevando a cabo.

Un *hospital magnético* se identifica por su capacidad para contratar y retener enfermeras cualificadas algo que ha demostrado beneficios no sólo para las enfermeras, sino también para los pacientes y la institución en su conjunto. Un estudio llevado a cabo por Kramer y Schmalenberg (2005) con 279 enfermeras que trabajaban en hospitales magnéticos permitió identificar ocho elementos esenciales –denominados factores esenciales de magnetismo– para proporcionar atención de calidad y relacionados directamente con la satisfacción en el trabajo. Estos factores son (Kramer & Schmalenberg, 2005): el apoyo a la educación, compañeros clínicamente competentes, relación enfermera-médico, autonomía clínica, control de la práctica de enfermería, asignación adecuada de personal, valores centrados en el paciente y apoyo administrativo a las funciones de enfermería. Por ello se cree que una última intervención desde los equipos de gestión interdisciplinaria 3) sería conseguir la transformación de los entornos asistenciales del contexto español en hospitales magnéticos.

Finalmente y, a modo de conclusión, en la **Tabla 7**, proponemos una distribución de las propuestas de mejora en función del ámbito de intervención. Tal y como se puede observar la mayor parte de intervenciones aplican al área de gestión. Por lo tanto se puede concluir que la evolución de la enfermería, tanto como disciplina como profesión está, fundamentalmente, en manos de las gestoras que son las que, en este momento socio-histórico, disponen de más oportunidades de intervención para la mejora del colectivo.

Tabla 7.

Propuestas de mejora de la práctica de la enfermería española por ámbito de intervención.

Ámbito	Propuestas de mejora
Docencia	<ol style="list-style-type: none">(1) Revisar contenido curricular “Enfermería Fundamental”.(2) Priorizar metodologías que potencien una práctica reflexiva en los estudiantes de enfermería.(3) Priorizar la formación pre-grado en las herramientas para llevar a cabo una práctica basada en la evidencia.(4) Introducir Programas de Educación Interprofesional dentro del grado de enfermería y el grado en medicina.
Investigación	<ol style="list-style-type: none">(1) Indagar en el modelo conceptual descriptivo “cuidado centrado en la enfermedad” para poder derivar Teorías de Rango Medio.(2) Priorizar la elaboración de Teorías de Rango Medio para la conceptualización del cuidado aplicado a situaciones específicas.
Gestión	<ol style="list-style-type: none">(1) Establecer espacios regulares de encuentro del equipo de enfermería orientados a la práctica reflexiva(2) Establecer espacios regulares de encuentro del equipo interdisciplinario enfocados a un “modelo de conducción orquestal”.(3) Formación continua del personal sanitario siguiendo el modelo de Educación interprofesional.(4) Introducción de Programas de Negociación dentro de la gestión de enfermería.(5) Priorizar que las enfermeras asistenciales tengan acceso a las bases de datos.(6) Dedicar recursos humanos y materiales a la investigación en el ámbito de la enfermería.(7) Fomentar políticas de contrataciones que impliquen mayor estabilidad laboral y horarios que concilien vida familiar y laboral.(8) Estabilidad de los equipos dentro de los diferentes servicios potenciando la figura de la enfermera experta.(9) Fomentar la acreditación de los hospitales como “hospitales magnéticos”.

Capítulo 9. Impacto bibliométrico de los resultados de esta tesis

A continuación se detallan las publicaciones derivadas de esta tesis a partir de los resultados de esta investigación:

9.1. Publicaciones en formato artículo en revistas indexadas en JCR y SCOPUS

Rodrigo Pedrosa, O., Caís Fontanella, J., Monforte-Royo, C. (2014). Características de la profesión enfermera en el contexto español a partir de la experiencia de las enfermeras docentes. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science* 3(3): 80-101. ISSN: 2238-8869. Impact Factor: 0,881;(SCOPUS D) (ver **Anexo 14**).

Rodrigo, O., Caís, J., & Monforte-Royo, C. (2016). The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain. *Nursing Inquiry*. doi: 10.1111/nin.12175. ISSN: 1320-7881. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.141; (48/116NURSING). (ver **Anexo 11**)

Rodrigo O, Caís J & Monforte-Royo C. (2017). Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: A consequence of changes in Spanish society Durant the democratic transition. *Nursing Education Today*. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.006. ISSN: 0260-6917. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.591; (26/116 NURSING). (ver **Anexo 12**)

Rodrigo O, Caís J & Monforte-Royo C. Emergencia del modelo de enfermería transmitido en las universidades españolas: una aproximación analítica a través de la Teoría Fundamentada. *Ciencia & Saude Coletiva*. (Tercera submisión con cambios menores el 10.04.17) .ISSN: 1413-8123. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 0.669; (133/153 PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH). (ver **Anexo 15**).

Rodrigo, O., Caïs, J., & Monforte-Royo, C. (2017). Clinical responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses. *Nursing Inquiry*. doi: 10.1111/nin.12202. ISSN: 1320-7881. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: Impact Factor 1.141; (48/116NURSING). (ver **Anexo 13**)

9.2. Comunicaciones orales presentadas en congresos nacionales e internacionales

Rodrigo, O. La inducción analítica como estrategia metodológica para hacer emerger el modelo de la profesión enfermera en el contexto español; comunicación oral. XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados; 12-15 Noviembre 2013; Lérida, España.

Rodrigo, O., Caïs, J., & Monforte-Royo, C. Dificultades en la adquisición de la autonomía profesional de enfermería a partir del discurso de las enfermeras docentes; comunicación oral. VIII Jornadas de profesorado de centros de enfermería; 5-6 Junio 2014; Madrid, España.

Rodrigo, O., Caïs, J. & Monforte-Royo, C. Características de la profesión enfermera en el contexto español a partir de la experiencia de las enfermeras docentes; comunicación oral. 3º Congreso Iberoamericano en Investigación Cualitativa; 14-16 julio 2014; Badajoz, España.

Rodrigo, O., Caïs J. & Monforte-Royo, C. Influencia de la medicina en la evolución de la disciplina enfermera en España: la figura del Ayudante Técnico Sanitario (1955-1977); comunicación oral. II. Simpósio Internacional ANHE: Enfermagem na 1º metade do século XX: Cenários e Contextos; 9-10 novembro 2015; Lisboa, Portugal.

Rodrigo, O., Caïs J., & Monforte-Royo, C. Significado del término enfermería para las docentes de las universidades Españolas; comunicación oral. 5º

Congreso Iberoamericano en investigación cualitativa. 13-15 julio, 2016; Oporto, Portugal.

9.3. Publicaciones derivadas de congresos

Rodrigo O. Artículo la inducción analítica como estrategia metodológica para hacer emerger el modelo de la profesión enfermera en el contexto español. XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados; 12-15 Noviembre 2013; Lérida, España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, c2014. ISBN: 978-84-695-9248-9.

Rodrigo, O., Caïs J., & Monforte-Royo, C. Influencia de la medicina en la evolución de la disciplina enfermera en España: la figura del Ayudante Técnico Sanitario; 2016; Lisboa, Portugal. Resumos do II Simpósio Internacional da ANHE. ISBN: 978-989-97181-5-9.

Rodrigo, O., Caïs, J., & Monforte–Royo, C. Características de la profesión enfermera en el contexto español a partir del discurso de las enfermeras docentes. 3º Congreso Iberoamericano en investigación cualitativa. 14-16 Julio 2014; Badajoz, España. Badajoz: Universidad de Extremadura, c2014, p 168-174. ISBN: 978-972-8914-48-6

Rodrigo, O., Caïs, J.,& Monforte-Royo, C. Significado del término “Enfermería” para las Enfermeras Docentes de las Universidades Españolas. Actas CIAIQ2016. ISBN: 978-972-8914-59-2. Disponible en: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/853/839>

REFERENCIAS

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Albar, M., & Sivianes-Fernandez, M. (2016). Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enfermería Clínica*, 26(3), 194–198. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.10.006
- Alberdi, R. (1995). Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis. Motivación y desarrollo profesional. *Revista Rol de Enfermería*, 197, 13–18.
- Alberdi, R. (1997). Mujeres enfermeras en España. *Revista Rol de Enfermería*, 223, 64–70.
- Alberdi, R., & Mompert, M. (1978.). Escuelas de Enfermería: Un problema urgente. *Revista Rol de Enfermería*, 5, 51–53.
- Alexander, M.F., & Runciman, P.J. (2003). *Marco de las competencias del CIE para la enfermera generalista*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería.
- Algarra, C., Garcia, L., Cárdenas, C., Díaz, I., & Yabrudy, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346–361.
- Alligood, M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería* (8a ed). Barcelona: Elsevier.
- Alligood, M.R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Modelos y teorías en enfermería* (7a ed). Barcelona: Elsevier Mosby.
- Alvarado, L., & Garcia, M. (2008). Características mas relevantes del paradigma socio-critico: Su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educacion del Instituto Pedagogico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187–190.
- Archives, N., (1964). The Civil Rights Act of 1964. <https://www.archives.gov/education/lessons/civil-rights-act/> Accessed 14.10.15

- Arnal, R., Blanco, E., Cañones, P., Díaz, E., Grande, J.M., Guerra, J., Ichaso, M.S., Mingo, C., Molero, J.M., Reoyo, A., & Rodriguez, J. (2001). *Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora Documento de consenso*. Madrid: Instituto Nacional de la salud. Recuperado de: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/eap.pdf>
- Arranz, S. (2015). *Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/34363/1/T36686.pdf>
- Arrecciado, A., & Isla, M. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(7), 859–863. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.014.
- Arredondo, C., & Siles, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 1–7.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. Recuperado de: <http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.html>
- Ballou, K. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 14(2), 102–110. doi: 10.1016/S8755-7223(98)80038-0
- Barker, P., Reynolds, W., & Ward, T. (1995). The proper focus of nursing: A critique of the “caring” ideology. *International Journal of Nursing Studies*, 32(4), 386–397. doi: 10.1016/0020-7489(95)00030-2
- Barrio-Cantalejo, I., & Simón-Lorca, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418–23.
- Barron, C., Rojas, I. & Sandoval, R. (1996). Tendencias en la formación profesional universitaria en educación. *Perfiles Educativos*, 18(71), 65–74.
- Bassi, J.E. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: Adaptación para su uso en ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39–62.
- Bartol, T. (2015). Nurse practitioners : Enhancing healthcare for 50 years. *Nurse Practitioner*, 40(6), 14–16. doi:10.1097/01.NPR.0000465128.80771.ec
- Beedholm, K., & Frederiksen, K. (2015). The process of Danish nurses' professionalization and patterns of thought in the 20th century. *Nursing Inquiry*, 22(2), 178–87. doi:10.1111/nin.12079
- Bell, A., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 98–102. doi:10.3109/13561820.2013.851073

- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99–105.
- Bernabeu-Mestre, J. (2002). Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. *Revista de Demografía Histórica*, XX(I), 123–143.
- Beunza, J. (2012). Conflict resolution techniques applied to interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 110–112. doi:10.3109/13561820.2012.725280
- Blumer, H. (1954). Blumer, what is wrong with social theory. *American Sociological Review*, 19(1), 7. doi: 10.1126/science.135.3503.554.
- Boletín Oficial del Estado (1857). Ley de Instrucción Pública, de 9 septiembre (Ley Moyano).
- Boletín Oficial del Estado (1904a). Real Decreto, de 12 de enero de 1904
- Boletín Oficial del Estado (1904b). Ley de Instrucción General de Sanidad pública, de 10 de agosto de 1904.
- Boletín Oficial del Estado (1915). Real Orden, de 7 de Mayo de 1915, 1–9.
- Boletín Oficial del Estado (1941). Orden del 21, de Mayo de 1941, 2811.
- Boletín Oficial del Estado (1944). Ley de Bases de la Sanidad Nacional.
- Boletín Oficial del Estado (1952). Decreto, de 27 de junio de 1952 , 3474–3475.
- Boletín Oficial del Estado (1953a). Decreto, de 4 de agosto de 1953.
- Boletín Oficial del Estado (1953b). Real Decreto, de 4 de diciembre de 1953.
- Boletín Oficial del Estado (1955). Orden, de 4 julio 1955.
- Boletín Oficial del Estado (1957a). Decreto, de 18 de enero de 1957.
- Boletín Oficial del Estado (1957b). Real Decreto, de 26 de julio de 1957.
- Boletín Oficial del Estado (1960a). Decreto 17, de noviembre 1960, núm. 2319/60 , 2700.
- Boletín Oficial del Estado (1960b). Decreto 2319/60, de 17 de noviembre de 1960, 17308.
- Boletín Oficial del Estado (1961a). Decreto 1153/1961, de 22 de junio de 1961.

Boletín Oficial del Estado (1961b). Ley 56/1961, de 22 de julio de 1961, 11004–11005.

Boletín Oficial del Estado (1962a). Decreto 727/1962, de 29 de marzo de 1962.

Boletín Oficial del Estado (1962b). Ley 37/1962, de 21 de julio de 1962, 10269–10271.

Boletín Oficial del Estado (1963). Ley 193:1963, de 28 de diciembre de 1962, 18181–18190.

Boletín Oficial del Estado (1964). Decreto 3524/1964, de 22 de octubre de 1964, 14817.

Boletín Oficial del Estado (1970a). Decreto 3192/1970, de 22 de octubre de 1970, 268, 18117.

Boletín Oficial del Estado (1970b). Decreto 3193/70, de 22 de octubre de 1970.

Boletín Oficial del Estado (1970c). Ley 14/1970, de 4 de agosto de 1970.

Boletín Oficial del Estado (1971). Decreto 203/1971, de 28 de enero de 1971, 2469.

Boletín Oficial del Estado (1975a). Decreto 2233/1975, de 24 de julio de 1975.

Boletín Oficial del Estado (1975b). Ley 14/1975, de 2 de mayo de 1975, 9413–9419.

Boletín Oficial del Estado (1976). Decreto 2879/76, de 30 de octubre de 1976.

Boletín Oficial del Estado.(1977). Orden Ministerial, de 22 de octubre de 1977

Boletín Oficial del Estado (1977a). Orden, de 1 de abril de 1977, 4008–4011.

Boletín Oficial del Estado (1977b). Real Decreto, 2128/1977 de 1977.

Boletín Oficial del Estado (1978). Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978.

Boletín Oficial del Estado (1978a). Orden, de 13 de diciembre de 1978.

Boletín Oficial del Estado (1978b). Orden, de 1 de septiembre de 1978, 21059–21060.

Boletín Oficial del Estado (1980). Orden, de 9 de octubre de 1980.

Boletín Oficial del Estado (1980a). Orden, de 15 de julio de 1980.

- Boletín Oficial del Estado (1980b). Real Decreto 111/1980, de 11 de enero de 1988.
- Boletín Oficial del Estado (1980c). Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre de 1980.
- Boletín Oficial del Estado (1984). Real Decreto 137/84 de 1984.
- Boletín Oficial del Estado (1987). Real Decreto 992/1987, 23642–23644.
- Boletín Oficial del Estado (1988). Orden, de 8 de julio de 1988, 21617–21633.
- Boletín Oficial del Estado (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de 1999, 4812–4816.
- Boletín Oficial del Estado (2001). Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre de 2001, 40986–40999.
- Boletín Oficial del Estado (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre de 2003, 1–24.
- Boletín Oficial del Estado (2005). Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre de 2005.
- Boletín Oficial del Estado (2005a). Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, , 15480–15486.
- Boletín Oficial del Estado (2005b). Real Decreto 55/2005, de 21 de enero de 2005, 2842–2846.
- Boletín Oficial del Estado (2005c). Real Decreto 56/2005, de 21 de enero de 2005, 2846–2851.
- Boletín Oficial del Estado (2007). Real Decreto 1393/2007.
- Boletín Oficial del Estado (2008). Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio de 2008
- Boletín Oficial del Estado (2009). Resolución de 17 de julio de 2009 , 64940–64943.
- Borobia, R. (2004). La hipótesis en estudios cualitativos. El caso de la inducción analítica en una investigación sobre adolescencia. *Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales*, V(6), 1–12.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bramwell, L. (1985). Nursing science: Retrospect and prospect. *The Canadian Nurse*, 81(3), 45–48.

- Brito, P. (2007). El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de Enfermería*, 10(2), 51–54.
- Brown, S.S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A., & Garber, J.S. (2015). Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), 205–216. doi: 10.1177/0969733014533233
- Brullet, C. (2010). Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña. El cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida. *Educación*, 45, 51–79.
- Bulechek, G. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.
- Bullough, B., & Bullough, V. (1981). Educational problems in a woman's profession. *Journal of Nursing Education*, 20(7), 6–17. doi: 10.3928/0148-4834-19810901-03
- Burgess, J., & Purkis, M. E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing Inquiry*, 17(4), 297–308. doi:10.1111/j.1440-1800.2010.00505.x
- Cabre-Pairet, M., & Ortiz, T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XIII-XIX*. Barcelona: Icaria.
- Calderon, C. (2009). Criterios, proceso y escritura. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), 1–14.
- Calvo, M.A. (2014). La reacción de los practicantes en medicina y cirugía frente a la creación del título de enfermera en 1915. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarum que Historiam Illustrandam*, 34(2), 425–446.
- Carballo, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Revista Rol de Enfermería*, 28(4), 250–252.
- Carnes, M., Morrissey, C., & Geller, S. (2008). Women's health and women's leadership in academic medicine: Hitting the same glass ceiling?. *Journal of women's health*, 17(9), 1453–1462. doi: 10.1089/jwh.2007.0688
- Carter, M. (2014). Vocation and altruism in nursing: The habits of practice. *Nursing Ethics*, 21(6), 695–706. doi: 10.1177/0969733013516159
- Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *The Journal of nursing administration*, 37(2), 68–70. doi: 10.1097/00005110-200702000-00007
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2000). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 31(3), 131–134.

- Castre, C. (1997). La transición política en España: Una sociedad desmovilizada. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 80, 33–68.
- Cawley, J., Cawthon, E., & Hooker, R. (2012). Origins of the physician assistant movement in the United States. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 25(december), 36–41.
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9(9), 119–136.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chenail, R.J. (2011). Interviewing the investigator: Strategies for addressing instrumentation and researcher bias concerns in qualitative research. *The Qualitative Report*, 16(1), 255–262.
- Cobo, J.M. (2001). *Ética profesional en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Huerga y Fierro editores.
- Collière, M. (1993). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Consejo Internacional de Enfermería. (1987). *Definición de Enfermera: Definición de trabajo, CIE*. Nueva Zelanda: Consejo de Representantes Nacionales.
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20(6), 499–505. doi:10.1054/nedt.1999.0414
- Cornejo, M., Besoain, C., & Mendoza, F. (2011). Desafíos en la generación de conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea. *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), 30.
- Corrales, D., Galindo, A., Escobar, M.A., Palomo, L., & Magariño, M.J. (2000). El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: A propósito de un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 25(4), 214–219. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78489-7
- Crawford, D. (1993). The glass ceiling in nursing management. *Nursing Economics*, 11(6), 335–341.
- Currell, R., & Urquhart, C. (2003). Sistemas de registro de enfermería: Efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. *Biblioteca Cochrane Plus*.

- Da Silva, L., Coelho, M., De Lima, C., & Silva de Souza, P. (2002). Cuidados de enfermería: Su sentido para enfermeras y pacientes. *Enfermería*, 37(120), 22–28.
- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45(2), 119–126. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00201-9
- De la Cuesta, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Florianópolis*, 19(4), 762–766. doi: 10.1590/S0104-07072010000400020
- Del Barrio-Linares, M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 52–57. doi: 10.1016/j.enfi.2013.11.005.
- Del Pino, R. (1998). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Correo Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería*, 11(3), 4–5.
- Del Pino, R., & Martínez, J.R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 311–337.
- Denzil, N.K., & Lincoln, I.S. (2005). *The sage handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Derber, C., Schwartz, W., & Magrass, Y. (1991). Power in the highest degree: Professionals and the rise of a new Mandarin order. *The New England Journal of Medicine*, 325(October 24), 1257–1258. doi: 10.1056/NEJM199110243251720
- Díaz, P. (2005). Las enfermeras de guerra: Otras formas de participación política de las mujeres. *Temperamentum*, 2, 2–4.
- Díez, J.M. (1995). República y primer franquismo: La mujer española entre el esplendor y la miseria, 1930-1950. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 3, 23–40.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid : Pirámide.
- Dominguez-Alcón, C., & Ramió, A. (2010.). *L'exercici lliure de la professió infermera a Catalunya*. Barcelona: Col·legi oficial infermeria de Barcelona.
- Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J.A., & Miguel, J. (1983). *Sociología y enfermería*, Madrid : Pirámide.

