



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**Universidad del País Vasco/Euskal  
Herriko Unibertsitatea**

**Escuela Universitaria de  
Enfermería**

**- TRABAJO FIN DE GRADO -**

**Evolución de los cuidados de  
enfermería durante el siglo XX  
y hasta la actualidad**

**Lorena Iglesias Sánchez**

**Leioa, 2014**

© 2014 Lorena Iglesias

## **RESUMEN**

La evolución de los cuidados enfermeros en España está íntimamente relacionado con el concepto de salud-enfermedad de cada época histórica.

En este presente trabajo se muestra como desde mediados del siglo XX los cuidados adquieren un papel auxiliar del médico hasta llegar a la profesionalización de la enfermería, donde el cuidado se conforma desde una perspectiva holística y se trabaja en ámbitos como la docencia, la gestión y la investigación.

En el año 1952 se produce la unificación de enfermeras, practicantes y matronas en la figura de ayudante técnico sanitario (ATS), fecha crucial para comprender la identidad enfermera.

Se van estableciendo nuevos modelos de salud y la atención sanitaria se va enfocando hacia áreas como la promoción y la prevención de la salud. De este modo, se implantó una metodología de trabajo propia, denominada Proceso de Atención de Enfermería y se creó la necesidad de un lenguaje común, apareciendo entonces las Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Como enfermeras además de prestar cuidados debemos tener una visión amplia del pensamiento crítico, basando los cuidados en enfoques basados en la evidencia.

En el año 1977 se produce la integración de los estudios de enfermería en la Universidad bajo el título de Diplomado Universitario de Enfermería y con la Ordenación de Enseñanzas Superiores (2007), se adquiere la titulación de Grado en Enfermería.

La historia de nuestra profesión sirve como instrumento de reflexión sobre lo que significa ser enfermero y para poder entenderla y conocerla, es imprescindible el estudio de una investigación histórica.

Palabras Clave: cuidados de enfermería, proceso enfermero, investigación en enfermería

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	1
3. METODOLOGÍA.....	2
4. RESULTADOS.....	3
4.1 Cuidado enfermero a lo largo de la historia .....	3
4.2 Evolución Histórica .....	4
-ETAPA TÉCNICA	
4.2.1. Conceptos de Salud y Enfermedad.....	4
4.2.2. Cuidados de la Salud .....	5
4.2.3 Ayudante Técnico Sanitario (ATS) .....	6
-ETAPA PROFESIONAL	
4.2.4. Conceptos de Salud y Enfermedad.....	9
4.2.5 Cuidados de la Salud .....	10
4.2.6 Profesionalización de la enfermería.....	11
4.2.7. Ámbitos de actuación de la enfermería .....	12
4.2.7.1 Registros de enfermería.....	15
4.3 Pensamiento crítico y juicio clínico .....	16
4.4. Formación enfermera .....	18
4.5 Investigación histórica.....	20
5. CONCLUSIONES.....	22
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24
7. ANEXOS .....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que surgió para cuidar. Cuidar, según Collière\*, es *“mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”*<sup>2</sup>.

El concepto de cuidado o de ayuda a los demás ha estado presente desde el inicio de la civilización hasta llegar a nuestros días<sup>3</sup>.

La evolución del cuidado enfermero ha estado estrechamente ligada y caracterizada a cada momento histórico, asumiendo de forma constante y universal las responsabilidades que en materia de cuidados de salud, la sociedad demandaba<sup>4</sup>.

La prolongación de la vida conduce de forma consecuente a enfermedades crónicas y a mayores necesidades de cuidados, por lo que se requiere aprender nuevas formas de aproximarnos con afecto a los pacientes para convertirnos en “elementos humanizadores” de asistencia<sup>5-6</sup>.

Los seres humanos, con nuestra naturaleza histórica al mismo tiempo que vivimos, tenemos y hacemos historia. Es por ello, destacable el papel de la enfermería, sus cuidados así como los avances surgidos posteriormente. Para la enfermera la observación de la misma y la reflexión sobre su actual labor profesional, da gran sentido a la experiencia y facilita la orientación del desarrollo futuro de la profesión<sup>5</sup>.

## 2. OBJETIVOS

- General: Conocer los cambios acontecidos en los cuidados enfermeros y ámbitos de actuación más significativos desde mediados del siglo XX hasta la actualidad.
- Específicos:
  - Mostrar un importante acontecimiento ocurrido en 1953 así como sus consecuencias.

---

\* Marie Francois Collière (1930-2005): Eminente profesora de enfermería francesa, y destacada figura de la enfermería internacional. Desempeñó funciones de formadora y de consejera a nivel nacional e internacional, redactó numerosos libros, artículos y publicaciones. En mayo de 2004, fue nombrada Doctora Honoris Causa por la Universidad de las Palmas de Gran Canarias, título que le es entregado post-mortem en junio de 2005<sup>1</sup>.

- Comparar los conceptos de Salud y Enfermedad de la Etapa Técnica y de la Etapa Profesional.
- Justificar el pensamiento crítico y la importancia de una investigación histórica enfermera.

### 3. METODOLOGÍA

En esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, de la que se seleccionaron 27 documentos, de la siguiente manera:

- Búsquedas electrónicas (22)
- Revisión manual de la literatura (5)

De las búsquedas electrónicas conseguí recopilar principalmente artículos de diferentes revistas (Híades, ENE, Enfermería Global, Prisma Social, revista de ciencias sociales, Revista Cubana de Enfermería, Enfermería clínica, Revista Cubana de Salud Pública, Cultura de los Cuidados y Revista Paraninfo Digital). De ésta última, obtuve información de la Fundación Index, *“Puesta en marcha de Osanaia en Osakidetza: aunando la práctica basada en la evidencia y la clínica”*. Los Decretos están extraídos del Boletín Oficial del Estado. La revisión manual se realizó en varios libros, “Evolución histórica del cuidado enfermero”, “La Profesión va por dentro” y “Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería” perteneciente a Fuden, organización de referencia para el desarrollo de la enfermería en áreas como la formación, la metodología, la investigación y la cooperación enfermera.