- Drennan, V., Halter, M., Brearley, S., Carneiro, W., Gabe, J., Grant, R., July, L., & de Lusignan, S. (2014). Investigating the contribution of physician assistants to primary care in England: A mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 2(16), 1–136. doi: 10.3310/hsdr02160
- Durán, M.M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichán*, 2, 7–18.
- Elliott, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos, Editorial S.A.
- Emanuel, E., Wendler, D., & Gracy, C. (2000). What makes clinical research ethical?. *JAMA*, 283, 2701-2711.
- Engstrom, J. L. (1984). Problems in the development, use and testing of nursing theory. *The Journal of Nursing Education*, 23(6), 245–251.
- Eterovic, C., & Stiepovich, J. (2010). Enfermería basada en la evidencia y Formación Profesional. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 9–14. doi:10.4067/S0717-95532010000300002.
- Eseverri, C. (1995). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Etxeberria, X. (2002). *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwert.
- Fairman, J., & D'Antonio, P. (2013). History counts: How history can shape our understanding of health policy. *Nursing Outlook*, 61(5), 346–352. doi: 10.1016/j.outlook.2013.07.001
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Hinton, P., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of nursing scholarship*, 33(2), 115–119. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Nursing Scholarship*, 16, 84-87.
- Fernandez, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión . Notas para su reflexión. *Revista electrónica de investigación Educativa*, 3(2), 24–39.
- Ferrús,L., Gil, M., Gutierrez, C., Extrem, M., & Escobar, M.A. (2006). *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització: factors que influeixen en la pràctica infermera*. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.
- Finn, C. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 38(3), 349–357. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00065-1

- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Ediciones Argentina.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2003). El alma del profesionalismo. En Sanchez, M. & Saez, C, *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro* (pp. 67-91). Murcia: Diego Marín Librero-Editor.
- Galiana, M.E., & Bernabeu, J. (2011). Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939. *Feminismo/s*, 18, 225–248.
- Galvez-Toro, A. (2007). Errores en el lenguaje: nursing no es enfermería. “Cuidado” no es care. *Biblioteca Las Casas*, 3(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0534.pdf>.
- Garcia, A.M., Sainz, A., & Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45–48.
- García, C., & Martínez, M.L. (2001). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid : Elsevier.
- Garcia, I., & Buendía, A. (2001). Identidad e indentificación de la enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 24(7-8), 539–545.
- Garcia, J., Carmona, P., Dieguez, B., Langreo, V., Reoyo, A., & Cuadrado, R.M. (2008). *Estudio sobre la enfermería en el servicio madrileño de salud*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios.
- García, M.L., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., & Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. *Florianópolis*, 20, 74–80.
- Garzón, N. (2005). Reflexiones generales sobre la teoría y la ética de enfermería. *Revista Aquichan*, 5(1), 64–71.
- Gergen, K. (2007). La ciencia psicológica en el contexto postmoderno. En Estrada, A.M., & Díazgranados, S., *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica* (pp. 93-115). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Germán, C. (2006). *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://invenio2.unizar.es/record/4470/files/TESIS-2009-090.pdf>.

- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. London: Aldine Transaction.
- Gómez, V.M., & Tenti, E. (1989). *Universidad y profesiones: Crisis y alternativas*. Buenos Aires : Miño y Dávila editores.
- Gonzalez, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85–103.
- Guba, E.G. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. *En Gimeno J. & Pérez, A. La Enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: AKAL/UNIVERSITARIA.
- Guillén, M. (1992). El sistema de profesiones: El caso de las profesiones económicas en España. *Reis*, 59(92), 243–259.
- Gittell, J.H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 210–213. doi: 10.3109/13561820.2012.730564
- Gutiérrez, R., Ferrús, L., Subirana, L., & Pellejà, L. (2007). *Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hanson, N. (1965). *Patterns of discovery. An inquiry into the conceptual foundations of science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hayakawa, S. I., & Hayakawa, A. (1990). *Language in thought and action*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y Tiempo* (4a ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Henderson, A J., O'Keefe, M.F., & Alexander, H.G. (2010). Interprofessional education in clinical practice: Not a single vaccine. *Australian Health Review*, 34(2), doi: AH09855 [pii]r10.1071/AH09855
- Hernández, F. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*, 2, 21–35.
- Hernández, F. (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 39–49.

- Hernandez, F., Del Gallego, R., Alcaraz, S., & González, R. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, 1(2), 21–35.
- Hernandez, J. (1996). *Cuestiones de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Hernández, J.M. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Hernandez, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Macgraw-HILL/Interamericana Editores.
- Herrera, F., Lasante, F., & Siles, J. (1996). La edad contemporánea. El proceso de tecnificación y institucionalización profesional. En Hernández, F. *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F.G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. (Spanish). *Aquichan*, 8(2), 243–256.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley Ed.
- Hirsch, A. (2003a). Elementos significativos de la ética profesional. *Reencuentro*, 38, 8–15.
- Hirsch, A. (2003b). Ética profesional como proyecto de investigación. *Teoría de la Educación*, 15, 235–258.
- Holden, R.J. (1991). Responsibility and autonomous nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16(4), 398–403. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb03428.x
- Holland, G. (1999). Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. *Journal of advanced nursing*, 30(2), 310–318. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01083.x
- Holmes, C., & Warelow, P. (2000). Nursing as normative praxis. *Nursing inquiry*, 7(3), 175–181. doi: 10.1046/j.1440-1800.2000.00066.x.
- Holt, J., Barret, C., Clarke, D., & Monks, R. (2000). The globalization of nursing knowledge. *Nurse education today*, 20(6), 426–431. doi: 10.1054/nedt.2000.0497
- Holt, N. (1998). “Confusion’s masterpiece”: The development of the physician assistant profession. *Bulletin of the History of Medicine*, 72, 246–278. doi: 10.1353/bhm.1998.0106

- Hooker, R., Robie, S., Coombs, J., & Cawley, J. (2013). The changing physician assistant profession. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(9), 36–44. doi: 10.1097/01.JAA.0000433914.54617.a0
- Hooker, R., Kuilman, L., & Everett, C.M. (2015). Physician assistant job satisfaction. *The Journal of Physician Assistant Education*, 26(4), 176–186. doi: 10.1097/JPA.0000000000000047
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165–171. doi: 10.1097/NNA.0000000000000460
- Huch, M.H., & Hisama, K.K. (2001). International perspectives an Eastern perspective and nursing theory. *Nursing science quarterly*, 14(3), 255–259. doi: 10.1177/08943180122108373
- Illich, I. (1981). *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Hermann Blume.
- Infante, L.M. (2003). Curar versus cuidar: Las consecuencias que la orientación docente de la diplomatura universitaria de enfermería ha provocado en los profesionales españoles. *Tempora*, 6(julio), 123–140.
- Jecker, N.S., & Self, D.J. (1991). Separating care and cure: An analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 16(3), 285–306.
- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. En J. Maxwell, J., & Heritage, J. (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analisis* (pp. 346-369). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1093/jmp/16.3.285
- Jennings, B.M., & Loan, L. (2001). Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of nursing scholarship*, 33(2), 121–127. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00121.x
- Jones, I.W., & St-Pierre, N. (2014). Physician assistants in Canada. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 27(3), 11-13. doi: 10.1097/01.JAA.0000443808.97164.cb
- Jones, M. (1997). Nursing praxis: Knowledge and action. En Thorne, S. & Hayes, V., *Thinking nursing* (pp. 125-139). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jorge, A. (2006). La “Teoría Fundamentada en los datos” (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En *Vasilachis, I., Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Katz, J. (2001). Analytic induction. In N. J. Smelser, N.J., & Baltes, P.B. (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 480–484). Oxford: Elsevier Science.

- Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 556–562. doi: 10.1016/S8755-7223(98)80038-0
- Kelle, U. (2005). “ Emergence ” vs . “ Forcing ” of empirical data ?. A crucial problem of “ Grounded Theory ” Reconsidered 1 . *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2).
- Khodyakov, D. (2007). The complexity of trust-control relationships in creative organizations: Insights from a qualitative analysis of a conductorless orchestra. *Social Forces*, 86(1), 1–22. doi: 10.1353/sof.2007.0100
- Kinsella, E.A. (2009). Original article professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11(5), 3–14. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x
- Kirsten, B., & Kirsten, F. (2015). The process of Danish nurses' professionalization and patterns of thought in the 20th century. *Nursing Inquiry*, 22(2), 178–187. doi: 10.1111/nin.12079
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2005). Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos parte II. *Nursing (Ed. española)*, 23(4), 15–19.
- Kuilman, L., Sundar, G., & Cherian, K. (2013). Physician assistant education in Germany. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(2), 56–60.
- Lancaster, G., Kolakowsky, S., Kovacich, J., & Greer-Williams N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. doi: 10.1111/jnu.12130
- Larson, M.L. (1978). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Latorre, I. (2003). *Análisis de la influencia de las prácticas asistenciales en la construcción del pensamiento práctico enfermero*. Almería: Universidad de Almería.
- Liehr, P., & Smith, M.J. (2017). Middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 1–6. doi: 10.1097/ANS.000000000000162
- Lister, P. (1997). The art of nursing in a “ postmodern ” context. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 38–44. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025038.x
- Llobet, M.A. (1978). ¿Donde esta hoy nuestra enfermería?. *Revista Rol de Enfermería*, 3, 44-46.

- Locke, L.F., Spirduso, W.W., & Silverman, S.J. (2000). *Proposals that work: A guide for planning dissertations and grant proposals* (4a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Pelaez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M., & Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218–221. doi:10.1016/S1130-8621(06)71217-7
- Lunney, M., Parker, L., & Fiore, L. (2004). Feasibility of studying the effects of using NANDA, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 22(6), 316–325.
- Machado, M.H. (1991). Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque. *Educación Médica y Salud*, 25(1), 28–36.
- Machado, M.H. (1995). *Profissionais de Saúde: Uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- MacMillan, K.M. (2012). The challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale?. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 410–415. doi: 10.3109/13561820.2012.699480.
- Maggs, C. (1996). A history of nursing: A history of caring?. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (Frye 1969), 630–635. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00028.x.
- Manrique, J.C. (2003). La educación física femenina y el ideal de mujer en la etapa franquista. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 83–100.
- Marinho, M. (1986). *Profissionalização e credenciamento: A política das profissões*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Departamento Nacional, Diretoria Técnica, Divisão de Pesquisas, Estudos e Avaliação.
- Marset, P., Saez, J.M., & Martin, F. (1995). La Salud Pública durante el franquismo. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 15, 211–250.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123–146.
- Marzucco, J., Hooker, R.S., & Ballweg, R.M. (2013). A history of the Alaska physician assistant, 1970-1980. *JAAPA: Official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(12), 45–51. doi: 10.1097/01.JAA.0000437822.61279.bb

- Matesanz, M. (2009). Pasado, presente y futuro de la Enfermería: Una aptitud constante. *Revista Administración Sanitaria*, 7(2), 243–60.
- Mazzei, C. (2013). Producción y reproducción: La mujer y la división socio-sexual del trabajo. *RUMBOS TS*, VII(8), 128–142.
- McAllister, M., & Moyle, W. (2006). Stakeholders' views in relation to curriculum development approaches for Australian clinical educators. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 16–20. doi: 10.7429/pi.2013.661055
- McLain, B.R. (1988). Collaborative practice: The nurse practitioner's role in its success or failure. *Nurse Practitioner*, 13(8), 31–36.
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina, J.L., & Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Redalyc*, 15(2), 303–311.
- Medina, J.L., & Sandín, M. (1995a). Epistemología y enfermería (II): Paradigmas de investigación en enfermería. *Enfermería Clínica*, 5(1), 40–52.
- Medina, J.L. & Sandín, M. (1995b). Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado. *Enfermería Clínica*, 5(1), 221–231.
- Mendes, F.R., & Mantovani, M.D. (2009). Ensino de enfermagem em Portugal: Contributos para a sua história. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 2–7. doi: 10.5380/ce.v14i2.15632
- Mendizabal, N. (2009). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis, I. *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65–103). Barcelona: Gedisa.
- Merton, R. (1968). On sociological theories of the middle range. En Merton, R., *Social Theory and Social Structure* (pp. 39-69). New York: The Free Press.
- Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3a ed.). Los Angeles: SAGE.
- Minguez, I., & Siles, J. (2015). Pensamiento crítico en enfermería: De la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594–604. doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.13
- Mitchell, G. (1991). Nursing diagnosis: An ethical analysis. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 99–104. doi:10.1111/j.1547-5069.1991.tb00651.x

- Miró-Bonet, M. (2008). *¿ Por qué somos como somos ?*. Universitat de les Illes Balears: Illes Balears. (Tesis Doctoral). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9440/tmmb1de1.pdf>
- Miro-Bonet, M. (2010). Los modelos conceptuales: Una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enfermería Clínica*, 20(6), 360–365. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.09.002
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos?. Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70690-9.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (5a ed.). Barcelona : Elsevier.
- Moses, M. (1994). Caring incidents--a gift to the present. *Journal of Holistic Nursing*, 12(2), 193–203. doi: 10.1177/089801019401200209.
- Mulero, A. (2011). Autonomía profesional en la práctica de terapia física. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 14(02), 91–100.
- Neiterman, E., & Bourgeault, I.L. (2015). Professional integration as a process of professional resocialization: Internationally educated health professionals in Canada. *Social Science and Medicine*, 131, 74–81. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.043.
- Nelson, G.A., King, M.L., & Brodine, S. (2008). Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medsurg nursing : Official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 17(1), 35–40.
- Nightingale, F. (2008). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona : Elsevier Masson.
- Noreña, A.L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J.G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigos y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274.
- Oliver, J., Fernandez, J., & Sala, J. (2006). Pacientes, médicos y enfermeros: Tres puntos de vista distintos. *Medicina Preventiva*, 20(6), 465–472. doi: 10.1157/13096522.
- Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236–246. doi: 10.1111/medu.12290.
- Orellana, A., & Paravic, T. (2007). Enfermería basada en la evidencia: Barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería*, XIII(1), 17–24. doi: 10.4067/S0717-95532007000100003

- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, United Nations.
- Ortega, G., & Sanchez, N. (1996). Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). En Hernandez, F., *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días* (pp. 287-323). Madrid : Síntesis.
- Ortiz, M. (2006). Mujer y dictadura franquista. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, 28, 1–26.
- Ortiz, T., Birriel, J., & Ortega, R. (2016). Genero, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 1–8.
- Park, H. (1996). A history of nursing: A history of caring?. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 630–635.
- Parro, A., Serrano, P., Ferrer, C., Serrano, M., de la Puerta, M.L., Barberá, A., Morales, J.M., & De Pedro, J. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atencion Primaria*, 45(9), 476–485. doi: 10.1016/j.aprim.2012.12.015
- Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pedraz, M. (2010). *La edad dorada de la enfermería española*. Recuperado de http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/15/Conferencia._Homenaje_Mª_Victoria_Antón-2.pdf.
- Pender, S., & Spilsbury, K. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309. doi: 10.1111/jan.12177.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería: El proceso de atención de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Pijl-Zieber, E. (2013). Doctors`orders and the language of representation. *Nursing Philosophy*, 14(2), 139–147. doi: 10.1111/nup.12001
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado : Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(4), 499–503.
- Price, S., Doucet, S., & Hall, L.M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: Implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 103–109. doi: 10.3109/13561820.2013.867839.

- Real Academica de la Lengua Española. (2016). Curar. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=BiX4lrz>.
- Ramos, C.A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9–17.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, L., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library*. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/full> [Accessed March 13, 2017].
- Robles, B. (2011). La Entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 5 (septiembre-diciembre), 40–49.
- Rodrigo, O. (2011). *Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral*. (Tesis de Maestría). Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona. Recuperada de: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/179108/Rodrigo_Olga_Treballs_de_recerca_de_doctorat.pdf?sequence=1
- Rodrigo, O. (2014). Características de la profesión enfermera en el contexto español a partir de la experiencia de las enfermeras docentes. *FRONTEIRAS: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 3(3), 80-101.
- Rodrigo, O., Caïs, J., & Monforte-Royo, C. (2016) The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain. *Nursing Inquiry*, november. doi: 10.1111/nin.12175.
- Rodrigo, O., Caïs, J. & Monforte-Royo, C. (2017a). Transfer of nurse education to universities under a model of person-care: A consequence of changes in Spanish society during democratic transition. *Nursing Education Today*. Accept 10.4.17. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.006.
- Rodrigo, O., Caïs, J. & Monforte-Royo, C. (2017b). Clinical responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses. *Nursing Inquiry*. Accept 10.4.17. doi: 10.1111/nin12175.
- Rodríguez, N. (2001). *Los abogados ante el siglo XXI*. (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperada de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43015/1/NRA_TESIS.pdf
- Rodríguez, N. (2008). *Manual de sociología de las profesiones*, Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Rodríguez, J.A., & Bosch, J. (2004). *Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

- Rodriguez, J.A., & Guillén, M.F. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Reis*, 59, 9–18.
- Rodríguez, V.A., & Paravic, T.M. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*, 17(2), 246–253. doi: 10.4321/S1695-61412011000400020.
- Rousseau, N., (1997). From vocation to discipline. *Canadian Nurse*, 93(5), 39–44.
- Ruiz, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a ed.) Bilbao: Deusto.
- Sáinz, M., López-Sáez, M., & Lisbona, A. (2004). Expectativas de rol profesional de mujeres estudiantes de carreras típicamente femeninas o masculinas. *Acción Psicológica*, 3(2), 111–123.
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researches* (2a ed). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Sánchez-Martín, C.I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79–89. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.007.
- Sancho, S., Vidal, C., Cañellas, R., Caldés, M.J., Corcoll, J., & Montserrat, M. (2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 531–543. doi: 10.1590/S1135-57272002000500014
- Santo-Tomás, M. (2000). Historia de la Enfermería. En Fernández, C. (ed.), *Enfermería Fundamental* (pp. 3-129). Barcelona: Masson.
- Scanlon, G. (1987). La mujer y la instrucción pública: De la Ley Moyano a la IIª República. *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, 6(1895), 193–208.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schueller-Weidekamm, C., & Kautzky-Willer, A. (2012). Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*, 9(4), 244–450. doi: 10.1016/j.genm.2012.04.002.
- Schweikardt, C. (2006). New aspects of the German “scientific nursing” movement before World War I: Florence Nightingale’s notes on nursing disguised as part of a medical tradition. *Nursing Inquiry*, 13(4), 259–268. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00344.x.

- Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research. A guide for researchers in education and the social sciences*. (3a ed.). New York: Teachers College Press.
- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (4a ed.). New York: Teachers College Press.
- Sellán, M.C. (2010). *La Profesión va por dentro: Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* (2a ed). Madrid: FUDEN.
- Següel, F., Valenzuela, S., & Sanhueza, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 11–20. doi: 10.4067/S0717-95532015000200002
- Shaw, M. (1993). The discipline of nursing: Historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1651–1656. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18101651.x
- Shöen, D. (1992). Nurses' attitudes toward control over nursing practice. *Nursing Forum*, 27(1), 27–34.
- Sieger, M., Fritz, E., & Them, C. (2011). In discourse: Bourdieu's theory of practice and habitus in the context of a communication-oriented nursing interaction model. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 480–489. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05783.x.
- Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Siles, J. (2011). *Historia de la enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Siles, J., & García, E. (1995). Las características de los paradigmas y su adecuación a la enfermería. *Enfermería Científica*, 160, 10–15.
- Siles, J. (1997). Epistemología y enfermería: Por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7(4), 188–194.
- Smelter, N., & Baltés, P.B. (2001). *Analytic Induction. Encyclopedia of the Behavioral Sciences* (1a ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Soriano-Miras, R.M., & Trinidad, A. (2014). La aplicación de los criterios de la Grounded Theory en el análisis documental: Los textos legales y normativos españoles en materia de extranjería. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 28, 157–182.
- Stein, L.I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16, 699–703.

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada* (1a ed.). Medellín: Universidad de Antioquía.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory* (4a ed.). Londres: Sage Publications.
- Sumner, J. (2001). Caring in nursing: A different interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 926–932. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01930.x
- Sumner, J. (2006). Concept analysis: The moral construct of caring in nursing as communicative action. *International Journal for Human Caring*, 10(1), 8–16.
- Sumner, J. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: A critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11, 159–169. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00445.x
- Sumner, J.F., & Fisher, W.P. (2008). The moral construct of caring in nursing as communicative action: The theory and practice of a caring science. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 19–36. doi: 10.1097/01.ANS.0000341418.88715.c9.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. doi: 10.1111/inr.12034.
- Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Revista Aquichan*, 5(5), 114–127.
- Tarlier, D. (2005). Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*, 12(2), 126–134. doi: 10.1111/j.1440-1800.2005.00262.x
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tey, R. (1978). ¿A donde va nuestra enfermería?. *Revista Rol de Enfermería*, 1, 29–33.
- Thorne, S., Canam, S., Dahinten, S., Hall, W., Henderon, A., & Reimer, S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: Disimplacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1257-1268. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x

- Thorne, S., Kirkham, R., & O'Flynn-Magge, K. (2008). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3, 1–11. doi: 10.1177/160940690400300101.
- Thorne, S., Kirkham, R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Focus on qualitative methods. Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20, 169–177. doi: 10.1002/(SICI)1098-240x.
- Tomás, A.M. (1999). El valor de los cuidados: Valores sociales, modelo social y sistema sanitario. *Enfermería Clínica*, 9(3), 121–127.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): A 32- item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), 349 –357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Tonges, M., Rothstein, H., & Kikiras, H. (1998). Sources of satisfaction in hospital nursing practice: A guide to effective job design. *The Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47–61. doi: 10.1097/00005110-199805000-00008.
- Travele, I. (2007). Computer-Assisted instruction for novice nurses in critical care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(3), 132–138. doi: 10.3928/00220124-20070501-02
- Uribe, T.M., & Jaramillo, D.E. (2002). La condición femenina: Influencia en el desarrollo de la enfermería. *Medellín*, XX(2), 132–139.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119–139.
- Vasilachis, I. (2009). La investigación cualitativa. En Vasilachis, I., *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-60). Barcelona: Gedisa editorial.
- Velasco, H.M. (2003). *Hablar y pensar, tareas culturales: Temas de antropología lingüística y antropología cognitiva*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Velasco, H.M., & Díaz de Rada, A. (1997). *La Lógica de la investigación etnográfica: Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*, Madrid: Trotta.
- Ventosa, F. (1981). *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Editorial Ciencia 3.