Para esta revisión bibliográfica, he utilizado los siguientes métodos de investigación histórica:

1. Analítico. El método analítico es el correspondiente al heurístico, método que se emplea para encontrar lo nuevo, lo que se desconoce. En historia, es el manejo de fuentes escritas u orales principalmente. Obtuve documentos y artículos sobre el actual sistema de cuidados.
2. Síntesis. Es el hermenéutico, que consiste en el arte y teoría de la interpretación, y que tiene como fin aclarar el sentido del texto partiendo de sus bases objetivas (significaciones gramaticales de los vocablos y sus variaciones históricas) y subjetivas (propósitos de los autores). En este trabajo he tomado los diferentes significados e interpretaciones de los cuidados a lo largo de la historia.

El principal submétodo de investigación histórica empleado ha sido el cronológico. El conocimiento del desarrollo de los hechos por orden sucesivo de fechas es imprescindible en toda investigación histórica, ya que a partir de ella se facilita la interpretación de la misma<sup>7</sup>.

El trabajo está limitado a España y más concretamente centrado a partir de 1952 en el que ocurre un importante acontecimiento como es la unificación de enfermería, practicantes y matronas, por lo tanto, se trata de una fecha a tener en cuenta para comprender la identidad enfermera ya que contribuirá a la profesionalización de la enfermería en España<sup>8</sup>.

He tomado como referente las cuatro etapas descritas por Collieré. Comenzando primeramente con una breve descripción de cada una de ellas, hasta llegar a los cuidados hoy en día practicados.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 CUIDADO ENFERMERO A LO LARGO DE LA HISTORIA**

La evolución del cuidado enfermero, está estrechamente ligado al concepto de salud-enfermedad caracterizado por cada época histórica.

Las cuatro etapas del cuidado enfermero descritas por Collieré son las siguientes:

1ª) “Etapa doméstica del cuidado”: la vida se centra alrededor de la mujer y abarca desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

2ª) “Etapa vocacional del cuidado”: segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se fundamenta desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el concepto de salud-enfermedad toma un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

3ª) “Etapa técnica del cuidado”: se desarrolla a lo largo del siglo (S<sup>o</sup>) XIX y gran parte del XX y se caracteriza principalmente por la lucha contra la enfermedad. En este periodo, las personas encargadas de prestar los cuidados adquieren un papel auxiliar del médico.

4ª) “Etapa profesional del cuidado”: la enfermería se consolida como disciplina y como profesión, siendo el eje central el cuidado de la salud de la población. Comprende las últimas décadas del S<sup>o</sup> XX hasta la actualidad. He limitado

esta etapa a los últimos 25 años del S<sup>o</sup>XX hasta nuestros días ya que es cuando la enfermería adquiere un valor significativo tanto a nivel formativo como en su crecimiento profesional<sup>3-4</sup>.

## **4.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

### **- ETAPA TÉCNICA**

A partir de los años 50 del S<sup>o</sup>XX, la enfermería es considerada como un trabajo principalmente técnico. Los hospitales se desarrollan a un nivel vertiginoso y empiezan a realizar funciones diferentes a las que venían ejerciendo anteriormente. En este periodo la enfermería se caracteriza por dos fundamentos destacables:

- Por un lado, la sociedad desea que adopte una actitud maternal y abnegada.
- Y por el otro, se le exige cada vez más especialización en técnicas curativas y menos dedicación humanista al enfermo.

Con el transcurso de los años, el aspecto vocacional pierde importancia y se va reconociendo que esta profesión puede estar organizada y gestionada por mujeres<sup>4</sup>.

Las transformaciones producidas en el sistema sanitario en 1952, fueron piezas fundamentales en la unificación de los estudios de enfermeras, practicantes matronas en una única figura profesional, la de ATS. (Decreto de 4 de diciembre de 1953: unificó los estudios y enseñanzas que habilitaban para la obtención del título de Ayudante Técnico Sanitario, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia)<sup>9</sup>.

Es de destacar que esta denominación de ATS, fue única en el mundo y España fue el único país donde el personal cuidador profesional ha sido conocido, bajo tal denominación<sup>8</sup>.

### **4.2.1. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD**

#### **❖ Salud**

Los cambios en los patrones de salud de la población se producen en la segunda mitad del siglo XX como consecuencia de los nuevos estilos de vida; aparecen las llamadas enfermedades crónicas, principalmente: respiratorias, cardiovasculares, endocrinas, neurodegenerativas y el cáncer. Estas enfermedades requieren de tratamientos, por lo que se produce una

enorme dependencia en la población y costes elevados al sistema sanitario, lo que genera que la calidad de vida sufra un retroceso.

Según este contexto se desarrollaron los modelos de Salud y Enfermedad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define el concepto de salud de la siguiente manera: *“La salud es un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad”*<sup>4</sup>.

#### ❖ Enfermedad

La enfermedad se basaba desde 3 paradigmas fundamentados en el positivismo:

- El anatomoclínico, el origen de la enfermedad se encuentra en la lesión.
- El fisiopatológico, busca la causa en los procesos alterados.
- El etiológico, la enfermedad relacionada con factores externos, los denominados factores de riesgo.

Desde el punto de vista de la investigación, estudian las etiologías concretas de las enfermedades en la que participan equipos interdisciplinarios.

Se establece una relación muy estrecha entre la investigación y la industria farmacéutica<sup>4</sup>.

#### **4.2.2. CUIDADOS DE LA SALUD**

Se produce el desarrollo de los Sistemas Nacionales de Salud y la práctica asistencial se ejerce de acuerdo a las políticas sanitarias estatales.

Los Servicios de Salud comienzan a disponer de numerosos métodos diagnósticos y terapéuticos y se requieren cada vez más profesionales más especializados.

A finales de la década de 1970 se empiezan a establecer los nuevos modelos de salud y en cuanto a la atención sanitaria, que hasta ese momento era fundamentalmente hospitalaria, se va a ir enfocando hacia otras áreas de interés: la promoción y la prevención de la salud.

- Instituciones para el cuidado

El hospital toma la función curativa, compartiendo ésta con la atención de auxilio a los pobres.

También se van a ir poniendo en marcha distintos sistemas de seguros para dar cobertura a las necesidades sanitarias de la población entre los que destaca el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Gracias a este seguro, se va a ir desarrollando un servicio sanitario público constituido por redes ambulatorias y hospitales.

El hospital se convierte por un lado, en elemento central en la prestación de asistencia sanitaria y por otro, toma una función docente e investigadora, donde los estudiantes realizan su aprendizaje teórico, práctico y clínico<sup>4</sup>.

#### **4.2.3 Ayudante Técnico Sanitario (ATS)**

En el año 1952 se produce un acontecimiento importante que contribuirá a la profesionalización de la enfermería en España: la unificación de los estudios de enfermera, practicante y matrona (Decreto de 4 de diciembre de 1953) en la figura del ayudante técnico sanitario (ATS)<sup>2, 4, 8-12</sup>.

Este hecho se vio influido de forma decisiva por la presión ejercida por los practicantes o según otros autores con la intención de asumir una mayor independencia y determinó importantes consecuencias, entre las que destacan:

1. Unificación, en una sola titulación, de las tres carreras existentes hasta entonces.
2. Elevación del nivel profesional.
3. Mantenimiento de la vinculación de los estudios a las Facultades de Medicina.
4. Ampliación de la formación con las Especialidades.

A través del Decreto de 17 de noviembre de 1960<sup>13</sup>, sobre competencias profesionales, se especifica que:

- Los practicantes tendrán las mismas funciones que los ATS y su labor se ejercía fundamentalmente en el ámbito rural y en el hospital realizando ciertas técnicas, como por ej: colocar y retirar yesos.
- Las enfermeras también tendrán las mismas funciones que los ATS, pero no pueden tener asistencia en los partos.
- Las matronas estaban autorizadas para asistir a los partos, puerperios normales y vigilancia del embarazo, además de trabajar en hospitales maternos.

Por lo tanto, el impulso de la unificación de las 3 profesiones auxiliares sanitarias, lo fue sólo en un sentido formal ya que en el ejercicio profesional siguieron coexistiendo todos los citados profesionales<sup>8, 10, 12-13</sup>.

Las funciones a desarrollar por las enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios fueron las siguientes:

<b>Tabla 1. Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ejercer las funciones de auxiliar al médico, cumplimentando las instrucciones del mismo en relación con el servicio.</li><li>▪ Control de los archivos de las historias clínicas, para el buen orden del servicio o consulta, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.</li><li>▪ Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparataje clínico, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.</li><li>▪ Atender al paciente y realizar todos los cometidos para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar.</li><li>▪ Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.</li><li>▪ Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.</li><li>▪ Auxiliar al personal médico en las intervenciones quirúrgicas, practicar las curas de los operados y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del médico.</li><li>▪ Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.</li><li>▪ Cuidar de la preparación de la habitación y cama para la recepción del paciente y su acomodación; vigilar la distribución de los regímenes alimenticios; atender a la higiene de los enfermos graves y hacer las camas de los mismos con la ayuda de los Auxiliares de Clínica.</li><li>▪ Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos.</li></ul> |
|--|

- Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el Médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.
- Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y alimentación de los enfermos.
- Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos y vendajes etc., así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
- Orientar las actividades del personal de limpieza, en cuanto se refiere a su actuación en el área de Enfermería.
- Llevar los libros de órdenes y Registro de Enfermería anotando en ellos correctamente todas las indicaciones.

\*

A partir de la unificación de titulaciones, y coincidiendo con la espectacular creación de hospitales, la incorporación de ATS masculinos a estas instituciones fue considerable. Sin embargo, la formación y las áreas de actuación en razón del sexo estaban bien delimitadas, por lo que estuvo basado en un modelo de género discriminatorio y supuso un importante freno al proceso de profesionalización de la Enfermería:

1. Las ATS femeninas se formaban, en régimen de internado, en escuelas integradas en los centros hospitalarios. La formación era principalmente práctica y con un control estricto de las rotaciones clínicas. En su plan de estudios figuraba, durante los 3 años que duraba la formación, una asignatura denominada “Enseñanzas del hogar”. Los puestos profesionales que desempeñaban eran fundamentalmente en servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos.
2. Los ATS masculinos cursaban los estudios en las facultades de medicina, su formación era eminentemente práctica y de corte técnico. A diferencia de las ATS femeninas, cursaban la asignatura de “Autopsia médico-legal”.

---

\* Tabla 1 (orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo)<sup>8</sup>.

La vertiginosa creación de hospitales y la espectacular evolución tecnológica hicieron que las enfermeras asumieran una serie de actividades delegadas por el médico, de esta manera gran parte del trabajo se enfocaba en la realización de tareas fundamentalmente técnicas. Surge así la necesidad de otro personal para el ámbito hospitalario, creándose en el año 1960 la figura de la auxiliar de clínica.

En definitiva, el grupo profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, se debatió entre un pasado vocacional caritativo y un enfoque eminentemente técnico-médico<sup>4, 8, 10</sup>.

#### -ETAPA PROFESIONAL

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con unos grandes conocimientos propios y una responsabilidad en la atención a la salud de la población.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus profesionales, de dirigir, de organizar los servicios de enfermería y de comenzar investigaciones encaminadas, sobre todo, a incrementar su cuerpo disciplinar.

Desde un punto de vista asistencial, los cambios han sido muy significativos, se ha pasado de una actividad basada en la técnica, a orientar el cuidado en un marco teórico propio, usando una metodología lógica y racional que se consigue a través del proceso de enfermería y con la formulación de diagnósticos enfermeros.

Otro de los cambios más significativos que se está viviendo desde finales del siglo XX ha sido la revolución de las nuevas tecnologías y de la comunicación, permitiendo acceder a cualquier tipo de información<sup>4</sup>.

#### **4.2.4. Conceptos de Salud y Enfermedad**

##### ❖ Salud

Los problemas crónicos y degenerativos requieren una mayor atención a la salud y en consecuencia, se genera una demanda creciente de cuidados.

##### ❖ Enfermedad

Comienzan las epidemias producidas por agentes infecciosos nuevos.

Entre ellos el VIH y las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y el cáncer continúan siendo problemas prioritarios en la sociedad actual.

Es fundamental en este periodo la educación en conductas de salud, por lo que se deben implantar estrategias para abordar estos factores de forma integral e interdependiente<sup>4</sup>.

#### **4.2.5 Cuidados de la Salud**

En 1977 se crea por primera vez un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y en 1978 el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como órgano del estado encargado de la gestión en materia de salud.

Pero es con la promulgación de la Constitución Española en 1978 cuando se establece la garantía a todos los ciudadanos del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, y se determina que las competencias en materia de salud se transfieran de forma paulatina a las Comunidades Autónomas.

Posteriormente, con la Ley General de Sanidad se desarrolló una nueva política del Sistema Nacional de Salud (SNS) organizado en dos niveles: la atención primaria y la atención especializada.