- Vera, J., & Hernández, J. (2012). Un análisis educativo de la formación enfermera en España durante la Segunda República. *Temperamentvm*, 16, 2–3.
- Warelow, P., Edward, K.L., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146–153. doi: 10.1097/01.HNP.0000318023.53151.33.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring. Retrospective and prospective. *Nursing science quarterly*, 10(1), 49-52
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87–93. doi:10.1097/00128488-200607000-00008
- Weber, M. (1983). *Economía y sociedad* (2a ed.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Weiland, S. (2015). Understanding nurse practitioner autonomy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 95–104. doi: 10.1002/2327-6924.12120.
- Yound, W. (1985). The competition approach to understanding occupational autonomy: Expansion and control of nursing service. *Journal of Professional Nursing*, 1, 283–292.
- Zapico, F. (2005). *Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad* (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona: Barcelona. Recuperada de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2870/FZY_TESIS.pdf;jsessionid=1A7CB3BD6D2DE4620D9B4613DDEF32FD?sequence=1
- Zapico, F. & Adrián, J. (2003). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? *Revista ROL de Enfermería*, 26(2), 20.
- Zittel, B., Ceo, I.C.N., & Benton, D. (2012). Divergence and convergence in nursing and health care among six countries participating in ICN 's 2010 Global Nursing Leadership Institute. *International Nursing Review*, 59, 48–54. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00952.x

ANEXO 1. Hallazgos en la revisión de la literatura de los elementos integrantes del concepto “profesión”

Tabla 1

Elementos integrantes del concepto “profesión”

Autor/es	Aporte teórico
<p>Tiene monopolio de conocimiento abstracto</p> <p><i>Escuela definitoria (s.XIX principios XX)</i> Wilensky (1970)</p> <p>Moore (1970)</p> <p>Elliot (1975)</p> <p>Freidson (1986)</p> <p>Abbod (1988) Gómez & Tenti (1989)</p> <p>Shwart & Magrass (1991)</p> <p>Machado (1991)</p> <p>Rodriguez & Guillem (1992) Siles (1997)</p> <p>Fernández (2001) Hirsch (2003,a)</p>	<p><i>Importancia de tener un cuerpo de conocimiento al que el público no puede acceder. Se basa en un cuerpo de conocimiento sistemático, adquirido a través de una formación académica. Se presupone que ese conocimiento ha sido transmitido por miembros del mismo colectivo.</i></p> <p><i>Poseen un cuerpo de conocimiento formal, que es impartido a través de una iniciativa teórica, por las universidades en las sociedades modernas.</i></p> <p><i>Las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios particulares.</i></p> <p><i>El conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional.</i></p> <p><i>Los profesionales actúan en un sistema de conocimiento profesional</i></p> <p><i>Quien detenta una profesión posee un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un largo período de formación</i></p> <p><i>El monopolio de conocimiento abstracto es imprescindible para mantener las posiciones de poder y privilegio tanto dentro de la organización como en la propia sociedad</i></p> <p><i>Se la consideró una forma especial de formación ocupacional basada en un cuerpo de conocimiento sistemático adquirido a través de una formación académica.</i></p> <p><i>El conocimiento abstracto es un ingrediente necesario</i></p> <p><i>Cuanto mayor es el bagaje conceptual de una profesión, más capacidad tiene para desarrollar su práctica por sí misma y arbitrar mecanismos para renovar su cuerpo de conocimientos generando procesos innovadores que optimicen su práctica profesional.</i></p>

Rodriguez (2008)
Rodriguez (2008)

Base de un gran acervo de conocimiento abstracto
El saber experto se basa en la investigación y en la acumulación de experiencia
Relación directa con la ciencia
Tener un conocimiento esotérico y complejo que resulte incomprensible para el no profesional.

Da respuesta a una necesidad percibida por la sociedad

Escuela definitoria (s.XIX principios XX)
Escuela evolutiva (30 - 70 s. XX).
Carr, Saunders & Wilson (1930)

Schein (1970)

Moore (1970)
Elliot (1975)

Larson (1979)
Illich (1981)

Abbod (1988)
Gómez & Tenti (1989)
Rodríguez & Guillem (1992)
Fernández (2001)
Hirsch (2003,a)

Rodríguez (2008)

Rodríguez (2008)

Potencial para contribuir a la sociedad
La creencia en que es un servicio público para la comunidad e indispensable.
Una ocupación alcanza el estatus de profesión cuando un tipo de actividad no se podía ejercer más que mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión de unas reglas y normas de conducta entre los miembros y los no miembros y la adhesión de una ética de servicio concreta.
Conjuntos de ocupaciones que han desarrollado un sistema de normas derivadas de su papel en la sociedad.
Poseen orientación para el servicio a la sociedad
Se suele definir utilizando como referencia el requerimiento que la sociedad hace de un grupo ocupacional que cubre una necesidad concreta.
Organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo de áreas de preocupación social
Los expertos se apropian de ciertas áreas y adoptan unas conductas determinadas generando nuevos problemas que garantizan su existencia
Tienen capacidad de abstracción para definir viejos problemas de nuevas formas
Ofrece un servicio profesional basado en sus necesidades con un alto espíritu de servicio.
Capacidad para definir problemas
Tiene importantes consecuencias sociales
Los profesionales son depositarios de un conocimiento socialmente importante destinado a contribuir al bien público.
Se fundamenta en la idea de orientación de servicio público y el carácter altruístico que tienen las profesiones
Tener una orientación hacia el bienestar de la sociedad tratando de ser una contribución social a la mejora y al progreso.

<p>Herramienta de control social utilizada por el poder</p>	<p><i>Escuela revisionista (80-90 s.XX)</i> Parkin (1979)</p> <p>Abbod (1988) Abbod (1988)</p> <p>Shwart & Magrass (1991)</p> <p>Rodríguez & Guillem (1992)</p> <p>Rodríguez & Guillem (1992) Rodríguez & Guillem (1992)</p> <p>Nigenda (1995)</p> <p>Hirsch (2003,a)</p>	<p><i>Los atributos de las profesiones sirven para aumentar su poder en el mercado. Las profesiones pueden establecer estas estrategias por que el Estado da derecho a practicar ciertas ocupaciones a miembros acreditados.</i></p> <p><i>Donde las relaciones con el Estado y el mercado son muy importantes</i></p> <p><i>Las profesiones pueden ser consideradas un elemento muy importante en el mercado estando sujetas a fuentes de valor y fuentes de poder dentro de la propia estructura social</i></p> <p><i>El monopolio de conocimiento abstracto es imprescindible para mantener las posiciones de poder y privilegio tanto dentro de la organización como en la propia sociedad</i></p> <p><i>Como expertos, esos profesionales aportan conocimiento al poder, y son centrales en el proceso de racionalización al facilitar formas de organización y dominación a través del control de ese nuevo conocimiento.</i></p> <p><i>Centrar la atención sobre el poder que conllevan los sistemas de conocimiento profesional</i></p> <p><i>La articulación de proyectos políticos que utilizan ese conocimiento abstracto para la definición de los problemas sociales y sus soluciones es un elemento imprescindible para la ampliación de sus jurisdicciones y el mantenimiento de las posiciones de poder y privilegio entre los profesionales.</i></p> <p><i>Relación Estado y profesión dentro de un marco político donde los grupos involucrados se encuentran en un proceso continuo y constante de balanceo de poderes.</i></p> <p><i>Los profesionales son considerados una “tercera voz” frente al poder y frente al Estado.</i></p>
<p>Es competitivo en el mercado laboral</p>	<p><i>Escuela evolutiva (30 - 70 s. XX).</i></p> <p>Carr, Saunders & Wilson (1930)</p> <p>Larson (1979) Marihno (1986)</p> <p>Abbod (1988) Abbod (1988)</p> <p>Abbod (1988)</p>	<p><i>Ocupación a tiempo completo, que nace tras haber formado parte con anterioridad de otras actividades pero que paulatinamente ha ido adquiriendo importancia en si misma hasta requerir dedicación exclusiva</i></p> <p><i>Una ocupación alcanza el estatus de profesión cuando un tipo de actividad no se podía ejercer más que mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión de unas reglas y normas de conducta entre los miembros y los no miembros.</i></p> <p><i>Las profesiones están explícitamente orientadas hacia el mercado</i></p> <p><i>La base para la reivindicación de la competencia exclusiva necesaria para ser competitivo en el mercado, varía de acuerdo con las características propias de cada profesión.</i></p> <p><i>Esa capacidad de abstracción es la que les permite sobrevivir en el mercado.</i></p> <p><i>Las profesiones actúan en un mundo de relaciones interprofesionales, con un contenido de trabajo específico.</i></p> <p><i>Creación de jurisdicciones – o parcelas de mercado que cubren las profesiones – por parte de</i></p>

			<p>las profesiones que conviven en un sistema interdependiente de manera que los movimientos de unas afectan a las otras.</p> <p><i>Machado (1991)</i> Ser una ocupación a tiempo integral como consecuencia de la necesidad social de ampliación del mercado de trabajo.</p> <p><i>Machado (1991)</i> Reglamentación profesional evitando el intrusismo</p> <p><i>Golttied (1997)</i> Fuerte competencia que se ha establecido entre los profesionales de la salud, los cuales rivalizan por un puesto en el contexto de la organización de los servicios de salud.</p> <p><i>Fernández (2001)</i> <i>Hirsch (2003)</i> Monopoliza una serie de actividades privadas</p> <p><i>Rodríguez (2008)</i> Se destaca el monopolio para ejercer socialmente un tipo de trabajo específico, el credencialismo, entendido como la acreditación de la competencia profesional por medio de credenciales educativas y el elitismo.</p> <p>Tener un control interno en forma de ejercicio profesional</p>
Tiene autonomía profesional		<p><i>Escuela definitoria (s.XIX principios XX)</i> <i>Escuela evolutiva (30 - 70 s. XX).</i></p> <p><i>Escuela evolutiva (30 - 70 s. XX).</i></p> <p><i>Moore (1970)</i></p> <p><i>Leddy & Pepper (1985)</i></p> <p><i>Young (1985)</i></p> <p><i>Ballou (1998)</i> <i>Ballou (1998)</i></p> <p><i>Ballou (1998)</i></p> <p><i>Ballou (1998)</i> <i>Holden (1991)</i> <i>Holden (1991)</i> <i>Holland (1999)</i></p>	<p>Autonomía que les permita auto controlarse</p> <p>La auto regulación o creencia de que son los propios profesionales los que pueden controlar su propio trabajo.</p> <p>La autonomía o creencia en que son ellos los que deben tomar las decisiones sobre su trabajo y actividad.</p> <p>Poseen autonomía que si se compara con la existente en la Edad Media, se encuentra exacerbada en las profesiones modernas en función de una gran especialización.</p> <p>La persona autónoma es capaz de tomar decisiones racionales sin restricciones y actuar en base a sus propias decisiones.</p> <p>La capacidad de decidir lo que se va a hacer en lugar de dejar que sean otros los que lo hagan.</p> <p>La autonomía profesional es un requisito para conseguir el estatus profesional</p> <p>Derecho y responsabilidad para establecer condiciones, tomar decisiones manteniendo el control sobre la propia práctica y las condiciones de trabajo.</p> <p>Los agentes tienen la libertad de elegir la mejor manera de lograr, terminar o satisfacer una preferencia. También es la libertad de decidir entre las diferentes opciones.</p> <p>La autonomía profesional es un requisito para conseguir el estatus profesional</p> <p>El ejercicio de la práctica autónoma también implica responsabilidad personal y profesional.</p> <p>Implica ejercer poderes discrecionales siempre en beneficio del paciente.</p> <p>La capacidad de ser sensibles al propio pensamiento siendo guías de él, actuando en la razón a partir de la reflexión sobre los propios impulsos y las influencias externas.</p>

Fernández (2001)

Etxeberria (2002)

Hirsch (2003,a)

Hirsch (2003,b)

Rodríguez (2008)

Mulero (2011)

Permite a quién lo desempeña una considerable libertad de acción

Se refiere a la capacidad personal de tomar decisiones en el ejercicio de la profesión.