En esta etapa de profesionalización del cuidado, los centros sanitarios están sufriendo una gran transformación, tanto en lo relativo a la organización como en el funcionamiento de la asistencia. Todo esto da lugar a una informatización progresiva de los procesos y a una estandarización de la actuación basada en protocolos y guías clínicas.

Además con la intención de mejorar la calidad de la asistencia, incrementar la satisfacción del usuario y conseguir resultados eficientes, se ponen en marcha diferentes programas de atención, entre los que destacan los siguientes:

- Unidades de corta estancia y cirugía ambulatoria para la realización de técnicas quirúrgicas.
- Unidades de hospitalización a domicilio para la asistencia de pacientes terminales, crónicos y quirúrgicos.
- Atención a los ancianos enfermos y a pacientes crónicos en hospitales de día, unidades de cuidados paliativos y residencias asistidas.
- Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), los cuales asesoran a los profesionales de los equipos de atención primaria,

favorecen los cuidados y actúan como expertos en situaciones clínicas y sociales complejas.

- Centros de Salud Mental con una asistencia integral y garantizando las necesidades asistenciales<sup>4</sup>.

#### **4.2.6 PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA**

Desde el punto de vista social, la enfermería es la profesionalización de la actividad de cuidar. Actividad que constituye una disciplina humanística y sanitaria, y de la se requieren conocimientos, actitudes y destrezas.

Distintas autoras han tratado de conceptualizar la enfermería como disciplina.

Una figura a destacar es Virginia Henderson\* (1955) aportando la siguiente definición: *“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo, sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”*. En la actualidad destaca la propuesta de la Asociación Americana de Enfermería (ANA) que en 1980 describió el ejercicio profesional como: *“el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”*<sup>4</sup>.

El enfoque del cuidado se conforma desde una perspectiva holística que contempla a la persona de forma global, considerando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Los seres humanos son considerados como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de tal manera que el desequilibrio en una de ellas origina un desequilibrio en todo el sistema del hombre.

En 1973, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) definió un Código Deontológico para el ejercicio profesional, que sirve de guía para la resolución de los problemas éticos que puedan surgir en el desarrollo de la actividad profesional.

A partir de este Código, el Consejo General de Enfermería Español publicó en 1989 su propio Código Deontológico, en el que se indica que la enfermería debe

---

\* Virginia Henderson (1897-1996): Dedicó la mayor parte de su vida a formarse y a investigar, creando e impulsando el concepto de enfermería tal como la conocemos hoy, fue la pionera en la incorporación de una filosofía humanista y existencialista a los cuidados enfermeros. Identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero y considerándolas de forma conjunta, conforman un enfoque holístico de la enfermería<sup>14</sup>.

ser considerada como un servicio destinado a satisfacer las necesidades de salud de las personas, tanto de manera individual como colectiva. Además incluye los principios y los deberes de dichos profesionales<sup>4</sup>.

#### **4.2.7. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA**

La enfermería se ha convertido en una profesión orientada a atender la salud y con un enfoque más integral de la persona, incluyendo ámbitos como la docencia, la gestión y la investigación ampliando de esta manera, la responsabilidad profesional.

-Actividad asistencial

El enfermero debe conocer, identificar y tomar decisiones fundamentadas, buscando una atención integral e individualizada que valore los aspectos más íntimos de los pacientes acerca de la enfermedad y de los tratamientos.

Esta actividad ha servido de base para la identificación de la profesión enfermera. El fin principal es el cuidado de la salud de las personas. Los cuidados enfermeros se caracterizan por:

- Atender las necesidades básicas de las personas y coordinar sus cuidados proporcionando medidas terapéuticas destinadas a favorecer el bienestar y fomentar la salud.
- Prevenir la enfermedad.
- Apoyar el proceso de adaptación en las situaciones de sufrimiento o final de la vida<sup>4, 15-16</sup>.

La necesidad es la causa que determina el comportamiento del paciente y el comportamiento de la profesión enfermera. El comportamiento del paciente pasa por varias fases desde que aparece la necesidad, decide buscar cuidados, entra en el proceso de búsqueda y asume el rol de enfermo y mantiene los cuidados. Y el comportamiento de la profesión enfermera, también pasa por una serie de fases desde que aparece la necesidad, por tanto, el desarrollo profesional de la actividad asistencial ha ido en paralelo a la implantación de una metodología de trabajo propia, el proceso de atención de enfermería, que consta de varias etapas<sup>16-17</sup>:

**Tabla 2. Etapas del proceso de atención de enfermería**

1. Valoración: Recoger y registrar los datos que proporcionan información sobre la persona y su entorno.
2. Diagnóstico/Identificación: Analizar los datos para clarificar los resultados esperados e identificar los problemas, riesgos o cuestiones que deban manejarse para lograr los resultados.
3. Planificación: Asegurarse de que hay un plan centrado en los resultados, adaptado a la persona concreta y sus circunstancias.
4. Ejecución: Poner en práctica el plan.
5. Evaluación: Determinar cuidadosamente el logro de los resultados y cómo puede mejorar el proceso.

†

La aplicación de esta metodología ha derivado en el desarrollo de diferentes modelos y teorías del cuidado. Entre otras, cabe destacar principalmente a Virginia Henderson.

La complejidad que constituye el proceso de cuidar y de definir las actividades que realizan las enfermeras ha creado la necesidad de buscar un lenguaje común que permita normalizar la comunicación del proceso de cuidado. Aparecen entonces las primeras taxonomías, que van destinadas a denominar las respuestas humanas frente a las diferentes situaciones de salud y enfermedad, enunciándose como diagnósticos enfermeros.

Es la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) la que establece la clasificación de los diagnósticos enfermeros, y que actualmente es un referente para todas las enfermeras profesionales. Las taxonomías han ido evolucionando y surge la necesidad de unificar también las intervenciones que las enfermeras llevan a cabo y los criterios de resultados que formulan con el objeto de atender a las respuestas de las personas. Surgen, de este modo, las *Nursing Interventions Classification* (NIC) y las *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Actualmente, es habitual incorporar al lenguaje profesional cotidiano estos elementos metodológicos del proceso del cuidado, ya que forman parte de los planes de atención de enfermería estandarizados y de las herramientas informáticas que les sirven de soporte<sup>4, 18</sup>.

† Tabla 2: Las fases del Proceso Enfermero están interrelacionadas y lo que ocurre en cualquiera de ellas afecta a las demás<sup>17</sup>.

#### -Actividad docente

Comprende las acciones encaminadas a la formación de los futuros profesionales, proporcionando información y educación sanitaria a los individuos y a su comunidad<sup>11</sup>.

La integración de la enfermería en la universidad ha dado lugar a que la formación académica, pase a ser responsabilidad de las enfermeras y que la disciplina tenga un cuerpo de conocimientos propio.

Por otra parte, la complejidad progresiva de la atención sanitaria hace necesario que nuestros conocimientos y habilidades se adecuen al periodo en el que vivimos, consiguiéndolo a través de una formación continuada<sup>4</sup>.

#### -Actividad gestora

La enfermera es la encargada de la planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios de enfermería. En la actualidad, el trabajo es llevado a cabo por equipos interdisciplinarios mediante coordinación con otros profesionales. Al igual que ha sucedido con la actividad docente, los profesionales de enfermería han ido ocupando cargos de responsabilidad en la gestión de las instituciones de salud<sup>4</sup>.

#### -Actividad investigadora

La enfermería, como disciplina, tiene la obligación de profundizar en sus conocimientos de forma constante. Las enfermeras precisan investigar con el fin de incrementar los conocimientos enfermeros. Por este motivo, en estos últimos años surge la Enfermería Basada en la Evidencia como necesidad de que las intervenciones enfermeras respondan a un uso consciente, explícito y juicioso de evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes<sup>4</sup>.

Algunos autores indican que se debe *“investigar en cuidados para demostrar la validez de las intervenciones enfermeras”*, siendo el desarrollo de la investigación un elemento clave para el impulso y consolidación de la profesión<sup>11</sup>.

Hay muchos artículos que definen las funciones o cuidados de enfermería según el autor al que nos refiramos. He incluido este artículo: “Definir la Enfermería desde la Historia: Humberto de Romans y el oficio enfermero”, se trata de un

texto actualizado del siglo XIII, en el que se especifican otras funciones enfermeras a tener en cuenta (Anexo 1).

#### **4.2.7.1 REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Los Registros de Enfermería son parte fundamental de la Historia Clínica. La función principal es la asistencial, enfocada a prestar cuidados de máxima calidad.

Hasta hace pocos años, Enfermería no ha dado suficiente importancia a sus registros. Es un hecho que en nuestra profesión, relativamente actual y en fase de cambio, aún existe hoy un amplio colectivo que no da la suficiente importancia a los registros de su actividad, considerando que son una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. Diversas razones se esgrimen para seguir justificando esta postura: carga de trabajo, falta de tiempo, asistencial, desconocimiento del lenguaje adecuado... Debemos convencernos y ser conscientes de la importancia de los registros, ya que estos suponen el reconocimiento de nuestro trabajo<sup>19</sup>.

Actualmente, la informatización de la historia clínica y de la gestión de cuidados permite registrar el proceso enfermero y puede guiar en la toma de decisiones clínicas. Los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeros, tras la aprobación del Real Decreto 1093/2010 (serán de aplicación en todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud)<sup>20</sup>, han de ser expresados con terminología NANDA-NOC-NIC, lo que requiere un cambio en la forma de registro realizada hasta ahora en el Servicio Vasco de Salud y en respuesta a este requisito, se ha trabajado en una nueva herramienta informática para la gestión de los cuidados de enfermería. Este programa, Osanaia, (OSA-Osakidetza) (NAIA-Nursing Application for Individual Assistant), permite:

- Integrar la información en los diferentes ámbitos asistenciales.
- Facilitar la actividad orientando la práctica de las enfermeras basada en la evidencia.
- Mejorar la calidad y seguridad de los cuidados ofertados y cumplimentarlos de forma correcta a través de los registros informatizados.

El establecer criterios de resultados permite identificar aquellos que se esperan en el paciente, además ayuda a dirigir los cuidados que se realizan y ayuda a medir la eficacia de las intervenciones enfermeras.

Osanaia, comparte además información con las otras herramientas de Historia Clínica informatizada utilizadas en la Red de Osakidetza (Osabide Global y Osabide –AP), poniendo a disposición inmediata de otras categorías profesionales la información clínica gestionada por enfermería.

Como herramienta de gestión, Osanaia permitirá medir cuantitativa y cualitativamente los cuidados de enfermería dispensados, así como realizar investigaciones, establecer análisis comparativos entre unidades de enfermería y obtener análisis estadísticos que permiten evaluar los beneficios de los tratamientos aplicados.

La adaptación de Osanaia a las necesidades de Osakidetza ha supuesto una revisión de la filosofía de los cuidados de Osakidetza, de la metodología seguida en la prestación de cuidados, así como de la sistemática de trabajo utilizada para aplicarlos<sup>21</sup>.

Sin embargo, para algunos autores *“La tecnología es considerada como un elemento negativo y factor de deshumanización de la asistencia de las personas y otros afirman que “la tecnología por sí misma es un elemento neutro y en función del uso y del significado que se dé, ésta tendrá efectos positivos y negativos en el cuidado y en las personas”<sup>6</sup>.*

Por lo tanto, la deshumanización surge cuando la enfermera usa la tecnología y la técnica para otras necesidades que no son las de la persona<sup>6</sup>.

### **4.3 PENSAMIENTO CRÍTICO Y JUICIO CLÍNICO**

Las enfermeras requieren habilidades para la solución de problemas y para ello, es necesario una visión más amplia del pensamiento crítico para tener éxito en el mundo actual de los cuidados de la salud.

No se puede reducir el cuidado a un proceso meramente técnico, ya que se requiere de la comunicación interpersonal, la reciprocidad, aplicar la terapia de relación ayuda, la comprensión, el encuentro, el diálogo, etc<sup>17, 22</sup>.

Nuestro pensamiento crítico de enfermería requiere de los siguientes propósitos y resultados:

1. Como las decisiones que tomamos como enfermeras afectan a la vida de las personas, nuestro pensamiento debe estar guiado por un razonamiento sólido (pensamiento preciso, disciplinado, que fomenta la recogida de datos fidedignos de forma tan completa y en profundidad como lo requiera la situación).