El profesional que requiere independencia y libertad para poder realizara adecuada y éticamente su trabajo.

Los profesionales tienen que ser capaces de equilibrar el bien público con las necesidades inmediatas de clientes y empleadores

Poseer altos niveles de autonomía a la hora de ejercer su profesión

La capacidad que tiene un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios y leyes, al que el profesional se atiene.

ANEXO 2. Informe contexto de la recogida de datos

PROYECTO:

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS: Entrevista en profundidad

DATOS PARTICIPANTE:

Nombre	Pseudónimo	Código ATLAS. Ti 7.1.

Contacto:

CONTEXTO PARTICIPANTE: ¿quién es el/ella?

CONTEXTO ENTREVISTADORA: ¿Quién soy yo en relación a él/ella?

TOMA DE CONTACTO: ¿Cómo se ha producido la toma de contacto?

CONTEXTO ENTREVISTA: ¿Cómo ha transcurrido la entrevista y que ha significado?

ANEXO 3. Hoja de información dirigida al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Naturaleza del proyecto

El proyecto de investigación para el que se solicita su participación forma parte de una Tesis Doctoral inscrita en el Programa de Doctorado de investigación en Salud de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Tiene por título “Las características de la profesión enfermera en el contexto español a partir del discurso del colectivo”

El objetivo de este estudio es conocer, a partir del discurso de los enfermeros y enfermeras que trabajan en los diferentes ámbitos, cuales son las características de la profesión enfermera en el contexto español.

Resumen

Para realizar este estudio se solicitará a diferentes enfermeras y enfermeros, que trabajan en el ámbito de la asistencia, docencia, gestión e investigación, que proporcionen información, fundamentalmente a través de entrevistas personales, sobre cómo viven su profesión.

A cada participante se le realizarán entre una y dos entrevistas personales. Cabe la posibilidad de que también se solicite su participación puntual, en algún grupo de discusión, para poder profundizar en determinados aspectos de la profesión.

Las entrevistas se realizarán fuera del horario laboral y en un lugar que sea de fácil acceso para usted. Los grupos de discusión, en caso de que se solicite su participación en ellos, se realizarán también fuera del horario laboral y en un lugar que también sea de fácil acceso. Se prevé que el estudio tendrá una duración de unos 3 años.

La investigadora responsable de este estudio, la Sra. Olga Rodrigo Pedrosa es antropóloga y Diplomada Universitaria en Enfermería y es profesora titular del Campus Docent Sant Joan de Déu. Su tutor de tesis doctoral, el Dr. Jordi Cais Fontanella es profesor titular de la Universidad de Barcelona y su codirectora de tesis, la Dra. Cristina Monforte, profesora adjunta del departamento de enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya.

Procedimientos

La participación en este trabajo consiste en:

- Permitir que los investigadores puedan realizar entrevistas personales como medio de obtención de datos a las enfermeras y enfermeros invitados a participar en el estudio.
- Permitir que el equipo de investigadores puedan realizar grupos de discusión como medio de obtención de datos a las enfermeras y enfermeros invitados a participar en el estudio.

Todos los datos recogidos para la investigación, se guardarán en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún tipo de dato que pueda identificarlo, y en versión informática.

Beneficios y riesgos

El beneficio de este estudio es profundizar en el conocimiento del fenómeno de cómo viven las enfermeras su profesión en su contexto laboral. Esto nos va a permitir conocer cuáles son las principales problemáticas a las que se enfrenta el colectivo, algo que creemos que será muy útil para proponer medidas que contribuyan a mejorar sus condiciones laborales y sociales, algo de especial importancia en el momento de crisis económica que estamos viviendo en la actualidad.

Compromiso y anonimato

Me comprometo a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener el material derivado, tanto de las entrevistas como de las reuniones de grupo, a buen recaudo para asegurar su anonimato. Las copias de los documentos y la grabación de este estudio serán custodiadas en un lugar seguro que asegurará que nadie más pueda tener acceso a ellos. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

Garantía de participación voluntaria

Los investigadores le garantizamos o que sea cual sea su decisión respecto a la participación en el proyecto, su consideración profesional no se verá afectada. Además en caso de que usted acepte participar, sepa que se puede retirar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y por lo tanto se destruirán los ficheros informáticos relacionados con su entrevista e información facilitada.

Confidencialidad

Los investigadores se responsabilizan de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación y los datos del participante. El nombre y los datos que permitirán identificar al paciente sólo constarán en los ficheros informáticos. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Preguntas

Por favor, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que le parezcan oportunas. Le responderemos lo mejor que podamos.

Contacto investigadora principal: 675880748 (teléfono móvil)

Olga Rodrigo Pedrosa

Investigadora principal

ANEXO 4. Modelo consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El/la Sra. Olga Rodrigo Pedrosa informa al participante Sr./ de la existencia de un proyecto de investigación sobre las características de la profesión enfermera en el contexto español a partir del discurso del colectivo y pide su colaboración.

Información para los participantes:

Proyecto de estudio: "Las características de la profesión enfermera en el contexto español a partir del discurso del colectivo".

Investigador principal: Olga Rodrigo Pedrosa

Objetivos:

Describir cuales son las características de la profesión enfermera en el contexto español a partir del discurso del colectivo

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído este documento. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

Compromiso de confidencialidad

La investigadora se responsabiliza de mantener, en todo momento, la confidencialidad de los datos, tanto respecto a la identificación, así como de los datos del participante. En las transcripciones se sustituirá el nombre del participante por un pseudónimo. El nombre que permitirá identificar al informante sólo constará en los ficheros informáticos propiedad de la doctoranda. El archivo informático tendrá contraseña de acceso. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

	Nombre y apellidos	Fecha	Firma
Participante			
Informante			

ANEXO 5. Registro elementos comunicación no verbal

CUADERNO DE CAMPO:

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

GRUPO DE DISCUSIÓN

Informante	Elementos comunicación no verbal	Tiempo grabación (minuto y segundo)

Informante/s (pseudónimo):

ANEXO 6. Acuerdo confidencialidad con servicio de asesoría externa

Indicaciones Generales para iniciar el Servicio de Consultoría y Asesoramiento en una Investigación doctoral con Metodología Cualitativa

Acuerdo de confidencialidad y prestación de servicios

Por el presente documento el Dr. Don Antoni Vicent Casasempere Satorres con DNI 21654625x, actuando en nombre y representación de CualSoft Consultores, en adelante denominado CONSULTORES.

Y por otro lado, el cliente Dña. Olga Rodrigo Pedrosa con NIF: 38127085P en adelante denominado CLIENTE, se comprometen:

1. A que la información de carácter confidencial suministrada y obtenida tanto por parte de los CONSULTORES como por parte del CLIENTE, NO sea facilitada a ninguna otra persona que no esté implicada en el proceso de investigación doctoral.
2. A que la información de carácter confidencial obtenida en el proceso NO llegue a conocimiento de terceros por causas de negligencia.
3. En todo caso, los CONSULTORES garantizan que el acceso a la información se limitará estrictamente a aquellas personas que necesiten información para cumplir con los fines precisos en el proyecto y que éstos estarán obligados a guardar el secreto de la información obtenida.
4. Tanto el CLIENTE como los CONSULTORES se comprometen a mantener los acuerdos asumidos en el presente documento de forma indefinida tras la finalización de la investigación o la relación de asesoramiento.
5. Antoni Casasempere inicia una relación de asesoramiento con el CLIENTE, centrada en la parte metodológica y analítica del proyecto de investigación doctoral del CLIENTE.
6. Entre las funciones del CONSULTOR se encuentra:
 - Asesorar en el desarrollo y/o mejora del diseño de la investigación.
 - Implementación del diseño y la estrategia analítica.

ANEXO 7. Evidencias proceso de análisis en paquete de copia de ATLAS Ti. 7.1.

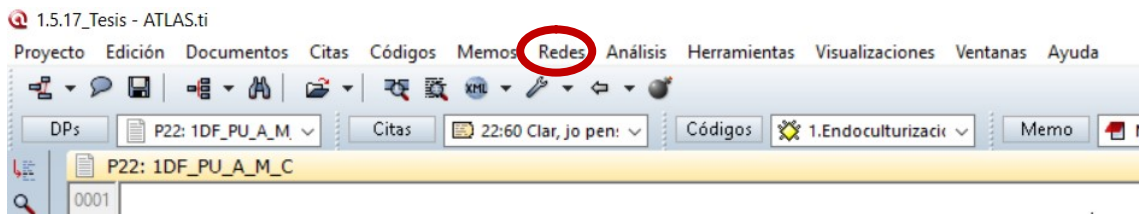
Junto al manuscrito que constituye la tesis doctoral se adjunta un paquete de copia del programa ATLAS Ti 7.1 (A7) con el trabajo analítico que se ha llevado a cabo. El paquete de copia contiene 1) entrevistas, 2) diagramas – que relacionan citas, códigos y memos – y 3) familias de memorandos – codificación, operativos, teóricos y bibliográficos-.

1) Entrevistas:

En las entrevistas se da evidencia de que se han utilizado las *Convenciones de Jefferson* para llevar a cabo la transcripción. Esto ha permitido registrar también elementos de la comunicación no verbal que han facilitado el proceso de análisis.

2) Diagramas:

Los diagramas en el caso de A7 se denominan “Redes” tal y como se puede ver en la imagen inferior.