2. Dado que nuestra intención última es que las personas sean capaces de manejar sus propios cuidados de salud desarrollando al máximo su habilidad, debemos mantener nuestra atención centrada en las percepciones, deseos, necesidades y capacidades del paciente estableciendo una comunicación centrada en el paciente. Hoy en día, se ha valorado la gran importancia de la comunicación con el paciente y se encuentra respaldada por un proceso de aprendizaje y destreza por parte de todos los profesionales<sup>16-17</sup>.

3. Debemos buscar constantemente la mejora de nuestra habilidad personal para brindar cuidados enfermeros y de la calidad general de los cuidados de salud brindados.

Prestar atención al contexto (circunstancias) es una parte importante del pensamiento crítico. Lo que funciona en una situación puede no ser efectivo en otra en la que las circunstancias son distintas.

Hay que recordar que los pacientes son individuos que pueden tener los mismos problemas, pero diferentes actitudes y respuestas. Cada persona y cada situación tienen su "historia única".

Los cuidados han cambiado desde un enfoque de diagnosticar y tratar (DT), que implica que esperemos la evidencia de los problemas para empezar el tratamiento, a un modelo predictivo: predecir, prevenir, manejar y promover (PPMP). Promovemos la salud y tratamos los riesgos, incluso aunque no haya problemas<sup>17</sup>.

- Práctica basada en la evidencia (PBE)

Gracias a la informática (uso de ordenadores para manejar la información) y al arduo trabajo realizado por una parte de expertos e investigadores comprometidos, los cuidados también han cambiado de un enfoque basado en la tradición (*"Hacemos las cosas de este modo porque siempre se han hecho así"*) a un enfoque basado en la evidencia (*"Hacemos esto de esta manera porque las evidencias más actuales demuestran que así obtendremos los mejores resultados"*)<sup>23</sup>.

#### 4.4. FORMACIÓN ENFERMERA

En el año 1977 tras un largo proceso de reivindicaciones, se produce la integración de los estudios de enfermería en la Universidad, la cual, supuso un punto de inflexión en la transición de la disciplina enfermera desde una etapa técnica a una etapa profesional<sup>4, 10, 12, 24</sup>.

Es también en este momento cuando surge un enfoque más global de la salud y de relación con la calidad de vida de las personas, lo que quedaría reflejado en una orientación más integral de los cuidados de enfermería<sup>4</sup>.

En el año 1977 se produce la integración de las escuelas de ATS en la Universidad bajo la titulación de Diplomado Universitario de Enfermería. Para la elaboración del plan de estudios se creó una comisión compuestas por destacadas enfermeras, que trabajaron el perfil profesional de la enfermera, describiendo las funciones de las que ésta era responsable:

<b>Tabla 3. Funciones de Diplomado Universitario de Enfermería</b>
1. Dispensar cuidados enfermeros a las personas sanas y enfermas, a la familia y a la comunidad, en el medio hospitalario y extrahospitalario, orientando los cuidados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud y la rehabilitación.
2. Participar en el equipo de salud cumpliendo funciones propias de enfermería.
3. Contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de enfermería.
4. Investigar en el ámbito de la enfermería.
5. Realizar educación sanitaria.
6. Participar plenamente como miembro integrante del equipo de Salud.
7. Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.

‡

Por lo tanto, comienzan a establecerse funciones independientes y los cuidados se centran en el ser humano como una entidad holística, abriendo nuevas expectativas para la profesión.

La formación de enfermeras en el ámbito universitario, ha sido un factor clave en el desarrollo de la enfermería profesional, siendo la enfermería española una de las más vanguardistas, demostrando una autonomía de la profesión, pasándose

---

‡ La comisión de enfermeras, además de trabajar en dichas funciones definieron las áreas de conocimiento, y la proporción entre teoría y práctica se estableció en el 50% con la finalidad de integrar en el campo clínico los conocimientos adquiridos<sup>4</sup>.

de realizar tareas subordinadas a trabajar en equipos inter y multi disciplinarios<sup>4</sup>.  
13 .

En el inicio de la década de 1990, con el desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria (LRU), hay un mayor protagonismo del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje con la aparición de un sistema caracterizado por créditos, materias optativas y de libre elección. De esta forma, el estudiante puede seleccionar asignaturas relacionadas con las nuevas demandas de cuidados de salud que empieza a plantear la sociedad: cuidados paliativos, trastornos crónicos, enfermería transcultural, salud y género y terapias alternativas, etc.

La Declaración de Bolonia (19 de junio de 1999) supone la conversión del Sistema Europeo de Formación Superior. Con la Ordenación de Enseñanzas Universitarias (29 de octubre de 2007) amplía la formación para hacer frente a las demandas de una sociedad cambiante. Fomenta la posibilidad de promoción y afirmación profesional<sup>4, 25</sup>.

La enseñanza superior se estructura en tres niveles: grado, máster y doctorado<sup>4, 11, 26</sup>, el acceso al doctorado permite a los profesionales adentrarse en el mundo de la investigación y poder realizar publicaciones científicas en el ámbito clínico para la acreditación personal<sup>4</sup>.

De esta forma, enfermería deja de ser una diplomatura para convertirse en un título de Grado de 4 años de duración, al igual que la mayoría de titulaciones universitarias<sup>4, 10</sup>.

Con el grado, se pretende formar a profesionales enfermeros para que adquieran competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que les permitan prestar cuidados generales a la población. Se han definido tres tipos de competencias: las genéricas, las específicas y las curriculares:

- Genéricas
  - Instrumentales: habilidades cognitivas, capacidades metodológicas, destrezas en el lenguaje, manejo de recursos y tecnologías.
  - Interpersonales: habilidades individuales en expresión, crítica, destreza social, relación interpersonal, trabajo en equipo...
  - Sistémicas: combinación de destrezas, habilidades en entendimiento, sensibilidad y conocimiento.

- Específicas: informar al paciente, planificar actuaciones, desarrollar comunicación, desarrollar el pensamiento crítico, identificar las necesidades del paciente, tomar decisiones, gestionar el tiempo y priorizar acciones, trabajar en equipo y elevar el nivel de calidad.
- Curriculares: permite ser un profesional con capacidad ético/legal, para desarrollar la profesión.