En el paquete de copia se adjuntan las principales *Redes* que dan respuesta a las preguntas de investigación de este estudio tal y como se puede ver en la imagen inferior. Concretamente:

Red	Pregunta de investigación
1_Antecedentes profesionales	Primer objetivo específico
2_Carencia conceptualización cuidado	Segundo objetivo específico
3_Rol profesional ejercido	Tercer objetivo específico

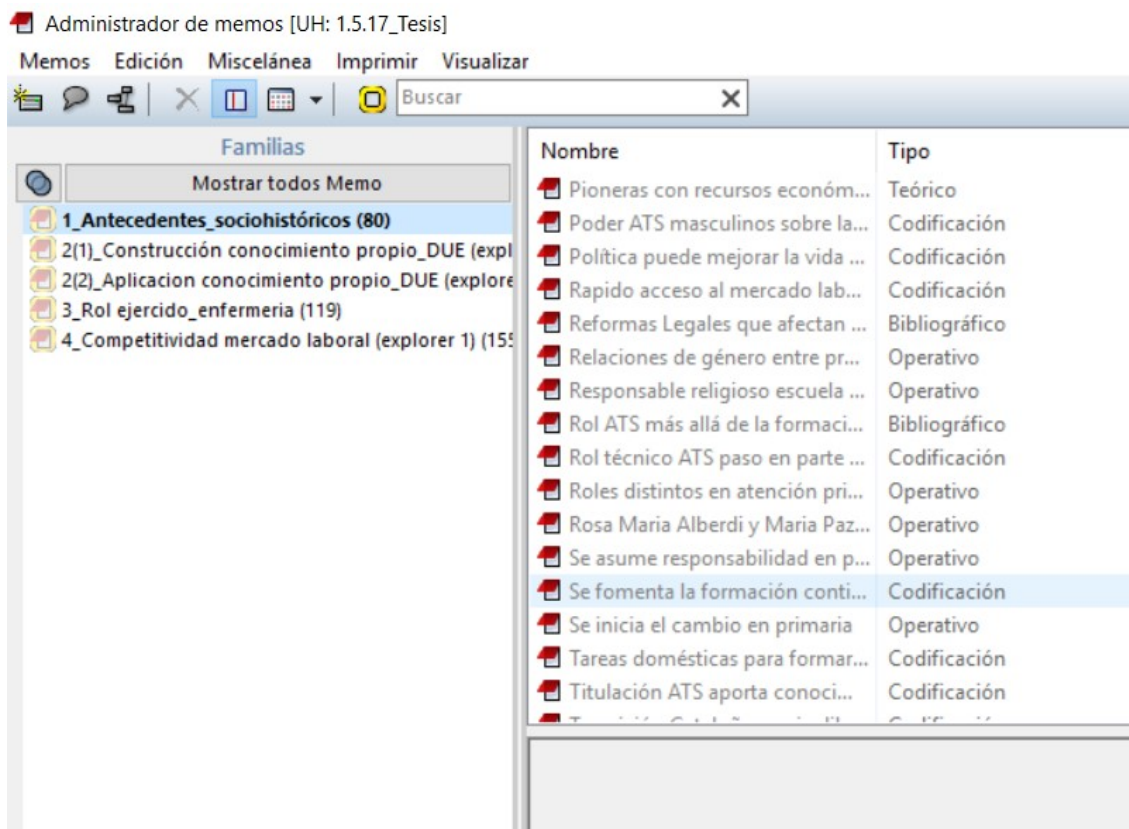
Se adjunta sistema de red de una categoría, que ha surgido de forma inductiva, y que aporta nueva información – más allá de la respuesta a las preguntas de investigación planteadas- que será indagada en un estudio futuro.

Red	Pregunta de investigación
4_Carencia competitividad mercado laboral	Respuesta inductiva

3) Familias de memorandos:

Tal y como se puede ver en la captura de imagen inferior se han creado tres familias de memorandos – 1, 2(1), 2(2) y 3 - de codificación, operativos, teóricos y bibliográficos - vinculadas a las tres categorías de sistemas de “Red” que dan respuesta a las respectivas preguntas de investigación.

La cuarta familia corresponde a los memorandos de la cuarta categoría que ha emergido que será abordada en una investigación próxima.



ANEXO 8. Informe auditoría externa proyecto de investigación

El abajo firmante, Antoni Vicent Casasempere Satorres con NIF 21654625X, Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología (UNED), doctor en educación (Universidad de Alicante), con domicilio en la calle Realet 2 de Alcoy (Alicante), en virtud de las prerrogativas que la ley permite,

MANIFESTA que, desde el año 2014 ha realizado un seguimiento regular y exhaustivo de la investigación doctoral de Dña. Olga Rodrigo Pedrosa en virtud de sus funciones de asesor metodológico externo, por ello

CERTIFICA que, la investigación doctoral de Dña. Olga Rodrigo Pedrosa cumple los estándares de calidad establecidos por la metodología cualitativa y el análisis de los datos se ha realizado de acuerdo a los pertinentes ciclos analíticos propios de la estrategia analítica óptima para el estudio.

Y, para que conste a los efectos oportunos se extiende el presente certificado.

Firmado en Alcoy, 17 de febrero de 2017

Dr. Antoni Casasempere-Satorres



ANEXO 9. Informe favorable Comisión Científica UIC

Sra. Olga Rodrigo Pedrosa
Cinca 58, 6e 2a
08030 Barcelona

Benvolguda Sra.

Per la present, li comunico que la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut, en la seva sessió del 22 de novembre de 2011, i un cop estudiada la seva sol·licitud ha acordat:

S'acorda admetre a la Sra. Olga Rodrigo Pedrosa al Període de Recerca del Doctorat en Recerca en Salut.

S'acorda aprovar el Projecte de Tesi titulat "La implementación del rol autónomo de enfermería desde la mirada de las enfermeras asistenciales de los centros de atención primaria y hospitalaria de Barcelona" i nomenar el Dr. Jordi Caïs Fontanella com a Director de la Tesi i la Dra. Cristina Monforte Royo com a Co-Directora de la Tesi.


Igualment, s'acorda suggerir els següents punts de millora del projecte:

- Convindria reformular els objectius per aclarir els conceptes "grau de coneixement del rol autònom" i "grau d'implementació del rol autònom", per exemple, mitjançant la inclusió de descriptors d'amidament, la seva justificació i validació.
- Convindria explicar el motiu pel qual no s'inclouen a la població Diplomats en Infermeria per convalidació, quan el seu títol té la mateixa validesa acadèmica i professional.

Adicionalment, s'informa que la normativa de la UIC estableix que cal obtenir una avaluació favorable del Comitè d'Ètica en la Recerca, abans de la posada en marxa de la investigació. Haurà d'aportar aquest informe quan l'obtingui.

Aprofito l'avinentsa per saludar-la cordialment,

Carlos Velilla Giménez

 Universitat
Internacional
de Catalunya | Facultat
de Medicina i
Ciències de la Salut

Secretari Acadèmic
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Sant Cugat del Vallès, 23 de gener de 2012

 Universitat
Internacional
de Catalunya

REGISTRE AUXILIAR

Sortida

7 0 1 0 2

Data

23 01 12

ANEXO 10. Informe favorable Comisión Ética Investigación UIC



CARTA APROVACIÓ PROJECTE PEL CER

Codi de l'estudi: INF-2011-02

Versió del protocol: 1.1

Data de la versió: 15/02/12

Títol: "La implementación del rol autónomo de enfermería desde la mirada de las enfermeras asistenciales de los centros de atención primaria y hospitalaria de Barcelona".

Sant Cugat del Vallès, 29 de febrer de 2012

Investigador: Olga Rodrigo Pedrosa

Títol de l'estudi: "La implementación del rol autónomo de enfermería desde la mirada de las enfermeras asistenciales de los centros de atención primaria y hospitalaria de Barcelona".

Benvolgut(da),

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, des del punt de vista ètic, reuneix els criteris exigits per aquesta institució i, per tant, ha

RESOLT FAVORABLEMENT

emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica de la Recerca, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.


Em permeto recordar-li que si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

Dr. Josep Argemí
President CER-UIC

ANEXO 11. Publicación primer artículo compendio

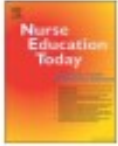
Nurse Education Today 54 (2017) 21–27



Contents lists available at ScienceDirect

Nurse Education Today

journal homepage: www.elsevier.com/locate/medt



Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: A consequence of changes in Spanish society during the democratic transition

 CrossMark

Olga Rodrigo^{a,*}, Jordi Caïs^b, Cristina Monforte-Royo^c

^a School of Nursing, Campus Docent Sant Joan de Déu, University of Barcelona, Esglésies de Llobregat, Barcelona, Spain
^b Department of Sociology and Organizational Analysis, University of Barcelona, Barcelona, Spain
^c Nursing Department, School of Medicine and Health Science, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Feminism
Inductive study
Nurses' role
Nursing history
Politics
Qualitative research
Spain
University

ABSTRACT

Background: In Spain the transfer of nurse education to universities was accompanied by a shift towards a model of person-centred care.
Aim: To explore whether the change in nurses' professional profile (from physician assistant to providers of person-centred care) was a response to changing needs in Spanish society.
Design: Qualitative study.
Methods: Theoretical sampling and in-depth interviews using an inductive analytical approach.
Results: Four categories described the nursing profession in Spain prior to the introduction of university training: the era of medical assistants; technologisation of hospitals; personal care of the patient based on Christian values; professional socialisation differentiated by gender. Further analysis showed that these categories could be subsumed under a broader core category: the transfer of nurse education to universities as part of Spain's transition to democracy.
Conclusion: The transfer of nurse education to universities was one of several changes occurring in Spanish society during the country's transition to democratic government. The redefined public health system required a highly skilled workforce, with improved employment rights being given to female health professionals, notably nurses.

1. Introduction

Although the origins of modern nursing can be traced back to the work of Florence Nightingale (1820–1910) (Bullough and Bullough, 1981), the model of person-centred care (Bartol and Ford, 2015) did not begin to develop formally until the 1950s in the USA (Bullough and Bullough, 1981; Shaw, 1993). In Spain, the same period saw the implementation of a new state registration scheme for nurses (see the Official Gazette of the Spanish government: *Boletín Oficial del Estado*, 1953), although in contrast to the direction of change in the USA this new qualification reinforced the nurse's role as medical assistant (Dominguez-Alcón et al., 1983, p. 103). However, when, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities (*Boletín Oficial del Estado*, 1977a) this was accompanied by a shift towards a model of person-centred practice, similar to that already established in the Anglo-American context (García and Martínez, 2001, p. 185). What is unclear is the extent to which this shift reflected the natural evolution

of the discipline towards a model of person-centred care.

2. Background

Nursing as a profession in Spain began to be officially recognised in 1857, when the government of the day passed a law (*Boletín Oficial del Estado*, 1857) regarding the training of three categories of nurse: practitioner, matron and nurse. Practitioners (men) and matrons (women) worked as physician assistants in rural and non-hospital settings. By contrast, the role of nurses (women), who were hospital-based and generally members of religious orders, was to feed and wash patients under the supervision of physicians (Ortega, 1996, p. 291).