Es en el año 2005 cuando se aprueba el Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería, el cual recoge un total de siete especialidades de enfermería:

1. Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)
2. Enfermería de salud-mental
3. Enfermería geriátrica
4. Enfermería del trabajo
5. Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos
6. Enfermería familiar y comunitaria
7. Enfermería pediátrica

También establece que la formación del enfermero especialista se realizará por el sistema de residencia en hospitales y centros de salud acreditados para ello, enfermero interno residente (EIR) y se accederá a esta formación mediante una prueba de carácter estatal que se convocará con una periodicidad anual <sup>4</sup>.

#### **4.5 INVESTIGACIÓN HISTÓRICA**

La historia de nuestra profesión sirve como instrumento de reflexión sobre lo que significa ser enfermero.

La investigación histórica muestra los esfuerzos que ha hecho la Enfermería por abrirse camino hacia la mejora de sus actividades, el perfeccionamiento de los cuidados a los enfermos, las prestaciones de unos servicios en los que siempre existe, en mayor o menor grado, la consideración de la dignidad del ser humano, lo que hoy llamamos humanización de la atención sanitaria.

Los seres humanos, con nuestra naturaleza histórica, al mismo tiempo que vivimos, tenemos y hacemos historia.

La investigación histórica nos va aportando cada vez más respuestas, nos ayuda a reflexionar y a ejercer con dignidad nuestra profesión y en consecuencia, a desarrollar el pensamiento enfermero.

La enfermedad tiene un sentido general, pero impreciso; cada enfermo tiene su visión particular de la enfermedad, que muchas veces desconocemos. Es entonces, cuando se aprecia la necesidad de hablar y escuchar al enfermo, tanto por la información que nos proporciona y que nos orientará en nuestra actuación, como por el poder terapéutico que se encuentra en esta relación con el paciente y su entorno familiar.

Pertenece a la cultura de la fe en la tecnología y en los descubrimientos de la ciencia, pero la prolongación de la vida conduce, como contrapartida, a más enfermedades crónicas y a mayores necesidades de cuidados que nos exigirán aprender nuevas formas de aproximarnos con afecto a nuestros pacientes.

Para terminar, el futuro de la historia de la enfermería:

1. Nos educa en el cultivo de la memoria y en el conocimiento de datos históricamente trascendentes.
2. Permite asentar nuestra identidad y proyectarnos hacia el futuro.
3. Nos estimula no solo a rememorar, sino a explicar cómo y por qué ocurrieron las cosas.
4. Ayuda a la enfermera a analizar su labor y a corregir pasos. De este modo, ésta puede colaborar a transformar la historia de su profesión, convirtiéndose en protagonista responsable de su propio futuro.
5. La historia de la enfermería se nos ofrece no solo como el resultado del pensamiento enfermero a lo largo del tiempo, sino también como origen del mismo<sup>5</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

1.) A lo largo de nuestra historia enfermera, los cuidados han evolucionado desde una perspectiva técnica a una visión más amplia, integral y holística, también han cambiado desde un enfoque basado en la tradición a uno basado en la evidencia.

2.) El papel de la enfermería a lo largo de la historia ha sido relevante y con numerosos cambios a destacar:

- Además de ejercer una función asistencial de forma independiente, amplía sus funciones a otros ámbitos de actuación.
- Mediante el Proceso de Atención de Enfermería surgen y se establecen los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.

3.) La nueva figura de ATS supuso un antes y un después en la historia enfermera, de un pasado vocacional a una transición técnica, demostrada por las funciones que venían ejerciendo así como la discriminación de género existente.

4.) Debido a los grandes avances científicos y tecnológicos que se han ido desarrollando sobre todo, en la Etapa Profesional, la enfermera es la máxima responsable de cómo utilizar dicha tecnología. Si se realiza un uso indebido considerando a la persona no como un ser, sino como un objeto se potenciará la “deshumanización”, mientras que si se utiliza como vía se permitirá el trato humano, convirtiéndose la enfermera en un componente “humanizador” de asistencia.

5.) Los profesionales enfermeros utilizan los registros como soporte para incorporar toda la información sobre el enfermo:

- Se valora primeramente las necesidades a modificar.
- A continuación planificar cuales deben de ser cubiertas.
- Por último, una evaluación en la que se determinan los logros conseguidos o cuáles de ellos necesitan una modificación.

6.) Los registros buscan una excelencia en los cuidados enfermeros y eso es lo que se pretende con la aplicación informática Osanaia, mejorar y asegurar los cuidados ofertados.

7.) Todas las personas somos diferentes unas de otras y por eso, interpretamos también la enfermedad de manera distinta, por lo tanto, el enfermero debe de tener conocimientos tanto teóricos como prácticos, además de un pensamiento crítico para satisfacer las necesidades expresadas por los pacientes que sufren la enfermedad.

8.) El estudio de la investigación histórica es fundamental para comprender la Historia de la Enfermería actual como para comprender y asegurar nuestro futuro enfermero.

9.) Como profesionales enfermeros, debemos adentrarnos en el estudio de la historia, no solo por curiosidad o por adquirir nuevos conocimientos sobre esta rama científica, sino por crecer profesionalmente y dirigir nuestra carrera hacia un perfeccionamiento enfermero.

10.) Hay una necesidad de seguir investigando los textos históricos para defender el papel que ha ido consiguiendo la Enfermería a través de la historia.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marie Françoise Collière (1930-2005). Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 [citado 11 Nov 2013];21(1):1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013)
2. Negrillo Durán C, Calvo Calvo MA. Evolución y desarrollo de los cuidados femeninos y masculinos en la historia de la Enfermería. Híades. 2008;1(10):453-63.
3. Fraile Bravo M. De la Historia de Enfermería o del Principio de los Tiempos. ENE [Internet]. 2007 [citado 11 Nov 2013];1(0):37-9. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/41/36>
4. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
5. Nogales Espert A. El proceso histórico de la Enfermería, origen y consecuencia del Pensamiento Enfermero. Híades. 2008;1(10):173-7.
6. Palacios Ceña D. La Construcción Moderna de la Enfermería. Cul Cuid [Internet]. 2007 [citado 19 Nov 2013];11(22):26-32. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/22/222632.pdf>
7. Delgado García G. Conceptos y metodología de la investigación histórica. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 28 Nov 2013];36(1):9-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100003)
8. Sellán Soto MC. El ayudante Técnico Sanitario. "Más que enfermera y menos que médico". En: Amézcuca Sánchez A, Arribas Cachá A, Santamaría García JM, coordinadores. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea. 2ªed. Madrid: Fuden; 2010. p. 185-237.
9. Orden sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de Febrero (Boletín Oficial del Estado, nº79, 2 de abril de 1977).
10. Bernabeu-Mestre J, Carrillo-García C, Galiana-Sánchez ME, García-Paramio P, Trescastro-López EM. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. Enferm Clín [Internet]. 2013 [citado 4 Dic 2013];23(6):284-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001186>

11. Martínez Cadaya N, Fernández Fernández ML. El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería. Cul Cuid [Internet]. 2012 [citado 4 Dic 2013];16(33):22-9. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/cultura/33pdf/33-022.pdf>
12. Camaño Puig R. Proceso de profesionalización: Evolución de la Denominación de Enfermería. Híades. 2008;2(10):903-20.
13. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras (Boletín Oficial del Estado, nº302, 17 de diciembre de 1960).
14. Núñez del Castillo M, Siles González J. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. Cul Cuid [Internet]. 2004 [citado 5 Dic 2013];8(15):17-25. Disponible en: [http://www.index-f.com/cultura/15revista/15\\_articulo\\_17-25.php](http://www.index-f.com/cultura/15revista/15_articulo_17-25.php)
15. Campos Pavan P, Aparecida Barbosa M, Fernandes de Freitas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cul Cuid [Internet]. 2011 [citado 5 Dic 2013];15(29):9-15. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/cultura/29pdf/29-009.pdf>
16. Fernández Martín M. La disciplina Enfermera: Epicentro de los errores clínicos. Cul Cuid [Internet]. 2007 [citado 5 Dic 2013];11(21):63-72. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-63-0909.pdf>
17. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ªed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 62-115.
18. Fernández Rodríguez V, Márquez Alfonso A, Guerra Martín MD, Rojas Casas A. Trayectoria histórica de la Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería. Híades. 2008;2(10):1129-35.
19. León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enferm Global [Internet]. 2010 [citado 9 Dic 2013];9(2):1-14. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107331/101991>

20. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, nº 225, 16 de septiembre de 2010).
21. Chueca Ajuria AM, Cidoncha Moreno MA, Gutiérrez García de Cortazar A, Ubis González A, Peña González ML, Abad-García R. Puesta en marcha de Osanaia en Osakidetza: aunando la práctica basada en la evidencia y la clínica. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [citado 10 Dic 2013];7(19):1-5. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/para/n19/pdf/083p.pdf>
22. Salas Iglesias PM. La Ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. Cul Cuid [Internet]. 2006 [citado 11 Dic 2013];10(19):73-8. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/cultura/19pdf/19-73-3107.pdf>
23. Alfaro-LeFvre R. El pensamiento crítico en enfermería: más allá del juicio clínico. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 116-47.
24. Sellán Soto MC. El Diplomado en Enfermería. En: Amézcuca Sánchez A, Arribas Cachá A, Santamaría García JM, coordinadores. La Profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010. p. 239-93.
25. Helena Pimentel M, Augusto Pereira F, Pereira da Mata MA. La construcción de la identidad social y profesional de una profesión femenina: Enfermería. Prisma Social, Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2011 [citado 13 Dic 2013];(7):431-52. Disponible en:  
<http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/7/secciones/abierta/pdf/06-identidad-social-profesion-femenina-enfermera.pdf>
26. Díaz-Membrives M, Farrero-Muñoz S, Lluch Canut MT. Características de las publicaciones de enfermería en revistas con factor de impacto. Enferm Clín [Internet]. 2012 [citado 16 Dic 2013];22(5):247-54. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112001052>
27. Hernández Martín F, Morente Parra M. Derfinir la Enfermería desde la Historia: Humberto de Romans y el oficio enfermero. Híades. 2008;1(10):271-81.

## **7. ANEXOS**

### **Anexo 1 [Resumen]**

Hoy en día, la actuación enfermera no sólo se basa en el cuidado del enfermo, sino, sobre todo, en la promoción de la salud, donde la enfermedad se considera, en gran medida, un proceso previsible y evitable del proceso vital, haciendo de la salud el objetivo a promover.

Además introduce tres parámetros fundamentales:

-Cuidado general: vinculado a las necesidades básicas del enfermo.

-Persona enferma: su condición de enferma es la que la hace susceptible de recibir los cuidados.

-Entorno: se concreta en la enfermería, lugar donde se llevan a cabo los cuidados y que debe cuidar en sí mismo.

Estos tres conceptos son los paradigmas sobre los que se estructuran los modelos enfermeros actuales.

Por lo tanto, la función principal de la enfermería es la de Cuidadora. El cuidado es el eje sobre el que gira toda la filosofía enfermera, centrada principalmente en los cuidados básicos que surgen como necesidad a cubrir cuando se produce un déficit en los que Henderson denomina Necesidades Humanas Fundamentales y que todo individuo debe tener cubiertas para considerarse un ser independiente, es decir, sano y autónomo.

La segunda función es la de Responsabilidad, entendida como la acción a tomar decisiones. El enfermero no solo se anticipa a las necesidades del enfermo, sino que tendrá la responsabilidad de decidir qué cuidados son necesarios y de ellos cuales prioritarios. Se han establecido equipos interdisciplinarios, donde la Enfermería tiene un lugar propio y donde se trabaja de forma dependiente e independientemente.

Otra función, es la de Velar por los derechos del paciente. Gracias a esta función adquirimos el estatus profesional con el que actualmente contamos. El profesional de enfermería es uno de los mayores responsables de la seguridad del paciente, y por tanto, colaborador en defensa de sus derechos fundamentalmente cuando éste no puede tomar las decisiones adecuadas.

Una función que desde siempre ha formado parte de la Enfermería es la de suministrar Consuelo. Hoy en día, entendemos el consuelo bajo el punto de vista ético, como necesidad vinculada al sufrimiento, como alivio terapéutico y como indica V. Henderson: "*Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre*".

La función de Relación hace referencia a la comunicación con el paciente en todos los niveles. El profesional de enfermería debe suplir a la persona cuando ésta no puede satisfacer sus necesidades, ayudándole, acompañándole, apoyándole, educándole en sus cuidados para que adquiera una mayor independencia o porque el morir se produzca con dignidad.

Por último, otra función desarrollada actualmente es la de Gestor-Administrativa. La aparición de directivos enfermeros nos está permitiendo actuar como profesión independiente y necesaria para la sociedad actual<sup>27</sup>.