The reorganization of the Spanish health system in the 1950s led to the building of larger hospitals and the introduction of new technology, and this required a greater number of trained staff (Germán, 2013, p. 220; Santo-Tomás, 2000, p. 93). In order to address the need for more nurses with adequate training (Sellán, 2010, p. 220) a new state

* Corresponding author at: Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu, Santa Rosa s/n 09-57, 08950 Esglésies de Llobregat, Barcelona, Spain.
E-mail address: Orodrigo@ccajournal.uib.es (O. Rodrigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.006>
Received 30 August 2016; Received in revised form 22 January 2017; Accepted 7 April 2017
0260-6917/© 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

ANEXO 12. Publicación segundo artículo compendio

Accepted: 19 November 2016

DOI: 10.1111/nin.12175

FEATURE

WILEY *Nursing Inquiry*

The influence of Anglo-American theoretical models on the evolution of the nursing discipline in Spain

Olga Rodrigo¹ | Jordi Cañs² | Cristina Monforte-Royo³

¹School of Nursing, University of Barcelona, Espulgues de Llobregat, Barcelona, Spain

²Department of Sociology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

³Nursing Department, School of Medicine and Health Science, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

Correspondence

Olga Rodrigo, School of Nursing, University of Barcelona, Espulgues de Llobregat, Barcelona, Spain.
Email: orodrigo@santjoandedeu.edu.es

In Spain, the introduction of the new Diploma in Nursing in 1977 saw the role of nurses shifting from that of medical assistants with technical skills to being independent members of the healthcare team with specific responsibility for providing professional nursing care. Here, we analyse the evolution of the nursing profession in Spain following the transfer of nurse education to universities, doing so through interviews with the first generation of academic tutors. This was a qualitative study using the method of analytic induction and based on the principles of grounded theory. Participants were selected by means of theoretical sampling and then underwent in-depth interviews. Steps were taken to ensure the credibility, transferability, dependability and confirmability of data. The main conclusion of the analysis is that there is a gap between a theoretical framework borrowed from the Anglo-American context and a nursing practice that, in Spain, has traditionally prioritised the application of technical procedures, a role akin to that of a medical assistant. It is argued that a key factor underlying the way in which nursing in Spain has evolved in recent decades is the lack of conceptual clarity regarding what the role of the professional nurse might actually entail in practice.

KEYWORDS

21st century history, grounded theory, nursing, nursing theory, professional role, Spain

1 | BACKGROUND

The year 1977 is a milestone in the history of nursing in Spain, as it was then that nurse education became the responsibility of universities and a new Diploma in Nursing was established. This resulted in the role of the Spanish nurse shifting from that of a medical assistant with technical skills (Domínguez-Alcón, 1986, p. 103; Sellán, 2010, p. 241) to being an independent member of the healthcare team with specific responsibility for providing what was termed "professional nursing care" (García & Martínez, 2001, p. 185).

In her analysis of the history of the nursing profession, Rousseau (1997) argues that the recognition of nursing as a discipline implied a conceptual shift away from the idea of the "model nurse" for whom caring is a vocation—as in the case of Spanish nursing prior to 1977—to a concept of care based on theoretical models of nursing, such that care becomes a science. This process occurred much earlier in some

countries than in others. In the English-speaking world, for instance, important developments in the nursing profession began to take place in the early part of the 20th century, leading to increased training and skills development for nurses, as well as a more explicit definition of the principles of practice (Bullough & Bullough, 1981). Thus, by the time the system in Spain began to change in the 1970s, the theoretical framework already developed in the Anglo-American context was there to be drawn upon. What is unclear, however, is to what extent the availability of this theoretical body of knowledge influenced the development of the nursing discipline in Spain.

In Spain, nursing began to be officially recognised as a profession in 1857, when the government of the day passed a public Education Law that established three categories: practitioner, matron and nurse (Boletín Oficial del Estado, 1857). Almost a century later, the Royal Decree of 27 June 1952 (Boletín Oficial del Estado, 1952) unified these roles into a single nursing qualification known as ATS (Technical

ANEXO 13. Publicación tercer artículo compendio

Accepted: 10 April 2017

DOI: 10.1111/nin.12202

FEATURE

WILEY **Nursing Inquiry**

Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses

1 2 Olga Rodrigo¹  | Jordi Caïs² | Cristina Monforte-Royo³

¹Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu, University of Barcelona, Barcelona, Spain

²Department of Sociology and Organizational Analysis, University of Barcelona, Barcelona, Spain

³Department of Nursing, School of Medicine and Health Science, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

Correspondence

Olga Rodrigo, Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu, University of Barcelona, Espplugues de Llobregat, Barcelona, Spain.

Email: ORodrigo@santjoandedeu.edu.es

When, in 1977, nurse education in Spain was transferred to universities a more patient-centred, the Anglo-American philosophy of care was introduced into a context in which nurses had traditionally prioritised their technical skills. This paper examines the characteristics of the nurse's professional role in Spain, where the model of nursing practice has historically placed them in a position akin to that of physician assistants. The study design was qualitative and used the method of analytic induction. Participants were selected by means of theoretical sampling and then underwent in-depth interviews. The resulting material was analysed using an approach based on the principles of grounded theory. Strategies were applied to ensure the credibility, transferability, dependability and confirmability of the findings. The main conclusion is that nurses in Spain continue to work within a disease-focused model of care, making it difficult for them to take responsibility for decision-making.

KEYWORDS

decision-making, grounded theory, nurse's role, nurse-patient relationship, nurse-physician relationship, professional role

1 | INTRODUCTION


The origins of modern nursing can be traced back to the work and ideas of Florence Nightingale (1820-1910), whose contributions to nursing practice in the Anglo-American context marked the beginning of a shift in the nurse's role, from doctor's assistant to what we now think of as patient-centred care (Bullough & Bullough, 1981).

In our country, Spain, the first school of nursing was established in 1896 by Dr Federico Rubio y Galí with the aim of producing 'nurses capable of acquiring all that is entailed in the art of tending and caring for others, which is both art and science [...] so as to earn their living in the service of the sick' (Ortega & Sanchez, 1996; p. 295). The model of nursing that developed as a result was very much focused on the application of technical procedures, such that the role of Spanish nurses was more akin to what in the USA became the responsibility of physician assistants (Dominguez-Alcón, 1986, p. 103; Dominguez-Alcón, Rodríguez, & Miguel, 1983, p. 92; Hernández & Moral, 1995, p.

103). Indeed, not until 1977, when nurse education was transferred to universities (Boletín Oficial del Estado [Official Gazette of the Spanish government], 1977b), did a more patient-centred philosophy of care, borrowed from the Anglo-American context, begin to be introduced in Spain (Miró-Bonet, 2010).

2 | BACKGROUND

It is possible to identify two main and—in terms of their associated competences—distinct profiles of the professional nurse in Western countries. One profile corresponds to countries such as the USA (Cawley, Cawthon, & Hooker, 2012), Canada (Jones & St-Pierre, 2014) and the UK (Drennan et al., 2014), where a distinction is generally made between the role of the professional nurse and that of physician assistants or associates. The other profile is more characteristic of countries such as Spain (Dominguez-Alcón, 1986, p. 103), Germany (Kullman, Sundar, & Cherian, 2013) or Portugal (Mendes & Mantovani,

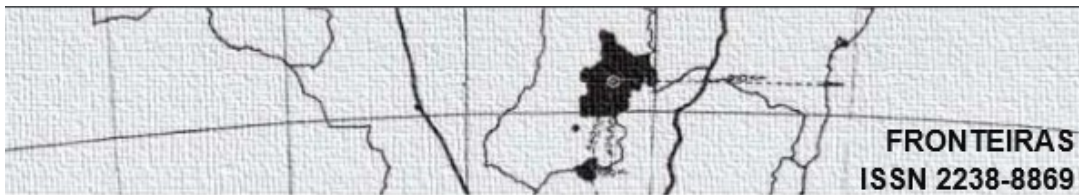
	
Journal Name	NIN
Manuscript No.	12202
WILEY	Dispatch: 20-4-2017
No. of pages: 11	PE: Alex Leo Paul
CE: Vijay T	

Nursing Inquiry, 2017; e12202.

<https://doi.org/10.1111/nin.12202>

wileyonlinelibrary.com/journal/nin

© 2017 John Wiley & Sons Ltd | 1 of 11



**Características de la Profesión Enfermera en el Contexto
Español a Partir de la Experiencia de las Enfermeras Docentes**
*Characteristics of Nursing Profession in the Spanish
Context from the Experience of Nursing*

Olga Rodrigo Pedrosa

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

orodrigo@santjoandedeu.edu.es

Jordi Caïs Fontanella

Departamento Sociología de las
profesiones / Universitat de
Barcelona, España

jcais@ub.es

Cristina Monforte Royo

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

cmonforte@uic.es

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

Resumen

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

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

ANEXO 15. Aceptación artículo con cambios menores revista “Ciencia & Saude colectiva”



Rio de Janeiro, 20 de março de 2017.

Prezado(a)(s) Sr(a)(s). Olga Rodrigo, Jordi Caïs, Cristina Monforte-Royo

Informamos que o artigo **Emergencia del modelo de enfermera transmitido en las universidades Españolas: una aproximación analítica a través de la Teoría Fundamentada** foi avaliado e recebeu o parecer **Minor/Format Revisions**. Abaixo seguem os comentários do revisor.

Comentários:

Parecerista 1– Artigo muito bem escrito, mas muito centrado na profissão de enfermagem.

Parecerista 2. (1) ótima exposição de ideias; (2) revela um elevado cuidado metodológico; (3) há o cuidado de cruzar o tema, os resultados e as análises em diferentes contextos culturais, o que enriquece o trabalho; (4) no resumo usa-se a expressão “casos negativos” e no método “casos extremos” – sugere-se uniformizar e justificar; (5) sugere-se que a secção do método seja sistematizada em subsecções (e.g., participantes, instrumento de recolha de dados, procedimentos, instrumento de análise de dados); (6) a caracterização dos participantes deveria constar do método e não dos resultados; (7) as normas de formatação (referências e citações) não são sempre adoptadas; (8) algumas referências que constam no texto não surgem na lista de referências final; (9) sugere-se que os resultados sejam mais discutidos à luz da natureza da função das participantes – são “apenas” docentes ou também exercem a função de enfermeiras?; (10) a identificação das limitações do estudo deverá constar da conclusão.

Além dos comentários apontados, vale lembrar que o artigo terá que atender os seguintes critérios:

- 1) Título em português e inglês;
- 2) Folha de rosto com os dados dos autores (nome completo, instituição e emails de todos os autores e coautores)
- 3) O resumo não poderá ultrapassar os **1.400 caracteres com espaço**. A contagem entra a palavra resumo e as palavras-chave.
- 4) O abstract segue a mesma orientação do resumo.
- 5) O corpo do texto (que vai da introdução até as referências) não pode ultrapassar os **40.000 caracteres com espaço**.

